

Ewa Grudziwska

Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie
<https://orcid.org/0000-0003-2353-0197>
egrudziwska@aps.edu.pl

Środowiskowy model wsparcia dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym – perspektywy i wyzwania

An environmental model of support for children and young people in mental crisis – prospects and challenges

Streszczenie:

W obliczu rosnącej liczby przypadków kryzysów psychicznych wśród dzieci i młodzieży w Polsce oraz ograniczonej skuteczności tradycyjnego, instytucjonalnego modelu opieki psychiatrycznej, środowiskowy model wsparcia staje się kluczową alternatywą w polityce zdrowotnej i społecznej. Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie głównych założeń tego modelu, jego aktualnego stanu wdrażania w Polsce oraz perspektyw rozwoju w kontekście dobrych praktyk międzynarodowych. Omówiono m.in. potrzebę integracji sektorów (ochrona zdrowia, edukacja, pomoc społeczna), rozwój kadry specjalistycznej, wykorzystanie technologii cyfrowych oraz wzmocnienie roli edukacji emocjonalnej w szkołach. Wskazano również na istotne wyzwania systemowe, takie jak niedobory kadrowe, fragmentacja działań i ograniczone finansowanie. Artykuł podkreśla konieczność budowania długofalowej, skoordynowanej polityki wsparcia opartej na bliskości, partycypacji oraz interdyscyplinarności, jako podstawy nowoczesnej opieki psychicznej dla dzieci i młodzieży.

Słowa kluczowe: kryzys psychiczny, środowisko, wsparcie, dzieci i młodzież, nieletni

Abstract:

In view of the growing number of mental health crises among children and adolescents in Poland and the limited effectiveness of the traditional institutional model of psychiatric care, the community-based support model is becoming a key alternative in health and social policy. The aim of this study is to present the main assumptions of this model, its current state of implementation in Poland, and prospects for development in the context of international good practices. The paper discusses, among other things, the need for integration of sectors (health care, education, social assistance), the development of specialist staff, the use of digital technologies, and the strengthening of the role of emotional education in schools. It also points to important systemic challenges, such as staff shortages, fragmentation of activities, and limited funding. The article emphasizes the need to build a long-term, coordinated support policy based on proximity, participation, and interdisciplinarity as the foundation of modern mental health care for children and adolescents.

Key words: mental crisis, environment, support, children and youth, minors

1. Wprowadzenie

W ciągu ostatniej dekady obserwujemy wzrost częstości występowania zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży w Polsce i na świecie. Pandemia Covid-19 spowodowała, że co siódme dziecko zostało bezpośrednio dotknięte izolacją społeczną, natomiast ponad 1,5 miliarda dzieci i młodzieży straciło na stałe lub czasowo dostęp do edukacji. Zakłócenie codziennej rutyny, nauki, czasu wolnego, a także troska o sytuację materialno-bytową rodziny i zdrowie sprawiają, że młodzi ludzie odczuwają lęk i strach oraz obawiają się o swoją przyszłość. Na całym świecie 1 na 7 dzieci w wieku 10-19 lat żyje z diagnozą zaburzeń psychicznych, a blisko 46 tys. nastolatków każdego roku popełnia samobójstwo, co według analiz jest jedną z pięciu najczęstszych przyczyn zgonów wśród dzieci i młodzieży¹. Dodatkowo z roku na rok przybywa spraw nieletnich, które wpływają do sądów rejonowych, a dotyczą demoralizacji lub czynów

¹ Z. Dobrzańska, A. Bronś, L. Starselskis, Z. Gergley, P. Szlovik, A. Impinna, *Zdrowie psychiczne młodzieży z ośrodków socjoterapeutycznych na terenie państw Europy*, Warszawa 2022, s. 3.

karalnych. Z danych statystycznych opublikowanych przez Ministerstwo Sprawiedliwości za lata 2020-2024 wynika, że w 2020 roku w sądach pierwszej instancji było to blisko 50 tys. spraw, w roku 2021 – 56 tys., rok później, tj. w 2022 ponad 68 tys. W roku 2023 również niewiele ponad 68 tys., zaś w roku 2024 – 64 tys. spraw².

Zdaniem Roberta Oporo niedostosowanie społeczne może być postrzegane jako efekt odporności psychicznej zależnej od czynników kontekstowych. Są bowiem sytuacje, w których dzięki zachowaniom niezgodnym z normami społecznymi jednostka osiąga stan, w którym posiada poczucie kompetencji społecznej, podnosi swoją samoocenę, poczucie własnej wartości i poczucie przynależności społecznej. Jest to skutkiem tego, że część dzieci i młodzieży odnajduje zasoby w dysfunkcyjnym środowisku, które „[...] pozwalają jej ukształtować własną tożsamość, która z jej perspektywy jest źródłem siły i zdrowia”³.

