

## Problemy psychiatrii okresu rozwojowego

*The problems of child and adolescent psychiatry*

MARIA ORWID

*Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum UJ w Krakowie*

**STRESZCZENIE.** Autorka przedstawia specyfikę zagadnień rozwiązywanych przez psychiatrię wieku dziecięcego i młodzieżowego. Zwraca uwagę na jej szczególne zadania i trudności oraz, na tym tle, na niedostatki jej rozwoju w Polsce (red.).

**SUMMARY.** Specific problems dealt with by psychiatry of childhood and adolescence are presented by the author. Particular tasks and difficulties of this clinical area are outlined and inadequacies of development of this branch of psychiatry in Poland are pointed out (Eds.).

---

**Słowa kluczowe:** psychiatria dziecięca / psychiatria młodzieżowa

**Key words:** child psychiatry / adolescent psychiatry

---

Psychiatria okresu rozwojowego z trudem toruje sobie drogę "na salony" psychiatryczne. Z przyczyn bardzo złożonych, nad którymi chciałabym się zastanowić poniżej, znaczenie problemów rozwoju dziecka i okresu adolescencyjnego oraz waga psychopatologii tego okresu nie są docenione, a wiedza na ten temat nie jest wystarczająco wykorzystana przez tzw. psychiatrię dorosłych. Sprawy te trochę lepiej wyglądają na tzw. Zachodzie. Wszędzie jednak istnieje wyraźny rozdział między psychiatrią okresu rozwojowego a psychiatrią dorosłych.

W naszym kraju pozycja psychiatrii okresu rozwojowego jest szczególnie niska. Jest ona postrzegana jako mało atrakcyjna dziedzina medycyny, frustrująca dla lekarzy i terapeutów. Trudno jednoznacznie wykazać przyczyny tego zjawiska. W Polsce psychiatria dziecięca po wojnie została zredukowana do roli "kopciuszka" psychiatrii, oparła się na redukcjonistycznym podejściu do rozumienia rozwoju dziecka w zdrowiu i chorobie. Jest to o tyle interesujące, że od końca XIX w. do połowy XX w. psychiatria dziecięca była nośnikiem postępu, stymulowała nowe myślenie i rozumienie zjawisk, konfrontowała psy-

chiatrów i innych terapeutów z problemami ich własnego życia, z głębszym zrozumieniem psychopatologii relacji, zmuszała do stawiania pytań dotyczących życia człowieka.

Ciekawą analizę tego stanu rzeczy w Polsce przedstawia Jacek Bomba (1994) zwracając uwagę na silną obronę psychiatrów dziecięcych przed patofizjologiczną indoktrynacją lat pięćdziesiątych. Autor uważa, że późniejsza regresja i słaba atrakcyjność tej dziedziny dla lekarzy wynika ze skostnienia postawy obronnej. Zdają sobie sprawę z tego, że naszkicowany przeze mnie obraz jest zbyt czarny, zależało mi jednak na wyrazistości przedstawienia problemu.

Odrębnym zagadnieniem jest psychiatria młodzieżowa. Problemy dorastającej młodzieży są wyraźnie odmienne od problemów dzieci i stanowią osobne wyzwanie dla społeczeństw. Także problematyka psychopatologii i terapii stanowi odrębny, zwarty obszar stwarzający terapeutom swoiste wyzwania. Psychiatria młodzieżowa zarysowała się jako dziedzina medycyny dopiero w latach pięćdziesiątych, kiedy to na skutek zaszłości politycznych i społecznych duże grupy młodzieży zaczęły stanowić poważny problem społeczny, a także

medyczny (Conger 1975, Orwid 1987). Uważa się, że rozwój psychiatrii młodzieżowej jest niewątpliwie amerykańskim wkładem w kulturę (Gardner 1975), chociaż dość szybko również inne kraje były zmuszone do zwrócenia uwagi na ten problem. Psychiatria młodzieżowa jako wyodrębniona gałąź kliniczna zarysowała się w Polsce w latach sześćdziesiątych, a jej rozwój -- mimo wszystkich, głównie ekonomicznych, ograniczeń - przebiegał podobnie jak na Zachodzie. Myślę, że warto pamiętać o tym, że psychiatria młodzieżowa w Polsce, podobnie jak na Zachodzie, wniosła do psychiatrii ogólnej nowe inspiracje. Wśród nich może najważniejsza jest orientacja rodzinna (Orwid 1976).

