


Holistyczne wsparcie dziecka i rodziny. Interdyscyplinarna perspektywa społeczna, red. K. Wojtanowicz, M. Duda, Kraków 2025, s. 107–127 (Praca Socjalna w Teorii i Działaniu, 7).

 <https://doi.org/10.15633/9788383701097.08>

Magdalena Smolik

 <https://orcid.org/0009-0002-3448-2653>

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

 <https://ror.org/0583g9182>

Zaburzenia emocjonalne wśród młodych osób w perspektywie wyzwań instytucjonalnych i środowiskowych

W dzisiejszych czasach dzieci oraz młodzież coraz częściej zmagają się z ważnymi problemami emocjonalnymi, takimi jak: depresja, lęki, samookaleczenia, trudności adaptacyjne czy zespół stresu pourazowego. To zjawisko, które narasta od lat, ma swoje korzenie zarówno w aspektach indywidualnych, jak i społecznych. Elementy takie jak przemoc w rodzinie, presja ze strony szkoły, cyberprzemoc, wykluczenie społeczne, brak bezpieczeństwa w relacjach oraz brak umiejętności czytania i pisania to tylko niektóre czynniki wpływające na obniżenie dobrostanu psychicznego młodych ludzi. Problemy te nie tylko utrudniają codzienne życie osób dotkniętych, lecz także ujawniają niedoskonałości w systemach wsparcia zdrowia psychicznego i pomocy społecznej.

Chociaż kwestia zdrowia psychicznego młodzieży staje się coraz bardziej widoczna w przestrzeni publicznej, a organy państwowe oraz organizacje pozarządowe podejmują działania mające na celu jego poprawę, dostępne formy wsparcia często są niewystarczające, nieskoordynowane i trudne do uzyskania – szczególnie w mniej zamieszkałych lokalizacjach. Analizy danych z raportów Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę oraz Najwyższej Izby Kontroli ukazują

poważny zasięg problemu i wskazują na systemowe niedobory: braki specjalistów, wydłużone terminy oczekiwania na pomoc oraz różnorodne przeszkody formalne i psychologiczne, które utrudniają młodym ludziom skorzystanie z potrzebnej pomocy.

Celem tego rozdziału jest ukazanie zaburzeń emocjonalnych wśród dzieci i młodzieży jako skomplikowanego zjawiska społeczno-psychologicznego, analiza głównych czynników zwiększających ryzyko ich wystąpienia, ocena bieżących możliwości pomocy oraz wskazanie niezbędnych kierunków reform. W szczególnym kontekście omawiana jest koncepcja współpracy pomiędzy różnymi sektorami, ale tekst zawiera także konkretne systemowe rekomendacje – takie jak rozwój lokalnych koordynatorów wsparcia, wzmacnianie edukacji emocjonalnej, tworzenie mobilnych zespołów interwencyjnych czy zmiany w przepisach dotyczących autonomii młodzieży w korzystaniu z pomocy psychologicznej. Rozdział ma zatem charakter analityczny, a także skierowany na formułowanie postulatów – stanowi głos w sprawie kompleksowej i skutecznej reakcji na narastający kryzys zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży w Polsce.

Niniejszy artykuł opiera się na metodzie przeglądu literatury z obszarów psychologii, pedagogiki, psychiatrii, socjologii oraz polityki społecznej. W badaniach uwzględniono publikacje naukowe, raporty różnych instytucji publicznych (takich jak Najwyższa Izba Kontroli, Rzecznik Praw Dziecka) oraz materiały przygotowane przez organizacje non-profit (przede wszystkim Fundację Dajemy Dzieciom Siłę) z lat 2018–2024. Obejmuje to również statystyki dotyczące zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz działania podejmowane w ramach systemów wsparcia w Polsce i wybranych krajach europejskich. Kryteriami wyboru materiałów były: aktualność, rzetelność metodologiczna, znaczenie tematyczne oraz praktyczna użyteczność rekomendacji zawartych w źródłach.

Rodzaje zaburzeń emocjonalnych

Wraz z wiekiem emocje stają się coraz bardziej złożone, a otoczenie zaczyna oczekiwać od dzieci umiejętnego kontrolowania i ekspresji. Nie wszystkie dzieci radzą sobie z tym wyzwaniem, co u części z nich może prowadzić do wystąpienia zaburzeń emocjonalnych. Jednym z najczęstszych problemów w dzieciństwie są zaburzenia lękowe. Od typowych reakcji emocjonalnych odróżniają się one nasileniem, trwałością oraz tym, że utrudniają codzienne funkcjonowanie. Objawy lęku mogą obejmować: zachowania, reakcje fizjologiczne oraz procesy poznawcze. Często przyjmują formę somatyczną, jak

np. bóle brzucha czy głowy, napięcie mięśniowe lub duszności, i nie zawsze są bezpośrednio kojarzone z lękiem¹.

Zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży występują w różnych formach, takich jak uogólnione zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne czy lęk separacyjny. Zaburzenia lękowe uogólnione (GAD) charakteryzują się przewlekłym, nadmiernym umartwianiem się, niezwiązanym z konkretnym wydarzeniem czy sytuacją. Dzieci z tą diagnozą wykazują lęk o przyszłość, zdrowie, relacje społeczne czy sytuację rodzinną. Często mają napięte ciało, łatwo się irytują, mają trudności z koncentracją i snem². Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (OCD) objawiają się nawracającymi, niechcianymi myślami, które powodują niepokój, oraz powtarzającymi się działaniami mającymi na celu obniżenie napięcia. Obsesje często dotyczą: brudu, zakażeń, przemocy, religii czy bezpieczeństwa, a kompulsje przybierają formę rytuałów, np. poprzez mycie, sprawdzanie, układanie czy powtarzanie czynności. To zaburzenie znacząco obniża jakość życia, a jego wczesny początek wiąże się z mniejszymi szansami na całkowite wyleczenie³. Lęk separacyjny (SAD) to typowe zaburzenie dla dzieci, które polega na przesadnym i utrzymującym się strachu przed rozłąką z bliskimi. W odróżnieniu od naturalnych zachowań, takich jak niechęć do spania poza domem czy potrzeba bliskości z rodzicem, SAD wiąże się z irracjonalnym i uporczywym lękiem, że coś złego może spotkać osobę bliską⁴.

Depresja to kolejne zaburzenie emocjonalne, które niesie za sobą wiele poważnych konsekwencji, jak trudności w relacjach społecznych, problemy edukacyjne, a w niektórych przypadkach zwiększone ryzyko podjęcia prób samobójczych. Choć kiedyś uważano, że dotyczy ona wyłącznie osób dorosłych, obecnie wiadomo, że depresja występuje także u dzieci i młodzieży, choć jej objawy mogą się różnić od tych obserwowanych u dorosłych. U młodszych dzieci częściej niż u dorosłych pojawia się drażliwość oraz dolegliwości fizyczne. Z kolei u nastolatków objawy przybierają bardziej subiektywną formę, często towarzyszy im poczucie bezradności i pesymistyczne spojrzenie na świat. W okresie wczesnego dzieciństwa depresja występuje z podobną częstotliwością u chłopców i dziewczynek, natomiast w okresie dojrzewania proporcje

-
- 1 T. Wolańczyk, *Zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży*, [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, red. T. Wolańczyk, Warszawa 2013, s. 177–202.
 - 2 J. Rybakowski, *Psychiatria*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 2014, s. 183–190.
 - 3 J. Kłosowska, *Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne u dzieci i młodzieży*, [w:] *Psychopatologia wieku rozwojowego*, red. A. Pisula, M. Pisula, Gdańsk 2015, s. 143–158.
 - 4 T. Wolańczyk, *Zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży...*, dz. cyt., s. 195–198.

zmieniają się i stają się dwukrotnie wyższe wśród dziewcząt⁵. Depresja u dzieci i młodzieży bardzo często jest zjawiskiem współwystępującym z innymi, jak zaburzenia lękowe, uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz zaburzenia o charakterze destrukcyjnym. W zakresie emocji występują obniżony nastrój, drażliwość, utrata odczuwania przyjemności, tzw. anhedonia, niepokój i poczucie winy. W sferze poznawczej pojawiają się trudności z koncentracją, szybką męczliwość, negatywne myślenie, poczucie bezradności. Zachowania depresyjne obejmują wycofanie się z kontaktów społecznych, zaburzenia snu i łaknienia, brak zainteresowań, a także w skrajnych przypadkach próby samobójcze. Aaron Beck, twórca poznawczej teorii depresji, opisał tzw. triadę depresyjną, czyli negatywny sposób myślenia o sobie samym, otaczającym świecie i przyszłości⁶. Te przekonania wzmacniają się nawzajem, tworząc błędne koło, które utrwała stan depresyjny.