Badania dotyczące prężności nieletnich z placówek resocjalizacyjnych prowadziła Irena Mudrecka. Prężność jest ujmowana jako czynnik sprzyjający zdrowiu psychicznemu, ponieważ osoby ją przejawiające wykazują wyższy poziom optymizmu, wewnętrznego spokoju, cechują się wyższym poziomem własnej wartości i skuteczności oraz angażują się w relacje międzyludzkie⁴. Otrzymane wyniki badań przeprowadzonych wśród nieletnich z placówek resocjalizacyjnych oraz uczniów szkół ponadpodstawowych wykazały, że 67,2% nieletnich cechuje niski poziom prężności, podczas, gdy w grupie porównawczej odsetek ten wynosi 37,3%. Z kolei wysoki poziom prężności odnotowano u 10,3% badanych nieletnich z placówek resocjalizacyjnych i u co czwartego ucznia szkoły ponadpodstawowej⁵. Podobne badania dotyczące prężności psychicznej w grupie nieletnich z ośrodków kuratorskich prowadzili również Karol Konaszewski i Łukasz Kwadrans. Otrzymane wyniki wykazały, że to nieletni z ośrodków kuratorskich cechują się niższą prężnością, aniżeli ich rówieśnicy z populacji ogólnej⁶.

² *Postępowania w sprawach nieletnich w pierwszej instancji w SR w latach 2020-2024. Ministerstwo Sprawiedliwości, Warszawa 2024*, <https://isws.ms.gov.pl/baza-statystyczna/opracowania-wieloletnie/> [dostęp: 27 czerwca 2025 r.].

³ R. Opora, *Nieletni niedostosowani społecznie, lecz odporni psychicznie*. [w:] W. Junik (red.), *Resilience. Teoria – badania – praktyka*, Warszawa 2011, s. 14.

⁴ I. Mudrecka, *Prężność u młodzieży z placówek resocjalizacyjnych i szkół ponadpodstawowych – analiza porównawcza*. „*Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*”, Sectio J, 2020, Vol. XXXIII (4), s. 252.

⁵ I. Mudrecka, *Prężność u młodzieży...*, s. 256.

⁶ K. Konaszewski, Ł. Kwadrans, *Prężność psychiczna a wsparcie społeczne w grupie młodzieży nieprzystosowanej społecznie. Badania pilotażowe*, „*Resocjalizacja Polska*” 2017, nr 13, s. 169, <https://doi.org/10.22432/pjsr.2017.13.11>

Ostatnie lata pokazują wzrost występowania zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży. Do najczęściej występujących zaburzeń zaliczają się: zaburzenia neurorozwojowe (w tym całościowe zaburzenia rozwoju), zaburzenia nastroju, samookaleczenia bez tendencji samobójczych, zaburzenia osobowości (szczególnie borderline) oraz zachowania suicydalne⁷. Do najczęściej wybieranych tzw. pierwszych form pomocy dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi są psychoterapia, socjoterapia i interwencja w środowisku rodzinnym, szkolnym, a także rówieśniczym⁸.

Skuteczne reagowanie na kryzysy psychiczne wymagało transformacji dotychczasowego, instytucjonalnego modelu opieki psychiatrycznej, który cechował brak współpracy międzysektorowej i fragmentaryzacja. W odpowiedzi rozwinął się środowiskowy model wsparcia, który integruje działania profilaktyczne, diagnostyczne i terapeutyczne blisko miejsca zamieszkania młodych osób oraz angażuje ich otoczenie społeczne i rodzinne. Opracowany przez Ministerstwo Zdrowia Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 zawierał postulaty dotyczące zapewnienia interdyscyplinarnej opieki, która obejmowałaby oddziaływania terapeutyczne w miejscu zamieszkania, upowszechnienie różnych form pomocy i wsparcia zarówno dla uczniów, rodziców, jak i nauczycieli. Duży nacisk został położony na profilaktykę zaburzeń psychicznych oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu społecznemu. Odpowiedzią na te potrzeby było opracowanie modelu opieki EZRA, który stał się swego rodzaju pilotażem reformy w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce⁹.

W związku z tym celem niniejszego opracowania jest zaprezentowanie kluczowych założeń omawianego modelu, jego obecnego etapu wdrażania w Polsce oraz kierunków dalszego rozwoju w odniesieniu do międzynarodowych dobrych praktyk.

⁷ Por. K. Lenkiewicz, E. Racicka, A. Bryńska, *Self-injury – Placement in mental disorders classifications, risk factors and primary mechanisms. Review of the literature*. „Psychiatria Polska” 2017, nr 51(2), s. 323–334; K. Lenkiewicz, T. Srebnicki, A. Bryńska, *Personality disorders in adolescence*. „Psychiatria Polska” 2015, nr 49(4), s. 757–764.

⁸ K. Lenkiewicz, *Model EZRA – opieka środowiskowa w leczeniu zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 2020, nr 19(1), s. 156.

⁹ K. Lenkiewicz, *Model EZRA...*, s. 156.

2. Stan wsparcia dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym w Polsce

System opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w Polsce jest niewydolny od wielu lat. Najwyższa Izba Kontroli w 2020 roku stwierdziła, że: „System leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży wymaga zmian, bowiem nie zapewnia kompleksowej oraz powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej w tej dziedzinie. Problemem jest nierównomierne, w skali kraju, rozmieszczenie kadry lekarskiej, szpitalnych oddziałów psychiatrycznych i poradni dla małoletnich. [...] Przede wszystkim jednak brakowało profilaktyki zaburzeń psychicznych, którą powinien zapewnić model leczenia środowiskowego, stanowiący najbardziej efektywną formę opieki psychiatrycznej nad populacją dzieci i młodzieży”¹⁰. Można powiedzieć, że zaburzenia psychiczne stały się problemem społecznym, również wśród najmłodszych.