Po tych uwagach należałoby się zastanowić, jak wygląda rzeczywistość psychiatrii okresu rozwojowego w Polsce. Nie dysponując danymi statystycznymi nie będę się do nich odwoływać. Doświadczenie i codzienność wskazują, że stan organizacyjny służb psychiatrycznych okresu rozwojowego jest bardzo niezadowolający. Wiele istniejących wcześniej instytucji (np. Sanatorium Psychiatrii Dziecięcej w Krośnicach) jest likwidowanych. Nie towarzyszy temu powstawanie alternatywnych form opieki i leczenia. Można powiedzieć, że powtarzane są w ten sposób znane błędy włoskiej reformy psychiatrii.

Istnieje jednocześnie kilka bardzo zaawansowanych badawczo i szkoleniowo ośrodków (warszawski, poznański, krakowski), które starają się odpowiedzieć na potrzeby pacjentów i ich rodzin.

Przy opisie tej sytuacji należy zwrócić uwagę na dwa podstawowe nie rozwiązane u nas problemy:

1. psychiatria okresu rozwojowego pozostaje na marginesie ogólnej reformy psychiatrii, szczególnie tej postępującej w duchu psychiatrii społecznej;
2. występuje brak koniecznej integracji między służbami pedagogicznymi i prewencyjnymi a służbami medycznymi.

Psychiatria okresu rozwojowego jest na ogół zorientowana szpitalo-centrycznie. Nadal

uważa się, że postęp w tej dziedzinie mierzy się wzrostem liczby łóżek psychiatrycznych, nie zaś form alternatywnych, bardziej dostosowanych do potrzeb dzieci i młodzieży oraz ich rodzin (również Remschmidt 1985).

Mimo niewątpliwych prób integracji nadal istnieje wyraźny rozdział między prewencją psychologiczno-pedagogiczną a terapią.

Podczas jednego z zebrań Krajowego Zespołu Specjalistycznego d.s. Dzieci i Młodzieży stwierdzono, że jedne ośrodki w Polsce mają bazę i kadre, ale nie mają modelu pracy, inne mają model, zaś dysponują słabą bazą, lecz większość nie dysponuje ani bazą, ani modelem.

Do tego ponurego obrazu można dodać, że dystrybucja łóżek dziecięco-młodzieżowych jest nieadekwatna do potrzeb danego terenu. Praktycznie nie istnieją właściwie sprofilowane i nowoczesnie ustrukturyowane ośrodki pośrednie, ośrodki integrujące pracę wychowawczą i terapeutyczną z dziećmi zaburzonymi psychicznie i społecznie, odpowiednie domy dla przewlekle chorych dzieci.

Kolejnym zagadnieniem wartym zasygnalizowania jest problem tożsamości psychiatry dziecięcego. Dyskutowany jest w naszym środowisku od lat. Reforma systemu szkolenia podyplomowego poza wprowadzeniem systemu rezydencyjnego ma także zmniejszyć ilość specjalności. Kolegium d.s. psychiatrii zaproponowało jednostopniową, trwającą pięć i pół roku, specjalizację z psychiatrii zawierającą możliwie pełny przegląd poszczególnych jej obszarów. Dodatkowe szkolenie w psychiatrii dziecięcej miałoby prowadzić do uzyskania licencjatu w tym zakresie psychiatrii. W ostatecznym projekcie rządowym zarezerwowano dla psychiatrii dzieci i młodzieży status specjalizacji drugiego rzędu, którą można uzyskać będąc już specjalistą w zakresie psychiatrii. Myślę, że tekst ten nie jest miejscem stosownym do rozstrzygnięcia tego problemu. Wydaje mi się natomiast, że należy zwrócić uwagę na poczucie zagrożenia, jakie występuje w towarzyszącym gronie psychiatrów dziecięcych. Gdybym miała odpowiedzieć na pytanie, kim

według mnie ma być psychiatra dziecięcy - byłoby mi trudno. Myślę bowiem, że potrzebuje on szerszego zakresu odpowiedzialności, koniecznej wiedzy i kompetencji, kultury ogólnej i tolerancji znacznie bardziej niż psychiatra ogólny. "Materia" bowiem, z którą mają do czynienia psychiatry dziecięcy - czyli rozwijający się człowiek - jest bardziej delikatna i podatna na szkody psychospołeczne i organiczne niż "materia" psychiatry ogólnego - czyli człowiek dorosły.