Wśród zaburzeń emocjonalnych występujących u dzieci i młodzieży – poza zaburzeniami lękowymi i depresją – istotne znaczenie mają także zaburzenia adaptacyjne, dystymia oraz zespół stresu pourazowego. Każde z nich wiąże się z zakłóconym przeżywaniem emocji i trudnościami w przystosowaniu się do sytuacji życiowych. Zaburzenia adaptacyjne, to reakcje emocjonalne pojawiające się w wyniku przeżycia istotnego wydarzenia stresowego. Może to być zarówno jednorazowe doświadczenie, np. rozwód rodziców, przeprowadzka, hospitalizacja, jak i długotrwała sytuacja – przewlekły konflikt lub przemoc. Zwykle zaburzenie rozwija się w ciągu trzech miesięcy od wystąpienia stresora, a w obrazie klinicznym dominują takie objawy jak obniżenie nastroju, drażliwość, lęk, trudności z koncentracją, spadek motywacji, a także zachowania buntownicze lub wycofanie społeczne⁷. U dzieci objawy mogą być mniej wyraźne, a ich źródło często bywa błędnie interpretowane jako „trudny charakter” lub przejaw buntu⁸.

Dystymia to przewlekłe zaburzenie nastroju o łagodniejszym nasileniu niż epizod dużej depresji, ale o znacznie dłuższym czasie trwania. U dzieci i młodzieży dystymia jest rozpoznawana, gdy objawy utrzymują się przez co najmniej rok. Charakterystyczne dla tego zaburzenia są utrzymujące się uczucie smutku, drażliwość, pesymizm oraz trudności w koncentracji. Często pojawiają się także problemy ze snem i apetytem. Choć objawy dystymii nie są tak silnie nasilone, jak w przypadku depresji, to ich przewlekłość sprawia,

5 D. Łojko, *Depresja w wieku rozwojowym*, [w:] *Psychiatria*, t. 2, red. J. Rybakowski, Warszawa 2016, s. 531–540.

6 A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw, G. Emery, *Terapia poznawcza depresji*, Gdańsk 1986, s. 25.

7 American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington 2013.

8 R. E. Behrman, R. M. Kliegman, H. B. Jenson, *Nelson. Podstawy pediatrii*, Wrocław 2016, s. 42–47.

że znacząco obniżają jakość życia dziecka i wpływają negatywnie na jego funkcjonowanie społeczne oraz szkolne⁹. Z kolei zespół stresu pourazowego (PTSD) to zaburzenie pojawiające się po doświadczeniu sytuacji wyjątkowo silnie stresującej, często zagrażającej życiu lub bezpieczeństwu psychicznemu jednostki. Przykładami takich traum są wypadki, przemoc fizyczna lub seksualna, klęski żywiołowe, zaniedbanie, a także śmierć bliskiej osoby. Objawy obejmują nawracające, niechciane wspomnienia lub obrazy traumatycznego wydarzenia (tzw. flashbacki), koszmary senne, a także zachowania odtworcze, w których dziecko symbolicznie „przepracowuje” traumę w zabawie. Ponadto występuje wyraźna tendencja do unikania sytuacji przypominających o traumie, wycofanie emocjonalne, trudności w koncentracji, pobudzenie, drażliwość oraz nadmierna czujność. PTSD nie tylko zaburza funkcjonowanie emocjonalne dziecka, lecz także wpływa na jego rozwój społeczny, relacje z rówieśnikami i wyniki edukacyjne¹⁰.

Czynniki powstawania zaburzeń emocjonalnych u dzieci i młodzieży

Stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest kształtowany przez wiele czynników, wśród których szczególne znaczenie ma środowisko wychowawcze. Wychowywanie się w rodzinie niezapewniającej dziecku poczucia bezpieczeństwa, w której dominują napięcia, brak szacunku między rodzicami, a dziecko staje się mimowolnym uczestnikiem konfliktów, znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia kryzysu psychicznego. Dodatkowym obciążeniem są sytuacje, w których rodzina zmagą się z takimi problemami jak uzależnienia, choroby przewlekłe, bezrobocie czy inne trudności życiowe¹¹.

Ważnym czynnikiem ryzyka są także niezaspokojone podstawowe potrzeby emocjonalne dziecka, w tym potrzeba: miłości, akceptacji, bliskości, bezpieczeństwa oraz poczucia własnej wartości¹². Ich brak może doprowadzić do poważnych zaburzeń w sferze emocjonalnej i psychicznej jednostki¹³. Istotne są również cechy osobowościowe rodziców bądź opiekunów, gdyż dzieci wychowujące się w rodzinach, gdzie jeden rodzic lub oboje rodzice cierpią

9 P. C. Kendall, *Zaburzenia lękowe i nastroju u dzieci i młodzieży*, Warszawa 2018, s. 232.

10 R. S. Pynoos, K. Nader, *Issues in the treatment of posttraumatic stress in children and adolescents*, [w:] *Post-Traumatic Stress Disorder. A Clinical Review*, New York 1993, s. 45–60.

11 J. Gajda, *Psychiczne uwarunkowania rozwoju dzieci i młodzieży*, Warszawa 2020, s. 85–88.

12 A. Herman, E. Dąbrowska, *Rola środowiska rodzinnego w kształtowaniu zdrowia psychicznego dzieci*, „Psychiatria Polska” 55 (2021) nr 3, s. 421–430.

13 M. Rutter, *Psychopatologia wieku rozwojowego*, Kraków 2019, s. 143–147.

na zaburzenia lękowe albo przejawiają chroniczną postawę lękową i częściej same wykazują objawy tego typu zaburzeń. Znaczenie mają także style wychowawcze rodziców. Nadmierna kontrola, zbyt surowe podejście lub przeciwnie nadopiekuńczość, mogą zakłócać proces kształtowania się zdrowej struktury psychicznej dziecka i przyczyniać się do rozwoju trudności emocjonalnych¹⁴.

Z kolei przemoc domowa to jeden z najpoważniejszych czynników ryzyka zaburzeń emocjonalnych. Przybiera ona rozmaite postaci – od agresji fizycznej przez znęcanie się psychiczne i wykorzystywanie seksualne po przemoc ekonomiczną i brak wsparcia emocjonalnego. Wszystkie te formy naruszają fundamentalne potrzeby młodego człowieka, tj. poczucie bezpieczeństwa, akceptację, więź z bliskimi i wiarę w dorosłych¹⁵. Długotrwałe doświadczenie agresji zarówno fizycznej, jak i psychicznej oraz uczestnictwo w konfliktach między opiekunami może doprowadzić do rozwinięcia się objawów lękowych, depresyjnych i zaburzeń snu¹⁶. Badania przeprowadzone przez Karrie J. Stenberg i współautorów na grupie 128 dzieci w wieku od 7 do 12 lat potwierdzają, że nawet jedna trzecia dzieci, które były świadkami przemocy w rodzinie, rozwija symptomy zespołu stresu pourazowego (PTSD) oraz ma obniżone zdolności regulacji emocji¹⁷. Ponadto dzieci, które dorastają w środowisku pełnym agresji, zwykle uczą się rozwiązywania konfliktów za pomocą przemocy, co wpływa na późniejsze relacje interpersonalne i funkcjonowanie społeczne.