Badania przeprowadzone na zlecenie Rzecznika Praw Dziecka wśród dzieci i młodzieży w 2021 r. wykazały, że ok. 14% uczniów w Polsce wymaga interwencji związanej z ich funkcjonowaniem psychicznym. Wynik świadczący o niskim samopoczuciu psychicznym i niezadowoleniu ze swojego życia odnotowano u 15% badanych z klas II szkoły podstawowej, 13% – klas VI szkoły podstawowej i 13% – klas II liceum/technikum. Wyniki różnicowały płeć i miejsce zamieszkania¹¹. Zaburzenia w sferze społeczno-emocjonalnej obserwujemy już u dzieci w wieku 0-6 lat. Do najczęstszych zaburzeń w tej grupie wiekowej zaliczają się: zaburzenia emocjonalne (6,4%), zaburzenia adaptacyjne (4,5%), zaburzenia komunikacji społecznej (4,3%) czy zaburzenia autonomii (2,9%) oraz samoregulacji (2,7%)¹².

W latach 2020-2022 zwiększyła się liczba świadczeń psychiatrycznych udzielanych dzieciom i młodzieży z 1,8 mln do 3,8 mln, natomiast w I kwartale 2023 r. wyniosła 1 mln. Pomimo wzrostu, potrzeby dzieci i młodzieży

¹⁰ Najwyższa Izba Kontroli o dostępności leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży, Warszawa 2020, <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/lecnictwo-psychiatryczne-dzieci-i-mlodziezy.html> [dostęp: 29 czerwca 2025 r.].

¹¹ Ogólnopolskie badanie jakości życia dzieci i młodzieży w Polsce, obszar nr 3: Samopoczucie psychiczne. Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Warszawa 2021, <https://brpd.gov.pl/wp-content/uploads/2021/11/Raport-RPD-sa-mopoczucie-psychiczne-PDF.pdf> [dostęp: 29 czerwca 2025 r.].

¹² D. Biechowska, E. Orłowska, J. Stokwiszewski, *EZOPII. Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań. Wyniki badania dzieci w wieku 0-6 lat*, Warszawa 2021.

w zakresie opieki psychiatrycznej nie zostały zaspokojone. W latach 2020-2023 (I kwartał) liczba pacjentów oczekujących na wizytę w poradni zdrowia psychicznego wzrosła z prawie 10 tys. do niecałych 20 tys., do oddziałów dziennych o jedną czwartą, a do oddziałów stacjonarnych trzykrotnie. Ponadto wydłużał się czas oczekiwania na leczenie, a odsetek dzieci i młodzieży przyjmowanych na oddziały szpitalne w trybie nagłym przekroczył 70%¹³.

W związku z tym, że „stary” model opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w Polsce okazał się niewydolny, w 2019 roku Ministerstwo Zdrowia przystąpiło do wdrażania zmian. Nowy model wprowadził leczenie środowiskowe dla najmłodszych pacjentów. Środowiskowy model wsparcia dzieci i młodzieży zaczął się rozwijać intensywnie od 2020 r. w ramach reformy psychiatrii dziecięco-młodzieżowej. Zaczęto tworzyć Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (ŚCZPDiM), które opierały się na trzech poziomach referencyjności:

1. I poziom referencyjności to placówki, które oferują wsparcie psychologiczne i psychoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży. W skład zespołu wchodzi psycholog, psychoterapeuta i terapeuta środowiskowy. Nie ma w nich lekarza psychiatry, ale w razie potrzeby pacjent jest kierowany na wyższy poziom referencyjny. Świadczenia przeznaczone są dla dzieci oraz młodzieży do 21 r. ż. kształcącej się w szkołach ponadpodstawowych do ich ukończenia (z zastrzeżeniem, że osoby poniżej 18 r. ż. muszą posiadać zgodę opiekuna prawnego na korzystanie ze świadczeń).
2. II poziom referencyjności to Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego, gdzie można skorzystać z porady psychiatry. Są to placówki, które mogą obejmować zarówno poradnie, jak i oddziały dzienne, i są filarem drugiego poziomu. W tym poziomie znajduje się lekarz psychiatra dzieci i młodzieży.
3. III poziom referencyjności to ośrodki wysokospecjalistycznej opieki całodobowej, czyli szpitale psychiatryczne. Pacjenci trafiają tu w sytuacjach wymagających intensywnej opieki i leczenia, często w stanach nagłego zagrożenia życia. Do świadczeń realizowanych w ramach III poziomu wymagane jest skierowanie, chyba że chodzi o stan nagłego zagrożenia życia¹⁴.

¹³ Informacje po kontroli NIK. Psychiatria dziecięca do poprawki, <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/psychiatria-dziecieca.html> [dostęp: 29 czerwca 2025 r.].

¹⁴ M. Janas-Kozik, *Założenia reformy psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce. III Międzynarodowa Konferencja Psychiatrii Dzieci i Młodzieży. Streszczenia*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2021, nr 21(3), s. 158; DOI: 10.15557/PIPK.2021.0017.

Tabel 1. Liczba ośrodków I, II i III poziomu referencyjnego systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (stan na 9 czerwca 2025 r.)