Szkoła, obok domu rodzinnego, jest jednym z kluczowych miejsc rozwoju dla dziecka, jednak może wprowadzać też znaczną presję. Presja związana z nauką może być zarówno zewnętrzna i pochodzić od nauczycieli, systemu ocen, porównań między uczniami oraz oczekiwań ze strony mamy i taty, jak i wewnętrzna, wynikająca z pragnienia osiągnięcia perfekcji i obaw przed niepowodzeniem. Wysokie oczekiwania, niedostatek wsparcia emocjonalnego oraz intensywna rywalizacja mogą prowadzić do przewlekłego stresu, niskiej samooceny, wypalenia, zaburzeń lękowych, depresji czy somatycznych objawów, jak bóle głowy, bóle brzucha oraz problemy ze snem. Szkolna presja może także prowadzić do izolacji społecznej oraz braku chęci do nauki, co pogłębia problemy emocjonalne i wpływa negatywnie na ogólny stan psychiczny¹⁸.

14 P. Oleś, *Wprowadzenie do psychologii klinicznej dzieci i młodzieży*, Warszawa 2018, s. 112–115.

15 I. Grzegorzewska, *Psychologiczne skutki przemocy wobec dzieci*, Warszawa 2017, s. 55.

16 A. Doroudchi, M. Zarenezhad, H. Hosseininezhad [i in.], *Psychological complications of the children exposed to domestic violence. A systematic review*, „Egyptian Journal of Forensic Sciences” 13 (2023) nr 1, <https://doi.org/10.1186/s41935-023-00343-4>.

17 K. J. Stenberg, M. E. Lamb, E. Guterman, C. B. Abbott, *Incidence of PTSD symptoms in children from homes with domestic violence exposure*, „Journal of Traumatic Stress” 15 (2002) nr 2, s. 97–105.

18 M. Sznajder, *Stres szkolny jako czynnik ryzyka zaburzeń emocjonalnych u młodzieży*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 20 (2020) nr 2, s. 115–122.

Wykazano, że nadmierne wymagania edukacyjne sprzyjają powstawaniu zaburzeń lękowych, depresji, objawów psychosomatycznych, jak bóle głowy czy problemy żołądkowe, a także przyczyniają się do spadku motywacji i pogorszenia wyników w nauce. Warto dodać, że również postawa rodziców może znacząco przyczyniać się do wzrostu presji psychicznej u dzieci i młodzieży. Rodzice mający wygórowane oczekiwania edukacyjne, utożsamiający wartość dziecka z jego wynikami, często – choć nieintencjonalnie – wzmacniają u niego lęk przed porażką i obniżają poczucie własnej skuteczności. W efekcie dziecko może rozwijać nadmierny perfekcjonizm, chroniczne napięcie emocjonalne, a także objawy lękowe i depresyjne. Presja rodzicielska, połączona z wymaganiami szkolnymi, prowadzi nierzadko do wyczerpania zasobów adaptacyjnych i obniżenia ogólnego dobrostanu psychicznego¹⁹.

Cyberprzemoc, czyli agresja dokonywana za pośrednictwem technologii cyfrowych, wyróżnia się niebezpiecznym charakterem, gdy jest anonimowa, trwa przez całą dobę i może dotrzeć do szerokiego grona odbiorców. Meta-analiza obejmująca 57 badań z udziałem ponad 105 tysięcy osób potwierdziła, że ofiary cyberprzemocy doświadczają znacznie wyższych poziomów depresji oraz częstszych objawów stresu pourazowego w porównaniu z osobami, które nie były prześladowane online. Ponadto więcej niż połowa nastolatków przyznała, że spotkała się z cyberprzemocą, co wiązało się nawet z myślami samobójczymi²⁰. Tradycyjnie do cyberprzemocy zaliczały się takie działania jak obraźliwe wiadomości, publiczne poniżanie oraz nękanie w przestrzeni internetowej. Współczesne przejawy tego zjawiska jednak ulegają szybkim zmianom i coraz częściej przyjmują bardziej skomplikowane oraz subtelne formy. Wśród nowych, ważnych aspektów cyberprzemocy wyróżniają się m.in. sharenting, który oznacza nadmierne i często niezatwierdzone przez dziecko publikowanie jego zdjęć i informacji przez rodziców, phishing – czyli oszustwa polegające na podszywaniu się pod innych dla zdobycia danych, doxing – obejmujący ujawnianie prywatnych danych, oraz deepfake'i, które dotyczą tworzenia zmanipulowanych filmów lub nagrań²¹. Nowe formy cyberprzemocy stanowią poważne zagrożenie dla prywatności i bezpieczeństwa dzieci oraz młodzieży, a także wywierają negatywny wpływ na ich zdrowie psychiczne.

19 J. Lee [i in.], *Parental expectations and children's academic stress. A longitudinal study*, „Educational Psychology” 41 (2021), s. 45–60.

20 Y. Hu, Y. Bai, Y. Pan, S. Li, *Cyberbullying victimization and depression among adolescents. A meta-analysis*, „Psychiatry Research” 305 (2021) art. 114198, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114198>.

21 S. Livingstone, M. Stoilova, R. Nandagiri, *Children's data and privacy online. Growing up in a digital age*, „Journal of Children and Media” 15 (2021) nr 1, s. 20–36.

Zdrowie psychiczne dzieci oraz młodzieży jest także ściśle powiązane z wpływami społecznymi. W grupach marginalizowanych, takich jak dzieci z biednych rodzin, z problemami alkoholowymi lub przemocowymi, a także dzieci migrantów i uchodźców, istnieje znaczne ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych. Trudny dostęp do opieki zdrowotnej, edukacji i wsparcia społecznego sprawia, że te grupy są szczególnie narażone na negatywne skutki zdrowia psychicznego. Marginalizacja społeczna może objawiać się poprzez izolację, brak akceptacji czy dyskryminację, co w negatywny sposób wpływa na poczucie własnej wartości oraz możliwości rozwoju osobistego. Dzieci i młodzież z mniejszości lub pochodzące z rodzin z problemami w przystosowaniu często borykają się z ograniczonym dostępem do wsparcia, co zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych, depresyjnych oraz problemów z nawiązywaniem relacji społecznych. Dodatkowo problem wykluczenia potęguje trudności w uzyskaniu pomocy psychologicznej. Oprócz finansowych barier istnieje również niewiedza rodziców i opiekunów, dotycząca problemów psychicznych, oraz stygmatyzacja, która powoduje, że wiele dzieci nie ma dostępu do niezbędnej pomocy²².

Przechodząc do następnego zagadnienia, warto zwrócić uwagę na wtórny analfabetyzm, który jest istotnym czynnikiem wpływającym na rozwój zaburzeń emocjonalnych. Wtórny analfabetyzm odnosi się do trudności w czytaniu i pisaniu, które mogą wystąpić u dorosłych oraz młodych ludzi, mimo że wcześniej uczyli się w systemie edukacji. Osoby borykające się z tym problemem często czują się wykluczone społecznie, mają niską samoocenę oraz zmagają się z frustracją związaną z ograniczonym dostępem do informacji pisemnych. Te problemy z komunikacją i edukacją mogą pogłębiać objawy lęku, depresji oraz trudności w zarządzaniu emocjami. Dodatkowo wtórny analfabetyzm sprawia, że dostęp do wsparcia psychologicznego i społecznego staje się trudniejszy, co zwiększa ryzyko izolacji oraz chronicznego stresu²³.