Województwo	I poziom	II poziom		III poziom
	OŚRODEK/ ZESPÓŁ ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ I PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY - PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO	CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY (PORADNIA + ODDZIAŁ DZIENNY)	OŚRODEK WYSOKOSPECJALISTYCZNEJ CAŁODOBOWEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ (ODDDZIAŁ STACJONARNY)
dolnośląskie	44	9	7	3
kujawsko-pomorskie	22	3	5	4
lubelskie	30	6	6	2
lubuskie	17	2	2	1
łódzkie	36	6	8	3
małopolskie	36	4	12	3
mazowieckie	88	10	17	5
opolskie	12	2	0	1
podkarpackie	26	11	4	1
podlaskie	19	0	5	1
pomorskie	36	4	4	2
śląskie	39	7	8	3
świętokrzyskie	10	2	1	1
warmińsko-mazurskie	16	2	2	2
wielkopolskie	59	15	10	3
zachodniopomorskie	13	3	0	1

Źródło: opracowanie własne na podstawie: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/> [dostęp: 29 czerwca 2025 r.].

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia na dzień 9 czerwca 2025 r. wynika, że najwięcej Zespołów/Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży jest

w województwach mazowieckim, wielkopolskim, dolnośląskim i śląskim, natomiast najmniej w świętokrzyskim, opolskim i zachodniopomorskim. Analizując dane dotyczące II poziomu referencyjności to najwięcej podmiotów jest w województwach: mazowieckim, wielkopolskim, małopolskim, podkarpackim i śląskim, zaś najmniej w świętokrzyskim i zachodniopomorskim. Jeśli chodzi o wysokospecjalistyczne ośrodki całodobowej opieki psychiatrycznej z III poziomu referencyjności to najwięcej placówek jest na Mazowszu i w kujawsko-pomorskim, zaś najmniej w sześciu województwach. Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli 1.

3. Założenia środowiskowego modelu wsparcia dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym

W środowiskowym modelu wsparcia dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym, „środowisko” to miejsce zamieszkania, ale i najbliższa rodzina, grupa rówieśnicza, szkoła oraz instytucje współpracujące z rodziną, np. ośrodki pomocy społecznej, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, świetlice środowiskowe, ośrodki kuratorskie. W sytuacji, gdy mamy do czynienia z osobami niepełnoletnimi to w ramach udzielanego wsparci uwzględnia się również rodziców lub opiekunów prawnych oraz szkoły, jest to kluczowe z perspektywy realizacji psychiatrii dla dzieci i młodzieży. W psychiatrii środowiskowej dzieci i młodzieży z definicji wynika, że pacjentem jest dziecko lub adolescent, to jednak opieką i wsparciem objęte jest także środowisko rodzinne, zaś proces zdrowienia jest skoordynowany z innymi specjalistami przy współpracy ze szkołą i grupą rówieśniczą¹⁵.

¹⁵ D. Surma-Kuś, Ł. Piławski, A. Siwiec, M. Janas-Kozik, *Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Sosnowcu – modelowy przykład psychiatrii środowiskowej*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2018, nr 18(4), s. 406.

Schemat 1. Środowiskowy model wsparcia dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym w Polsce



Źródło: opracowanie własne.

Opracowany model zdrowienia w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opiera się na dwóch zasadniczych celach. Po pierwsze, należy stworzyć warunki do rozwoju lub odbudowy relacji interpersonalnych opartych na bliskości i empatii między rówieśnikami oraz między dziećmi a osobami dorosłymi. Po drugie, należy stworzyć warunki do rozwijania potencjału dzieci i młodzieży z uwzględnieniem ich wieku, kładąc szczególny nacisk na eksplorację i kształtowanie własnej tożsamości oraz stopniowe zdobywanie samodzielności¹⁶.

Istotne z punktu widzenia wprowadzonego modelu jest zachowanie standardów leczenia, które mają swoje podstawy w wynikach badań naukowych różnych podejść psychoterapeutycznych. Biorąc pod uwagę rekomendacje Narodowego Instytutu Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (NICE) w Wielkiej Brytanii i Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) oraz bazując na doświadczeniach płynących z projektu „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę – projekt zintegrowany. Dzielnica Bielany m.st. Warszawy” realizowanego w warszawskiej dzielnicy Bielany przyjmuje się w leczeniu dzieci i ich rodzin trzy podejścia, a mianowicie: systemowe, poznawczo-behawioralne oraz psychodynamiczne. To, co jest najważniejsze, aby w każdym z podejść uwzględnić

¹⁶ W. Strus, J. Ciecuch, *Towards a synthesis of personality, temperament, motivation, emotion and mental health models within the Circumplex of Personality Metatraits*, „Journal of Research in Personality” 2017, nr 66, s. 70–95.

środowisko szkolne oraz grupę rówieśniczą¹⁷. Zasady, na których opiera się model wsparcia dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym to: pomoc, włączenie sieci społecznej, elastyczność i mobilność, odpowiedzialność, ciągłość opieki psychologicznej, tolerancja niepewności i dialogowość¹⁸.