Przedstawione czynniki ryzyka wyraźnie pokazują złożoną naturę problemu zaburzeń emocjonalnych wśród dzieci i młodzieży, dlatego w następnej części tekstu zostanie omówione znaczenie wsparcia społecznego jako istotnego czynnika w zapobieganiu tym zaburzeniom.

22 M. Płatos, *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce. Rekomendacje dla polityki publicznej*, Fundacja GrowSPACE, Warszawa 2021, <https://growspace.pl/raporty> (7.12.2025).

23 E. Przybylska, *Alfabetyzacja i edukacja podstawowa dorosłych jako współczesny trend oświatowy na bogatym Zachodzie*, „Rocznik Andragogiczny” 32 (2025), s. 62.

Wsparcie społeczne wobec zaburzeń emocjonalnych u dzieci i młodzieży

Wsparcie społeczne odgrywa istotną rolę w przeciwdziałaniu i łagodzeniu zaburzeń emocjonalnych u dzieci i młodzieży. Obejmuje ono różnorodne formy pomocy udzielonej młodym ludziom przez otoczenie, najczęściej są to: rodzina, rówieśnicy, szkoła, instytucje publiczne oraz organizacje pozarządowe. Rodzina jako podstawowe środowisko wychowawcze odgrywa często pierwszoplanową rolę w zapewnieniu młodzieży stabilności emocjonalnej i poczucia bezpieczeństwa. Jednak w przypadkach rodzin dysfunkcyjnych lub nadmiernie obciążonych np. przez kryzysy ekonomiczne, rozwody czy choroby psychiczne, rola ta bywa osłabiona lub nieobecna. Brak wsparcia rodzinnego zwiększa podatność młodych ludzi na depresję, zaburzenia lękowe i zachowania autodestrukcyjne. Szkoła stanowi zaś drugie istotne źródło wsparcia zarówno poprzez nauczycieli, jak i programy profilaktyczne czy dostęp do konsultacji z psychologiem szkolnym. Nieocenione znaczenie ma także wsparcie rówieśnicze, zwłaszcza w okresie dorastania, kiedy relacje z grupą zyskują szczególną wagę. Przyjaciele i bliscy znajomi mogą być buforem chroniącym przed eskalacją objawów psychicznych, o ile są obecni, wspierający i potrafią rozpoznać sygnały kryzysu.

Badania pokazują, że dzieci, które utrzymują pozytywne relacje z rodzicami, nauczycielami oraz rówieśnikami, są mniej skłonne do rozwijania zaburzeń emocjonalnych i w trudnych sytuacjach potrafią szybciej odzyskać równowagę psychiczną²⁴. Kluczowe jest tzw. wsparcie percepcyjne – subiektywne odczucie, że można liczyć na pomoc innych²⁵. Nawet w przypadku braku realnej pomocy samo uczucie bliskości i bezpieczeństwa zmniejsza stres i przeciwdziała poczuciu osamotnienia, które często prowadzi do depresji. W zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży wsparcie społeczne może mieć różne formy i poziomy. Na poziomie mikrospołecznym rodzina i rówieśnicy stanowią pierwszą linię wsparcia. Dzieci potrzebują stabilnych emocjonalnie dorosłych, którzy potrafią rozpoznać oznaki zagrożenia i odpowiednio na nie reagować. Brak wsparcia ze strony rodziny zazwyczaj wiąże się z wyższym ryzykiem wystąpienia depresji, zaburzeń lękowych czy prób samobójczych. Na poziomie instytucjonalnym szkoły, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, ośrodki środowiskowe i organizacje non-profit powinny wspólnie budować zintegrowane sieci pomocy. Międzynarodowe doświadczenia pokazują,

24 A. S. Masten, *Ordinary Magic. Resilience in Development*, New York 2014.

25 P. A. Thoits, *Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health*, „Journal of Health and Social Behavior” 52 (2011) nr 2, s. 145–161, <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>.

że systemowe podejście zwiększa efektywność interwencji, redukując fragmentację wsparcia. Na poziomie systemowym kluczowe są przepisy prawne, finansowanie ochrony zdrowia psychicznego, polityka społeczna oraz działania edukacyjne dotyczące zdrowia psychicznego. W Polsce rośnie znaczenie inicjatyw, takich jak program „Wspierająca Szkoła”, SCWEW czy lokalne projekty wsparcia emocjonalnego. Model ochrony, który opiera się na silnych więziach społecznych i dostępnych formach pomocy, sprzyja rozwojowi tzw. rezyliencji, czyli odporności psychicznej dzieci – umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach i pokonywania przeszkód²⁶.

W przypadku leczenia zaburzeń emocjonalnych u dzieci i młodzieży psychiatra odgrywa kluczową rolę, szczególnie w kontekście prowadzenia farmakoterapii, o ile istnieją wskazania do jej zastosowania. Proces ten obejmuje nie tylko diagnozę, lecz także dobór odpowiednich leków, ustalenie dawkowania, monitorowanie efektów i ewentualne stopniowe odstawienie farmakoterapii. Każdy etap leczenia powinien odbywać się pod ścisłym nadzorem lekarza psychiatry, a sam pacjent nie powinien samodzielnie modyfikować dawek, przerywać leczenia czy wprowadzać zmian bez konsultacji specjalistycznej. Wokół stosowania leków psychotropowych, zarówno w przypadku dorosłych, jak i młodzieży, narasta jednak wiele wątpliwości. Dotyczy to szerszego zjawiska, którym jest medykalizacja zdrowia psychicznego²⁷. W debacie publicznej coraz częściej podnoszony jest argument, że objawy emocjonalne lub behawioralne traktowane są jako choroby wymagającej leczenia farmakologicznego, co może prowadzić do nadmiernego uzależnienia od interwencji medycznych. Jednak, jak wskazują badania i analizy społeczne, zjawisko to należy postrzegać jako konsekwencje niskiego poziom edukacji zdrowotnej w społeczeństwie i szerokiej dostępności produktów leczniczych bez recepty. Profesjonalna opieka psychiatryczna nie ogranicza się jednak wyłącznie do pracy lekarzy specjalistów. Obejmuje również działania w poradniach zdrowia psychicznego, centrach środowiskowych oraz interdyscyplinarnych zespołach wsparcia. Kluczowe jest w tym kontekście funkcjonowanie zintegrowanego systemu opieki społecznej, medycznej, który umożliwi efektywne reagowanie na potrzeby pacjentów oraz usprawnia przepływ informacji między instytucjami. Podstawą skutecznego leczenia i rehabilitacji powinien być system, który zapewnia

26 J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik, A. Dzielska, I. Tabak, *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa 2021, https://www.researchgate.net/publication/332173181_ZDROWIE_UCZNIOW_W_2018_ROKU_NA_TLE_NOWEGO_MODELU_BADAN_HBSC_pod_redakcja_Joanna_Mazur_i_Agnieszka_Malkowska-Szcutnik (7.12.2025).

27 J. Wciórka, *Medykalizacja problemów psychicznych – między potrzebą pomocy a ryzykiem nadużycia*, [w:] *Zdrowie psychiczne i zaburzenia psychiczne w kontekście zdrowia publicznego*, red. J. Wciórka, B. Wciórka, Warszawa 2017, s. 135–150.

dostęp do opieki psychiatrycznej, gwarantuje uzyskanie pomocy w sytuacjach kryzysowych, ułatwia identyfikację naturalnych i profesjonalnych źródeł wsparcia, sprzyja koordynacji świadczeń oraz pomaga w odszukaniu osób wymagających pomocy. Znaczenie ma również jakość relacji terapeutycznej oraz postawa personelu medycznego wobec pacjentów. Badanie wskazuje, że empatia, życzliwość szacunek i zaangażowanie specjalistów stanowią istotne czynniki sprzyjające poprawie stanu psychicznego młodych pacjentów. Takie podejście poprawia skuteczność leczenia oraz zmniejsza ryzyko nawrotu zaburzeń emocjonalnych czy zachowań autodestrukcyjnych. Pacjenci często podkreślają, że dobre relacje z personelem oraz poczucie bycia wysłuchanym są ważniejsze niż formalne aspekty opieki zdrowotnej. Ponadto każdy członek zespołu terapeutycznego, niezależnie od miejsca pracy, powinien być przygotowany do kontaktu z pacjentem w sposób nieoceniający i wspierający, z pełną świadomością wpływu relacji interpersonalnych na proces leczenia.