W prezentowanym modelu istotna jest praca z systemem rodzinnym i społecznością lokalną celem wykorzystania ich potencjałów w procesie zdrowienia. Najlepsze i najpełniejsze zrozumienie zaburzonego zachowania, z którym zgłasza się rodzina jest możliwe, gdy uwzględni się właśnie kontekst środowiska i grup, w których dziecko żyje. Punktem wyjścia do pracy z dzieckiem lub adolescentem jest przeprowadzenie diagnozy funkcjonalnej, która umożliwi realizację dwóch fundamentalnych celów, czyli tworzenia warunków do rozwoju lub odbudowy relacji interpersonalnych oraz rozwoju potencjału wynikającego z wieku dziecka lub adolescenta korzystającego z pomocy i wsparcia.

Podstawą funkcjonowania Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży jest zbudowanie sieci koordynacji w społeczności lokalnej, w których zarówno rodzina, dzieci i młodzież otrzymują wsparcia najbliższej miejsca zamieszkania. W modelu uwzględniono specyfikę pracy z osobą niepełnoletnią oraz jej rodziną i siecią wsparcia społecznego wynikającą z podejścia Otwartego Dialogu¹⁹.

Wsparcie adresowane jest również do instytucji obecnych w środowisku lokalnym dziecka i jego rodziny. Obejmuje:

1. Cykliczne spotkania ze specjalistami z placówek oświatowych i pomocowych w celu budowania współpracy oraz wymiany wiedzy i doświadczenia;
2. Wykłady dla kadry instytucji w otoczeniu rodziny dotyczące mechanizmów zaburzeń wieku rozwojowego;
3. Indywidualne konsultacje dla przedstawicieli instytucji pedagogicznych, pomocowych lub sądowych w kontekście konkretnego dziecka/nastolatka;
4. Superwizje;
5. Zajęcia profilaktyczne dla uczniów i ich rodziców;

¹⁷ *Model Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży*, Warszawa 2020, s. 6, https://www.power.gov.pl/media/103397/Model_SCZP_DiM.pdf [dostęp: 3 lipca 2025 r.].

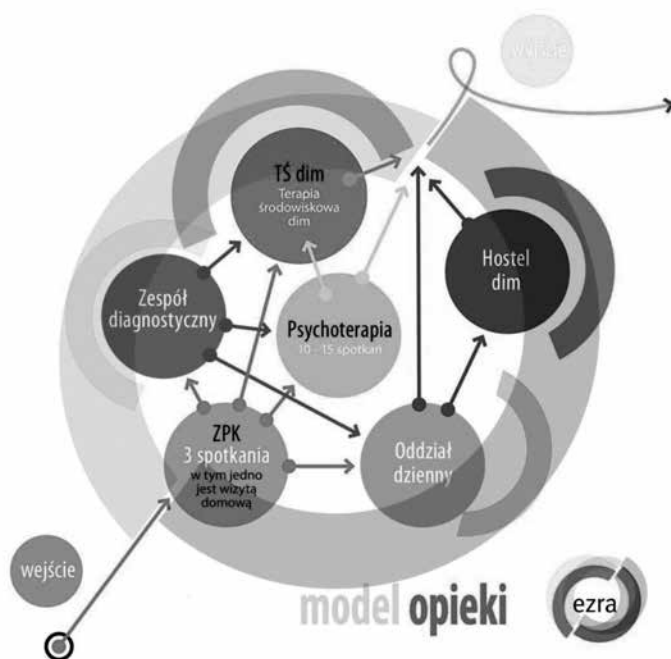
¹⁸ K. Lenkiewicz, *Model EZRA...*, s. 159.

¹⁹ J. Seikkula, T.E. Arnkil, *Otwarte dialogi. Antycypacje. Szanowanie Inności Podejście terapeutyczne skoncentrowane na sieci społecznej*. Kraków 2018.

6. Oddziaływania terapeutyczne w klasie dziecka będącego pod opieką Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży 20.

Przykładowy schemat rozwiązań organizacyjnych modelu wsparcia dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym wypracowanych w ramach projektu „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę – projekt zintegrowany. Dzielnica Bielany m.st. Warszawa” zaprezentowano na schemacie 2.

Schemat 2. Bielański model wsparcia dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym



Źródło: Model Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży. Warszawa 2020, s. 19. https://www.power.gov.pl/media/103397/Model_SCZP_DiM.pdf [dostęp: 3 lipca 2025 r.]

Poniżej zamieszczono porównanie modeli wsparcia dla dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym z Polski, Wielkiej Brytanii, Finlandii oraz Australii. Porównanie modeli środowiskowej opieki psychiatrycznej

²⁰ K. Lenkiewicz, *Model EZRA...*, s. 161.

dzieci i młodzieży pokazuje istotne różnice w strukturze systemów wsparcia, poziomie integracji między instytucjami oraz stopniu partycypacji społecznej.

Tabela 2. Porównanie modeli środowiskowej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży

Kraj	Nazwa modelu / programu	Poziomy wsparcia	Cechy charakterystyczne	Rola szkoły / otoczenia
Polska	Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego (ŚCZPDiM)	3 poziomy (poradnia – centrum – oddziały)	Integracja ochrony zdrowia z pomocą społeczną, lokalne ośrodki, reformowany od 2020 r.	Niski poziom integracji – w trakcie rozwoju
Wielka Brytania	CAMHS (Child and Adolescent Mental Health Services)	4 poziomy (prewencja – poradnie – kliniki – szpitale)	Ugruntowany system, współpraca z NHS i szkołami, łatwy dostęp przez GP	Bardzo wysoka – specjalne zespoły szkolne
Finlandia	Open Dialogue (Otwarty Dialog)	Zintegrowany z opieką środowiskową	Natychmiastowy kontakt, spotkania w domu pacjenta, partycypacja rodziny i otoczenia	Kluczowa – uczestniczy w spotkaniach
Australia	Headspace	Centra młodzieżowe w miastach i regionach	Integracja wsparcia zdrowotnego, edukacyjnego i zawodowego, elastyczność i samodecyzja młodzieży	Partnerzy – doradcy szkolni i rówieśnicy

Źródło: opracowanie własne.