W ostatnich latach w Polsce obserwuje się dramatyczny wzrost zaburzeń emocjonalnych wśród dzieci i młodzieży, na co wpływ mają m.in. presja edukacyjna, skutki pandemii, brak stabilnych relacji rodzinnych oraz zagrożenia płynące z przestrzeni cyfrowej. Problemy te narastają przy jednoczesnym niedostatku odpowiednich form wsparcia psychicznego i psychoterapeutycznego. Analiza raportów Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę za lata 2021, 2022 i 2024 ujawnia trwałość oraz złożoność problematyki zaburzeń emocjonalnych, a także przemocy wobec dzieci i nastolatków w Polsce. Raport z 2021 roku zwraca uwagę na istotną skalę przemocy wobec dzieci, która prowadzi do poważnych konsekwencji zdrowotnych, zarówno fizycznych, jak i psychicznych. Odnotowano 1496 prób samobójczych wśród osób poniżej 19. roku życia, z czego 127 zakończyło się śmiercią. Należy postrzegać to zjawisko nie tylko jako efekt indywidualnych problemów, lecz także jako symptom szerszych kwestii społecznych i systemowych, które utrudniają skuteczną ochronę i interwencje²⁸. W raporcie z 2022 roku zauważono pewien wzrost liczby dzieci i młodzieży korzystających z pomocy specjalistycznej, co może świadczyć o rosnącej świadomości społecznej dotyczącej problemów związanych z przemocą oraz zaburzeniami emocjonalnymi i o lepszej dostępności wsparcia psychologicznego. Mimo tego pozytywnego zjawiska dane na temat prób samobójczych oraz zachowań ryzykownych wciąż były na wysokim poziomie, co sugeruje, że dotychczasowe działania zapobiegawcze i terapeutyczne nie przynoszą

28 Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, *Dzieci się liczą 2022. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*, Warszawa 2022, s. 20–25, https://fdds.pl/_Resources/Persistent/c/0/8/1/co81160546a-ae2379516cee99a2d3efd9b43c6fe/Dzieci%20osi%C4%99%20licz%C4%85%202022%20-%20raport.pdf (7.12.2025).

oczekiwanych efektów. Ta sytuacja obrazuje, że rosnące zainteresowanie wsparciem psychologicznym nie zawsze idzie w parze z jego efektywnością oraz dostępnością, zwłaszcza w społecznościach mniej uprzywilejowanych²⁹. Raport z 2024 roku, zatytułowany *Barometr postaw wobec krzywdzenia dzieci w Polsce*, skupia uwagę na kolejny istotny aspekt – społeczne postawy dotyczące przemocy wobec dzieci³⁰. Pomimo wzrostu świadomości oraz prowadzenia różnych kampanii edukacyjnych problem krzywdzenia dzieci często bywa niedoceniany lub pozostaje nierozpoznany przez znaczny odsetek ludzi. Tego rodzaju postawy wpływają bezpośrednio na ograniczoną skuteczność działań podejmowanych przez instytucje publiczne oraz organizacje non-profit, które często nie dysponują odpowiednimi środkami i narzędziami, aby w sposób systemowy i kompleksowy przeciwdziałać przemocy i jej konsekwencjom. Wciąż nierozwiązane pozostają kwestie proceduralne, niewystarczająca jest współpraca między instytucjami oraz braki kadrowe, które znacznie utrudniają efektywną interwencję.

Co istotne, Najwyższa Izba Kontroli w raporcie z 2024 roku, w obliczu narastającego kryzysu psychicznego wśród młodzieży, skrytykowała dotychczasowe działania instytucji państwowych. Pomimo rosnących potrzeb aż 42 proc. szkół w Polsce nadal nie zatrudnia psychologów, a dostęp do specjalistów jest drastycznie utrudniony, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach. Czas oczekiwania na psychoterapię dziecięcą w ośrodkach środowiskowej opieki zdrowotnej potrafi przekroczyć siedem miesięcy, co w kontekście nagłych kryzysów może mieć negatywne konsekwencje. Z perspektywy systemowej szkoła jako podstawowe miejsce identyfikacji problemów uczniów nie jest w stanie skutecznie spełnić swojej funkcji bez wsparcia specjalistów. NIK zwraca uwagę, że „pomoc psychologiczno-pedagogiczna dla dzieci i młodzieży w Polsce jest niewydolna i fragmentaryczna”³¹.

Warto także wspomnieć, że często już na etapie decyzji o zgłoszeniu się do specjalisty wielu młodych ludzi napotyka przeszkody w postaci postawy rodziców, którzy hamują ten proces poprzez lekceważenie problemu,

29 Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, Warszawa 2022, s. 102–109, https://fdds.pl/_Resources/Persistent/c/0/8/1/co81160546aae2379516cee99a2d3efd9b43c6fe/Dzieci%20osi%C4%99%20licz%C4%85%202022%20-%20raport.pdf (7.12.2025).

30 Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, *Barometr postaw wobec krzywdzenia dzieci w Polsce 2024*, Warszawa 2024, s. 14–23, https://fdds.pl/_Resources/Persistent/2/2/c/3/22c34996d2e2f2a9fd-2545d91e659f64b17b920a/Barometr_postaw_wobec_krzywdzenia_FDDS_IPSOS_2024_publ.pdf (7.12.2025).

31 Najwyższa Izba Kontroli, *Niewydolna pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna dla dzieci i młodzieży*, Warszawa 2024, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/niewydolna-pomoc-psychologiczna-i-psychoterapeutyczna-dla-dzieci-i-mlodziezy.html> (7.12.2025).

przekonanie o jego przejściowym charakterze, brak zaufania do psychologów lub niechęć przyznania, że dziecko może potrzebować profesjonalnej pomocy. Młodzi ludzie czasem nie mają odwagi mówić wprost o swoim cierpieniu z obawy przed niezrozumieniem, karą lub oceną. W rezultacie dzieci i nastolatki pozostają same z trudnymi emocjami, co zwiększa ryzyko pogłębiania się zaburzeń i kryzysów psychicznych. W 2025 roku wprowadzono zmiany legislacyjne, które umożliwiają młodzieży powyżej trzynastego roku życia samodzielne korzystanie z pomocy psychologa lub psychoterapeuty bez konieczności uzyskiwania zgody rodziców³². Nastolatek, mając możliwość porozmawiania z profesjonalistą bez pośrednictwa dorosłych, może łatwiej otworzyć się na temat swoich problemów i emocji. Taka zmiana ma potencjał przełamania jednej z najbardziej strukturalnych barier – zależności od dorosłego opiekuna, którego postawa nie zawsze sprzyja dostrzeżeniu potrzeby pomocy. Ponadto zmiana jest zgodna z kierunkiem europejskich standardów ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, które coraz wyraźniej akcentują prawo młodych ludzi do autonomii w podejmowaniu decyzji dotyczących własnego zdrowia. W wielu krajach UE już funkcjonują rozwiązania, które pozwalają osobom niepełnoletnim uzyskać pomoc bez formalnej zgody rodziców, zwłaszcza gdy istnieje podejrzenie, że sytuacja domowa może pogarszać stan psychiczny dziecka³³.