4. Rozwój środowiskowego modelu wsparcia dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym w Polsce – perspektywy i wyzwania

Perspektywy rozwoju środowiskowego modelu wsparcia dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym w Polsce są obiecujące, ale wymagają skoordynowanych działań legislacyjnych, edukacyjnych i infrastrukturalnych.

Można wyróżnić pięć głównych kierunków rozwoju, które kształtują przyszłość tego modelu:

1. Profesjonalizacja kadry i rozwój kompetencji specjalistów. Aktualnie w Polsce brakuje psychoterapeutów dziecięcych, psychiatrów i terapeutów środowiskowych. System kształcenia jest rozdrobniony, a dostęp do superwizji ograniczony. Uruchomienie narodowych programów kształcenia, wsparcie szkoleniowe w małych miejscowościach oraz rozwój ścieżek kariery dla asystentów zdrowienia i terapeutów środowiskowych to kierunki, w których powinna podążać profesjonalizacja kadr. Istotne jest także uregulowanie prawne zawodu psychoterapeuty dzieci i młodzieży, wypracowanie standardów oraz finansowanie szkoleń²¹.
2. Cyfryzacja opieki psychiatrycznej (e-zdrowie). W skali globalnej obserwujemy wzrost znaczenia telemedycyny, aplikacji do monitorowania nastroju, czy wykorzystanie sztucznej inteligencji do wspomagania procesu diagnozy. Rozwiązaniem jest wdrożenie systemów zdalnego wsparcia (np. teleporady w kryzysie), narzędzi do samooceny kondycji psychicznej, a także platform edukacyjnych dla rodziców i nauczycieli. Zagrożeniem stanowi brak spójnych standardów bezpieczeństwa danych i interoperacyjności systemów²².
3. Systemowa integracja sektorów – edukacja, zdrowie, pomoc społeczna. Problem wynika z tego, że sektory te często działają równolegle, bez efektywnej współpracy, co skutkuje „gubieniem” dzieci w systemie. Rozwiązaniem mogą być lokalne koalicje na rzecz zdrowia psychicznego (szkoła + OPS + ŚCZP), system „jednego koordynatora przypadku”, czy wspólne platformy wymiany informacji. Przykładem może być rozwiązanie wypracowane w województwie śląskim, gdzie samorząd wdraża zintegrowane programy w szkołach²³.
4. Edukacja emocjonalna i wczesna profilaktyka w szkołach. Włączenie do programów nauczania edukacji emocjonalnej, rezyliencji i treningu uważności zwiększa odporność psychiczną dzieci²⁴. Korzyścią będzie obniżenie liczby interwencji kryzysowych, większa otwartość młodzieży

²¹ M. Glinowiecki, *Od azylu do życia w środowisku. Praktyki pomocowe adresowane do osób w kryzysach psychicznych*, [w:] M. Rymśa (red.), *W stronę środowiskowych usług społecznych*, Warszawa 2023, s. 90.

²² M. Sitarczyk, *Skuteczność modelu środowiskowego u osób z podwójną diagnozą*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2022, nr 20(3), s. 89-102, <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.22.015.18489>.

²³ K. Sobczyk, M. Grajek, *Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2024-2030*, Katowice 2024.

²⁴ M. Oleś, *Jakość życia dzieci i młodzieży – przegląd metod pomiaru*, „Przegląd Psychologiczny” 2010, nr 53(2), s. 233-234.

na temat zdrowia psychicznego oraz wsparcie rówieśnicze, a także przeciwdziałanie stygmatyzacji i izolacji społecznej. Jednak stanowi to też swego rodzaju wyzwanie, ponieważ wymaga przeprowadzenia szkoleń dla nauczycieli.

Tabela 3. Środowiskowy model wsparcia dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym – analiza SWOT