Długofalowa i skuteczna odpowiedź na kryzys psychiczny wśród dzieci i młodzieży wymaga podejścia systemowego i skoordynowanego, w którym istotną rolę odgrywa współpraca różnych sektorów: edukacji, ochrony zdrowia, pomocy społecznej, sądownictwa rodzinnego, a także organizacji pozarządowych. Tylko w ramach interdyscyplinarnego modelu wsparcia możliwe jest efektywne rozpoznawanie potrzeb młodych ludzi oraz podejmowanie adekwatnych działań interwencyjnych. Dlatego w kolejnej części artykułu przedstawione zostaną główne założenia podejścia interdyscyplinarnego.

32 Sejm uchwalił w czerwcu 2025 roku nowelizację ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zawierającą art. 7a, który przyznaje osobom po ukończeniu 13 lat prawo do uzyskania ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej i psychologicznej bez zgody przedstawiciela ustawowego – por. Z. Świerczek, *Młodzież od 13. roku życia coraz bliżej dostępu do opieki psychiatrycznej bez zgody rodzica. Senat przegłosował ustawę*, 17.07.2025, <https://politykazedrowotna.com/artykul/mlodziez-od-13-roku-n1756915> (7.12.2025).

33 A. Dmitrowicz, *Depresja u dzieci i młodzieży. Wczesna diagnoza i leczenie*, Warszawa 2019, s. 46–48.

Interdyscyplinarne podejście w systemie wsparcia dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocjonalnymi

Interdyscyplinarność odgrywa istotną rolę w ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, gdyż problemy w tym obszarze charakteryzują się wysokim stopniem złożoności. Trudności, problemy, z którymi zmagają się młodzi ludzie, rzadko mają jednoźródłowe podłoże; zazwyczaj wynikają z nakładania się czynników biologicznych, psychologicznych, środowiskowych oraz społecznych. Interdyscyplinarne podejście wymaga współpracy specjalistów reprezentujących różne dyscypliny – psychologię, pedagogikę, socjologię, pracę socjalną oraz medycynę, aby umożliwić diagnozę i wdrożyć działania terapeutyczne adekwatne do indywidualnych potrzeb dziecka³⁴. W praktyce oznacza to, że w procesie wspierania zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży muszą współdziałać psychiatry dziecięcy, psycholodzy, pedagodzy, pracownicy socjalni, terapeuci, nauczyciele i inne osoby zaangażowane w życie dziecka. Takie podejście zapobiega fragmentaryzacji opieki, która może prowadzić do niespójnych działań i utrudniać efektywne rozwiązywanie problemów. Ponadto uwzględnienie kontekstu rodzinnego, szkolnego oraz społecznego jest niezbędne, by odpowiednio zrozumieć źródła trudności i skutecznie na nie reagować³⁵.

Modele współpracy między różnymi dziedzinami przyjmują różne formy w zależności od systemu zdrowia oraz lokalnych warunków. Jednym z powszechnie stosowanych rozwiązań są grupy interdyscyplinarne, które regularnie organizują spotkania w celu przedyskutowania przypadków dzieci i młodzieży potrzebujących wsparcia. W Polsce często takie grupy działają w ramach poradni psychologiczno-pedagogicznych, ośrodków zdrowia psychicznego lub instytucji pomocy społecznej. Taka forma współpracy umożliwia wymianę informacji i doświadczeń oraz opracowanie wspólnej strategii wsparcia. Aby jednak ta współpraca była skuteczna, niezbędna jest otwartość na opinie innych specjalistów, umiejętności komunikacyjne oraz gotowość do kompromisu, ponieważ różnice w terminologii zawodowej czy podejściu terapeutycznym mogą być poważnymi przeszkodami. Innym modelem są centra łączące usługi zdrowotne, edukacyjne i społeczne w jednym miejscu. Przykładem takiego rozwiązania jest kanadyjski system Children's Mental Health Collaborative Care Centres, dzięki któremu dzieci mogą uzyskać

34 K. Kutash [i in.], *The Use of Interdisciplinary Teams in Child Mental Health*, „Journal of Behavioral Health Services & Research” 38 (2011) nr 1, s. 44–58.

35 K. Tomaszczyk-Pacula, *Pomoc psychologiczno-pedagogiczna dla dzieci i młodzieży szkolnej*, „Psychologia w Szkole” 2018 nr 3, s. 355.

wiele wsparcia – od diagnozy psychiatrycznej przez psychoterapię po pomoc socjalną i edukacyjną. Taka organizacja pracy znacznie upraszcza dostęp do specjalistów, usuwa przeszkody logistyczne i pozwala na szybką reakcję w nagłych przypadkach. Oprócz tego centra te często organizują szkolenia interdyscyplinarne dla pracowników, co wzmacnia umiejętności zespołów i poprawia jakość oferowanych usług.

W niektórych krajach wprowadzany jest także system koordynacji przypadków, w ramach którego wyznaczeni koordynatorzy zarządzają wsparciem dla dziecka, współdziałając z instytucjami zdrowotnymi, szkołami, organizacjami non-profit oraz rodzinami. Model ten zmniejsza ryzyko pominięcia kluczowych potrzeb pacjenta i ułatwia zachowanie ciągłości oraz spójności wsparcia, co ma szczególne znaczenie dla dzieci z przewlekłymi lub złożonymi zaburzeniami. Na arenie międzynarodowej można znaleźć wiele inspirowanych przykładów skutecznej współpracy interdyscyplinarnej w obszarze zdrowia psychicznego młodzieży. W Kanadzie model Collaborative Care przewiduje integrację psychiatrii dziecięcej z podstawową opieką zdrowotną. Zespoły specjalistów współpracują, by uwzględnić w terapii zarówno medyczne, psychologiczne, jak i społeczne aspekty problemów młodych pacjentów, angażując również ich rodziny i środowisko szkolne³⁶. W Wielkiej Brytanii system Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) gromadzi interdyscyplinarne zespoły, które ściśle współdziałają z instytucjami edukacyjnymi i organizacjami non-profit, zapewniając wczesne rozpoznawanie i kompleksową opiekę³⁷. Finlandia wyróżnia się systemem koordynacji przypadków, który zapewnia zintegrowane wsparcie na poziomie lokalnym, co pozwala na szybkie reagowanie na zmieniające się potrzeby dzieci i ich rodzin³⁸. W Australii program Headspace oferuje młodzieży wiele usług psychologicznych, medycznych oraz społecznych w ramach jednego ośrodka, co podnosi dostępność i skuteczność wsparcia³⁹. Z kolei w Szwecji Family Centers łączą opiekę zdrowotną, edukacyjną i społeczną, oferując pomoc całym rodzinom oraz umożliwiając wczesne wykrywanie zaburzeń rozwojowych.

36 G. Chaim [i in.], *Collaborative Care Models for Child Mental Health: A Systematic Review*, „Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 27 (2018) nr 1, s. 39–41.

37 NHS England, *Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS)*, 2020, <https://www.england.nhs.uk/mental-health/camh/> (7.12.2025).

38 Finnish Institute for Health and Welfare, *Mental Health Services for Children and Adolescents*, Helsinki 2019, <https://thl.fi/en/research-and-development/thl-publications> (7.12.2025).

39 World Health Organization & UNESCO, *Making every school a health-promoting school. Global Standards for Health Promoting Schools*, WHO 2021, <https://iris.who.int/handle/10665/341907> (dostęp: 7.12.2025).

Mimo wielu korzyści wprowadzanie współpracy międzydyscyplinarnej napotyka ważne trudności. Do kluczowych przeszkód należy brak spójnych przepisów prawnych, które umożliwiają bezpieczną wymianę informacji pomiędzy instytucjami, a jest to szczególnie ważne w kontekście ochrony danych dotyczących zdrowia psychicznego dzieci. Dodatkowo różnice w terminologii zawodowej oraz metodach terapeutycznych mogą prowadzić do nieporozumień, co utrudnia nawiązywanie skutecznych relacji w zespole. Również problemem bywa nieobecność regularnych szkoleń, które przygotowująby specjalistów do pracy w zespołach interdyscyplinarnych, co skutkuje niepełnym wykorzystaniem możliwości współpracy. Ważnym problemem jest także niewystarczające finansowanie systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej, co prowadzi do przeciążenia pracowników, długich czasów oczekiwania na wsparcie oraz obniżonej jakości tej pomocy.