S – Strengths (Mocne strony) • Bliskość pacjenta – wsparcie w naturalnym środowisku dziecka (dom, szkoła, społeczność). • Zintegrowane podejście – współpraca międzysektorowa (zdrowie, edukacja, pomoc społeczna). • Ograniczenie hospitalizacji – nacisk na leczenie ambulatoryjne i środowiskowe. • Wzmacnianie rodziny i lokalnej wspólnoty – większe zaangażowanie bliskich. • Profilaktyka i wczesna interwencja – łatwiejsze wychwytywanie kryzysów na wczesnym etapie.	W – Weaknesses (Słabe strony) • Niedobór kadry specjalistycznej – szczególnie psychiatrów dziecięcych i terapeutów. • Ograniczone finansowanie – niestabilność i uzależnienie od projektów lub grantów. • Brak jednolitych standardów współpracy i jakości usług. • Nierówny dostęp regionalny – większe trudności w mniejszych miejscowościach i na wsiach. • Wolne tempo wdrażania zmian systemowych.
O – Opportunities (Szanse) • Wzrost świadomości społecznej i zainteresowania zdrowiem psychicznym. • Rozwijająca się polityka publiczna (np. Narodowy Program Zdrowia Psychicznego, CZPDiM). • Digitalizacja – wsparcie zdalne, aplikacje, e-terapia. • Programy edukacyjne w szkołach – rozwój kompetencji emocjonalnych i psychologicznych. • Innowacje lokalne – mobilne zespoły wsparcia, mentoring rówieśniczy, społeczności samopomocowe.	T – Threats (Zagrożenia) • Brak koordynacji między instytucjami i resortami (zdrowie, edukacja, MOPS). • Przeciążenie systemu przy rosnącym zapotrzebowaniu. • Stygmatyzacja – mimo postępu, nadal może blokować korzystanie z pomocy. • Zmiany polityczne – ryzyko zmiany priorytetów i cięć finansowych. • Bariery biurokratyczne – utrudniające szybkie reagowanie na potrzeby dzieci i rodzin.

Źródło: opracowanie własne.

Reasumując, rozwój środowiskowego modelu wsparcia dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym w Polsce to proces wymagający przede wszystkim:

1. systemowych inwestycji w kadry i narzędzia cyfrowe,
2. długofalowej współpracy między instytucjami,

3. zmiany kultury organizacyjnej w kierunku otwartości, integracji i elastyczności.

Mimo dynamicznego rozwoju, istnieją istotne bariery w zakresie udzielania wsparcia dla dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym. Należą do nich m.in:

1. brak specjalistów (szczególnie dziecięcych psychiatrów i psychoterapeutów),
2. problemy z integracją usług między edukacją a ochroną zdrowia,
3. niskie finansowanie, czy brak systemowych programów prewencji.

Funkcjonujący w Polsce środowiskowy model wsparcia dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym ma potencjał, by stać się fundamentem nowoczesnej psychiatrii dziecięcej w Polsce – pod warunkiem, że zostanie zrealizowany jako całościowa polityka publiczna, a nie jedynie zbiór projektów pilotażowych.

5. Podsumowanie i wnioski

Współczesny świat i zmiany w nim zachodzące sprawiają, że koniecznością staje się uwzględnienie ich w wychowaniu młodego pokolenia. Wynika to z troski o zdrowie psychiczne i profilaktykę problemów dzieci i młodzieży. Wychowanie jest odpowiedzialnością i zadaniem dorosłych, którzy mają obowiązek jak najlepiej przygotować dzieci i młodzież do radzenia sobie w życiu. W niedalekiej przyszłości mogą pojawić się kolejne poważne kryzysy, których naturę trudno przewidzieć, takie jak epidemie, wojny, czy normalizacja wykorzystania metod informatycznych do kontroli społeczeństw. I tu pojawia się pytanie, w jakie umiejętności i wiedzę „wyposażyć” młodego człowieka, aby potrafił stawić czoła trudnościom, które może napotkać na swojej drodze życiowej? Istotnego znaczenia nabiera uprzedzające nabywanie odporności i „hartowanie”, bo jeśli żyjemy w czasach szybko zachodzących zmian, czasem gwałtownych i niespodziewanych to zamiast koncentrować się na wspieraniu dzieci i młodzieży w przeżywaniu kryzysów psychicznych należy wypracowywać mechanizmy obronne, które je uodpornią na takie sytuacje. I tutaj ważną rolę odgrywa profilaktyka, szczególnie model profilaktyki zintegrowanej, który może stanowić zarówno podstawę teoretyczną i empiryczną dla modelu wsparcia środowiskowego. Należy dążyć do rozwijania u dzieci i młodzieży odporności na zmiany, radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych oraz

przygotowywać młodych do radzenia sobie w życiowych trudach, także tymi nowymi i nieoczekiwanymi²⁵.

Odporność psychiczna to jedna z najbardziej pożądaných kompetencji przyszłości. Rola podnoszenia odporności jest tym większa, że pierwsze ćwierćwiecze XXI wieku było czasem rosnącej zamożności i stosunkowo wysokiego bezpieczeństwa, w którym dzieci i młodzież nie były przygotowywane do radzenia sobie z poważnymi kryzysami i przeciwnościami²⁶. Dopiero pandemia Covid-19, a potem wybuch wojny w Ukrainie pokazały, w jakim stanie jest kondycja psychiczna dzieci i młodzieży. Zachodzące zmiany wymagają również zmiany w zakresie strategii radzenia sobie z trudnościami i wyzwaniami z reaktywnej na proaktywną (wyprzedzającą). Udzielanie wsparcia i reagowanie na sytuacje kryzysowe może okazać się niewystarczające, gdy kolejne kryzysy mogą oddziaływać na zdrowie psychiczne i fizyczne dzieci i młodzieży.

Z perspektywy budowania odporności psychicznej dzieci i młodzieży należy mieć na uwadze rozwijanie:

1. umiejętności radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych,
2. umiejętności radzenia sobie z emocjami, szczególnie lękiem, obawą i niepewnością co do przyszłości (ważne jest budowanie poczucia bezpieczeństwa),
3. podstawowych umiejętności społecznych takich, jak prośenie o pomoc i korzystanie z pomocy oraz
4. empatii (uwrażliwienie na potrzebę wspierania osób znajdujących się w potrzebie).