Zakończenie i rekomendacje

W niniejszym artykule zaprezentowano złożoność problematyki zaburzeń emocjonalnych wśród dzieci i młodzieży z uwzględnieniem perspektywy interdyscyplinarnej i podkreśleniem licznych czynników ryzyka – współzależnych i wzajemnie wpływających na siebie. Przemoc w rodzinie, cyberprzemoc, presja edukacyjna, społeczne wykluczenie, wtórny analfabetyzm oraz brak bezpiecznych warunków do wychowania to jedynie niektóre składniki, które prowadzą do rozwoju zaburzeń emocjonalnych u młodych osób. Wzajemne działanie tych zjawisk powoduje, że dzieci i młodzież w Polsce coraz częściej borykają się z chronicznym stresem, lękami, depresją, trudnościami w zarządzaniu emocjami oraz zachowaniami autodestrukcyjnymi.

Dane empiryczne, w tym analizy raportów Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę z lat 2021, 2022 i 2024, jasno pokazują, że mimo rosnącej społecznej świadomości oraz podejmowanych działań prewencyjnych i interwencyjnych problem emocjonalnych zaburzeń pozostaje nierozwiązany. Statystyki dotyczące prób samobójczych nie maleją, w niektórych latach nawet rosną. Młodzi ludzie zgłaszają brak zaufania do dorosłych i instytucji publicznych, a także napotykać trudności w uzyskaniu adekwatnego i szybkiego wsparcia psychologicznego.

Choć w dokumentach rządowych i programach zdrowotnych przyjmuje się interdyscyplinarny model jako pożądany sposób działania, jego faktyczna realizacja napotyka poważne przeszkody: niewystarczającą liczbę specjalistów, brak jasno określonych procedur współpracy międzyresortowej, ograniczone finansowanie oraz słabą dostępność usług w mniejszych miastach.

W rezultacie dzieci, które znajdują się w sytuacjach kryzysowych, zbyt często pozostają bez wsparcia, co prowadzi do pogłębiania się ich problemów.

W świetle powyższych ustaleń można zauważyć, że zdrowie psychiczne młodych pokoleń w Polsce stoi obecnie wobec poważnego kryzysu, który wymaga nie tylko natychmiastowych działań, lecz także głębokich, systemowych oraz długofalowych reform. Kraj nie jest dostatecznie przygotowany na skuteczne przeciwdziałanie tym kryzysom, zarówno na poziomie profilaktyki, jak i interwencji. Warto podkreślić, że inwestowanie w dobrostan psychiczny dzieci i młodzieży to nie tylko moralny obowiązek rządu i społeczeństwa, lecz także strategiczna decyzja, która ma wpływ na jakość życia przyszłych pokoleń, stabilność społeczną oraz efektywność systemu opieki zdrowotnej i edukacji.

W związku z przeprowadzeniem analiz oraz z obecną sytuacją społeczno-systemową w Polsce konieczne staje się wdrożenie działań naprawczych oraz wprowadzenie nowych, kreatywnych rozwiązań. Oto zalecenia, które łączą sprawdzone podejścia z nowymi, słabo rozwiniętymi obszarami interwencji:

- (1) Zwiększenie systemowe liczby specjalistów oraz kadry wspierającej – potrzebne jest wprowadzenie systemu motywacyjnego dla osób zatrudnionych w dziedzinie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży np. poprzez stypendia kierunkowe, ulgi podatkowe, wcześniejszy bezpłatny dostęp do szkoleń specjalistycznych.
- (2) Edukacja emocjonalna i psychoprophylaktyczna w szkołach jako obowiązkowa – programy tego typu powinny być realizowane odpowiednio przez wyszkolonych specjalistów, obejmując współpracę z uczniami, rodzicami oraz nauczycielami, a także koncentrując się na rozwijaniu wcześniej wspomnianej rezylinencji, odporności psychicznej.
- (3) Wprowadzenie modelu lokalnych koordynatorów ds. opieki psychicznej – osoba bądź osoby, które udzielałyby wsparcia rodzinie i dziecku w nawigacji po systemie pomocy poprzez łączenie działań szkoły, poradni, PCPR oraz wszelkich organizacji non-profit.
- (4) Utworzenie mobilnych zespołów wsparcia kryzysowego dla dzieci i młodzieży – te grupy specjalistów mogłyby działać bezpośrednio w otoczeniu ucznia, przeprowadzając diagnozę i interwencję bez konieczności wielomiesięcznego oczekiwania na wizytę w poradni.
- (5) Budowa ośrodków zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w każdej gminie liczącej ponad 20 tys. mieszkańców – aktualnie liczba takich placówek jest niewystarczająca, zatem zaleca się rozwój sieci ośrodków zapewniających wsparcie w zakresie środowiskowym, rodzinnym oraz terapeutycznym.
- (6) Kontynuowanie programów przeciwdziałających wtórnemu analfabetyzmowi emocjonalnemu i społecznemu – zaleca się systematyczną

kontynuację i rozszerzanie działań zawierających kompetencje emocjonalne, społeczne, rozwijanie komunikacji interpersonalnej i umiejętności rozpoznawania własnych potrzeb w szczególności w obszarach miejskich, środowiskach migracyjnych.

- (7) Promowanie interdyscyplinarnego modelu wsparcia opartego na lokalnej współpracy – istotny jest rozwój i finansowanie projektów, które opierają się na współdziałaniu szkół, ośrodków pomocy społecznej, policji, sądów rodzinnych, organizacji non-profit i wolontariatu z podziałem ról i obowiązków.
- (8) Rozszerzanie kampanii społecznych o nowe formy przemocy – należy uwzględnić nowe zagrożenia, takie jak sharenting, phishing, doxing itp. Warto odnawiać kampanie medialne, aby uwzględniły nowe, jeszcze niedostrzegane formy przemocy psychicznej i emocjonalnej, które często występują w relacjach internetowych, a są ignorowane przez dorosłych.
- (9) Powołanie rzecznika ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przy Rzeczniku Praw Dziecka – niezależna rola, która monitoruje działania instytucji publicznych, sugeruje zmiany w prawie i reprezentuje głos najmłodszych w polityce społecznej.
- (10) Wzmocnienie systemowych narzędzi przeciwdziałania przemocy i szkodliwymi treściami online – zasadne jest podejście działań zmierzające do zwiększenia odpowiedzialności platform cyfrowych za rozpowszechniane treści. Obecna fragmentaryczność regulacji oraz niedostatek efektywnych metod egzekwowania norm społecznych w internecie skutkuje tym, że dzieci praktycznie nie mają realnej ochrony przed przemocą, nieprawdziwymi informacjami czy wykorzystywaniem.

Zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży to nie tylko osobisty problem, lecz także wyzwanie dla całego społeczeństwa. Wymagają one systemowego działania. Ochrona zdrowia psychicznego młodych ludzi nie powinna być postrzegana tylko jako obowiązek sektora medycznego czy edukacji, lecz należy ją traktować jako wspólną odpowiedzialność instytucji, rodzin oraz lokalnych społeczności. Tylko dzięki prawdziwej współpracy między różnymi sektorami, zwiększeniu dostępności do profesjonalnej pomocy oraz odważnym krokom legislacyjnym będzie można opracować efektywny i trwały system wsparcia. Inwestowanie w zdrowie psychiczne młodych ludzi to inwestycja w przyszłość społeczeństwa – stabilnego, empatycznego i zdolnego do tworzenia zdrowych relacji.

Bibliografia

- Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F., Emery G., *Terapia poznawcza depresji*, Gdańsk 1986.
- Chaim G. [i in.], *Collaborative Care Models for Child Mental Health. A Systematic Review*, „Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 27 (2018) nr 1, s. 36–47.
- Dmitrowicz A., *Depresja u dzieci i młodzieży. Wczesna diagnoza i leczenie*, Warszawa 2019.
- Finnish Institute for Health and Welfare, *Mental Health Services for Children and Adolescents*, Helsinki 2019, <https://thl.fi/en/research-and-development/thl-publications> (7.12.2025).
- Gajda J., *Psychiczne uwarunkowania rozwoju dzieci i młodzieży*, Warszawa 2020.
- Grzegorzewska I., *Psychologiczne skutki przemocy wobec dzieci*, Warszawa 2017.
- Herman A., Dąbrowska E., *Rola środowiska rodzinnego w kształtowaniu zdrowia psychicznego dzieci*, „Psychiatria Polska” 55 (2021) nr 3, s. 421–430.
- Holmes M. R. [i in.], *Psychological complications of the children exposed to domestic violence. A systematic review*, „Egyptian Journal of Forensic Sciences” 13 (2023) nr 1, <https://doi.org/10.1186/s41935-023-00343-4>.
- Kendall P. C., *Zaburzenia lękowe i nastroju u dzieci i młodzieży*, Warszawa 2018.
- Kłosowska J., *Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne u dzieci i młodzieży*, [w:] *Psychopatologia wieku rozwojowego*, red. A. Pisula, M. Pisula, Gdańsk 2015, s. 140–160.
- Kutash K. [i in.], *The Use of Interdisciplinary Teams in Child Mental Health*, „Journal of Behavioral Health Services & Research” 38 (2011) nr 1, s. 44–58.
- Lee J. [i in.], *Parental expectations and children’s academic stress: a longitudinal study*, „Educational Psychology” 41 (2021), s. 45–60.
- Livingstone S., Stoilova M., Nandagiri R., *Children’s data and privacy online. Growing up in a digital age*, „Journal of Children and Media” 15 (2021) nr 1, s. 20–36.
- Łojko D., *Depresja w wieku rozwojowym*, [w:] *Psychiatria*, t. 2, red. J. Rybakowski, Warszawa 2016, s. 530–545.
- Masten A. S., *Ordinary Magic. Resilience in Development*, New York 2014.
- Najwyższa Izba Kontroli, *Niewydolna pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna dla dzieci i młodzieży*, Warszawa 2024.
- NHS England, *Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS)*, Londyn 2020, <https://www.england.nhs.uk/mental-health/camh/> (7.12.2025).
- Oleś P., *Wprowadzenie do psychologii klinicznej dzieci i młodzieży*, Warszawa 2018.
- Płatos M., *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce. Rekomendacje dla polityki publicznej*, Warszawa 2021, <https://growspace.pl/raporty> (7.12.2025).
- Przybylska E., *Alfabetyzacja i edukacja podstawowa dorosłych jako współczesny trend oświatowy na bogatym Zachodzie*, „Rocznik Andragogiczny” 32 (2025), s. 61–78.

- Pynoos R. S., Nader K., *Issues in the treatment of posttraumatic stress in children and adolescents*, [w:] J. P. Wilson, B. Raphael, *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, Plenum Press, New York 1993, s. 535–549.
- Rutter M., *Psychopatologia wieku rozwojowego*, Kraków 2019.
- Rybakowski J., *Psychiatria*, Warszawa 2014.
- Sternberg K. J., Lamb M. E., Guterman E., Abbott C. B., *Incidence of PTSD symptoms in children from homes with domestic violence exposure*, „Journal of Traumatic Stress” 2002 nr 15, s. 90–110.
- Sznajder M., *Stres szkolny jako czynnik ryzyka zaburzeń emocjonalnych u młodzieży*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2020 nr 20, s. 110–125.
- Thoits P. A., *Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health*, „Journal of Health and Social Behavior” 52 (2011) nr 2, s. 145–161, <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>.
- Tomaszczyk-Pacuła K., *Pomoc psychologiczno-pedagogiczna dla dzieci i młodzieży szkolnej*, „Psychologia w Szkole” 2018 nr 3, s. 350–360.
- Wciórka J., *Medykalizacja problemów psychicznych – między potrzebą pomocy a ryzykiem nadużycia*, [w:] *Zdrowie psychiczne i zaburzenia psychiczne w kontekście zdrowia publicznego*, red. J. Wciórka, B. Wciórka, Warszawa 2017, s. 130–155.
- Wolańczyk T., *Zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży*, [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, red. T. Wolańczyk, Warszawa 2013, s. 170–205.
- World Health Organization & UNESCO, *Making every school a health-promoting school. Global Standards for Health Promoting Schools*, Genewa 2021, <https://iris.who.int/handle/10665/341907>.
- Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań*, red. J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik, A. Dzielska, I. Tabak, HBSC, Warszawa 2021.
- Hu Y., Bai Y., Pan Y., Li S., *Cyberbullying victimization and depression among adolescents. A meta-analysis*, „Psychiatry Research” 305 (2021) art. 114198, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114198>.

Abstrakt

Zaburzenia emocjonalne wśród młodych osób w perspektywie wyzwań instytucjonalnych i środowiskowych

Celem rozdziału jest analiza zaburzeń emocjonalnych występujących wśród dzieci i młodzieży oraz ocena, w jaki sposób systemy wsparcia społecznego odpowiadają na to narastające zjawisko w perspektywie interdyscyplinarnej. W opracowaniu przyjęto metodę przeglądu literatury naukowej z zakresu psychologii, socjologii, psychiatrii oraz polityki społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem raportów z ostatnich

lat. Zaburzenia emocjonalne u młodzieży, takie jak depresja, zaburzenia lękowe, samookaleczenia czy zaburzenia adaptacyjne, są zjawiskiem o rosnącej skali i mają istotny wpływ na funkcjonowanie jednostki i jej środowiska społecznego. Wnioski płynące z przeglądu literatury podkreślają konieczność zintegrowanego modelu wsparcia opartego na współpracy między psychologami, pedagogami, pracownikami socjalnymi, lekarzami oraz szkołami. Podejście interdyscyplinarne, choć może być trudne organizacyjnie, zwiększa skuteczność działań interwencyjnych i profilaktycznych. Rozdział wnosi do dyskusji naukowej syntetyczne ujęcie problemu oraz wskazuje praktyczne kierunki rozwoju wsparcia emocjonalnego w środowisku szkolnym i społecznym.

Słowa kluczowe: zdrowie psychiczne młodzieży, zaburzenia emocjonalne, system wsparcia, interdyscyplinarność, profilaktyka, praca socjalna

Abstract

Emotional disorders among young people in the context of institutional and environmental challenges

The aim of this chapter is to analyse emotional disorders among young people and to assess how social support systems respond to this growing phenomenon from an interdisciplinary perspective. The chapter adopts the method of reviewing the scientific literature in psychology, sociology, psychiatry, and social policy, with a particular focus on reports from recent years. Emotional disorders in adolescents, such as depression, anxiety disorders, self-harm, and adjustment disorders, are a growing phenomenon and have a significant impact on the functioning of the individual and his/her social environment. Findings from the literature review emphasise the need for an integrated support model based on collaboration between psychologists, educators, social workers, doctors, and schools. An interdisciplinary approach, although it may be organisationally difficult, increases the effectiveness of intervention and prevention activities. This chapter contributes to the scientific discussion by synthesising the problem and pointing out practical directions for the development of emotional support in school and community settings.

Keywords: adolescent mental health, emotional disorders, support system, interdisciplinarity, prevention, social work