²⁵ S. Grzelak, D. Żyro, *Jak wspierać młodzież w niestabilnym świecie? Wyzwania i rekomendacje dla wychowania, profilaktyki i ochrony zdrowia psychicznego po trudnych latach 2020-2022*, Warszawa 2023, s. 220.

²⁶ S. Grzelak, D. Żyro, *Jak wspierać...*, s. 232.

Bibliografia

Literatura

1. Biechowska D., Orłowska E., Stokwiszewski J., *EZOP II. Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań. Wyniki badania dzieci w wieku 0–6 lat*, Warszawa 2021
2. Dobrzańska Z., Bronś A., Starselskis L., Gergley Z., Szlovik P., Impinna A., *Zdrowie psychiczne młodzieży z ośrodków socjoterapeutycznych na terenie państw Europy*, Warszawa 2022
3. Glinowiecki M., *Od azylu do życia w środowisku. Praktyki pomocowe adresowane do osób w kryzysach psychicznych*, [w:] M. Rymśa (red.), *W stronę środowiskowych usług społecznych*, Warszawa 2023
4. Grzelak S., Żyro D., *Jak wspierać młodzież w niestabilnym świecie? Wyzwania i rekomendacje dla wychowania, profilaktyki i ochrony zdrowia psychicznego po trudnych latach 2020-2022*, Warszawa 2023
5. Janas-Kozik M., *Założenia reformy psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce. III Międzynarodowa Konferencja Psychiatrii Dzieci i Młodzieży. Streszczenia*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2021, nr 21(3), DOI: 10.15557/PiPK.2021.0017
6. Konaszewski K., Kwadrans Ł., *Prężność psychiczna a wsparcie społeczne w grupie młodzieży nieprzystosowanej społecznie. Badania pilotażowe*, „Resocjalizacja Polska” 2017, nr 13, <https://doi.org/10.22432/pjsr.2017.13.11>
7. Lenkiewicz K., *Model EZRA – opieka środowiskowa w leczeniu zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 2020, nr 19(1)
8. Lenkiewicz K., Racicka E., Bryńska A., *Self-injury – Placement in mental disorders classifications, risk factors and primary mechanisms. Review of the literature*, „Psychiatria Polska” 2017, nr 51(2)
9. Lenkiewicz K., Srebnicki T., Bryńska A., *Personality disorders in adolescence*, „Psychiatria Polska” 2015, nr 49(4)
10. Mudrecka I., *Prężność u młodzieży z placówek resocjalizacyjnych i szkół ponadpodstawowych – analiza porównawcza*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin”, Sectio J, 2020, Vol. XXXIII(4)
11. Oleś M., *Jakość życia dzieci i młodzieży – przegląd metod pomiaru*, „Przegląd Psychologiczny” 2010, nr 53(2)
12. Opora R., *Nieletni niedostosowani społecznie, lecz odporni psychicznie*. [w:] W. Junik (red.), *Resilience. Teoria – badania – praktyka*, Warszawa 2011
13. Seikkula J., Arnkil T.E., *Otwarte dialogi. Antycypacje. Szanowanie Inności Podejście terapeutyczne skoncentrowane na sieci społecznej*, Kraków 2018

14. Sitarczyk M., *Skuteczność modelu środowiskowego u osób z podwójną diagnozą*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2022, nr 20 (3), <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.22.015.18489>
15. Sobczyk K., Grajek M., *Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2024-2030*, Katowice 2024
16. Strus W., Ciecuch J., *Towards a synthesis of personality, temperament, motivation, emotion and mental health models within the Circumplex of Personality Metatraits*, „Journal of Research in Personality” 2017, nr 66
17. Surma-Kuś D., Pilawski Ł., Siwiec A., Janas-Kozik M., *Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Sosnowcu – modelowy przykład psychiatrii środowiskowej*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2018, nr 18(4)

Źródła internetowe

1. <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/> [dostęp: 29 czerwca 2025 r.]
2. *Informacje po kontroli NIK. Psychiatria dziecięca do poprawki*, <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/psychiatria-dziecieca.html> [dostęp: 29 czerwca 2025 r.]
3. *Model Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży*, Warszawa 2020, https://www.power.gov.pl/media/103397/Model_SCZP_DiM.pdf [dostęp: 3 lipca 2025 r.]
4. *Najwyższa Izba Kontroli o dostępności leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży*, Warszawa 2020; <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/lecznictwo-psychiatryczne-dzieci-i-młodzieży.html> [dostęp: 29 czerwca 2025 r.]
5. *Ogólnopolskie badanie jakości życia dzieci i młodzieży w Polsce, obszar nr 3: Samopoczucie psychiczne. Biuro Rzecznika Praw Dziecka*, Warszawa 2021, <https://brpd.gov.pl/wp-content/uploads/2021/11/Raport-RPD-samopoczucie-psychiczne-PDF.pdf> [dostęp: 29 czerwca 2025 r.]
6. *Postępowania w sprawach nieletnich w pierwszej instancji w SR w latach 2020-2024. Ministerstwo Sprawiedliwości*, Warszawa 2024, <https://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/opracowania-wieloletnie/> [dostęp: 27 czerwca 2025 r.]