Wydaje mi się, że zagadnienia etyki (Caplan 1994), braku doktrynerstwa, holistycznego spojrzenia na człowieka mają olbrzymie znaczenie szczególnie w kształceniu psychiatry dziecięco-młodzieżowego. Okres transformacji, w jakim się znajdujemy, powinien stymulować rozwój form opieki nad dziećmi i młodzieżą, powinien sprzyjać przybliżaniu naszej dziedziny do pryncypiów psychiatrii społecznej oraz wprowadzaniu współczesnych adekwatnych form leczenia i opieki w okresie młodzieżowym.

W skrócie, nowoczesne zasady wyobrażam sobie następująco:

1. zadania psychiatrii dzieci i młodzieży muszą być realizowane przez interdyscyplinarne zespoły terapeutyczne (lekarze, psychologowie, pielęgniarki, pedagodzy, pracownicy społeczni i inne pokrewne profesje);
2. mała liczba łóżek w oddziałach psychiatrycznych, głównie dla adolescentów, zlokalizowanych w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta;
3. dostępna poradnia dysponująca możliwością ciągłej opieki psychiatryczno-psychologiczno-psychoterapeutycznej;
4. zespoły leczenia środowiskowego oferujące:
  - leczenie domowe,
  - konsultacje systemowe wszystkich środowisk, w których żyje dziecko;
5. oddział dzienny;
6. jeżeli to jest możliwe, tworzenie wysoko wyspecjalizowanych ośrodków psychoterapii dla pacjentów i ich rodzin, pracujących nad zagadnieniami swoistymi stosownie do

potrzeb pacjentów oraz możliwości i preferencji zespołu terapeutycznego.

Oczywiście wszystkie te formy powinny pozostawać ze sobą w łączności, przekazywać sobie o pacjencie informacje i posiadać spójną orientację teoretyczną. W moim przekonaniu najbardziej nośnym i wychodzącym naprzeciw wyżej wymienionym postulatom byłoby podejście systemowe, rozumiane jednak nie tylko jako konkretna metoda lecznicza, lecz jako holistycznie rozumiana współzależność poszczególnych elementów tworzących system, czyli "identyfikowanego" pacjenta i jego otoczenie

Jak zatem należałoby szkolić psychiatrów oraz innych profesjonalistów do pracy w psychiatrii okresu rozwojowego? Podstawowym elementem kształcenia powinno być przekazanie szkolonemu świadomości, że to co dzieje się dzisiaj z pacjentem dorosłym, być może zaczęło się w jego dzieciństwie, a to co się dzieje z dzieckiem dzisiaj, prawdopodobnie będzie rzutować na jego dorosłe życie. W kształceniu psychiatry dzieci i młodzieży równe znaczenie ma głęboka znajomość kliniki psychiatrii i doświadczenia płynącego z pracy klinicznej, jak i świadomość ważności zasad etycznych w codziennej pracy oraz wszystkich tych spraw, które łączą się z kontekstem społecznym naszego życia.

Myślę więc, że poczucie tożsamości psychiatry dziecięcego nie powinno kształtować się w opozycji do psychiatrii ogólnej. Rozumiem je raczej jako poszerzenie poczucie tożsamości psychiatry jako psychiatry "w ogóle" o zagadnienia rozwojowe, pedagogiczne. To samo, moim zdaniem, dotyczy innych uczestników multiprofesjonalnego *teamu*. Na bazie podstawowego wykształcenia mówiącego o swoistości danej profesji należałoby nadbudowywać wiedzę i świadomość z zakresów uzupełniających tę wiedzę. Tożsamość psychiatry dziecięcego musi się kształtować poprzez pracę nad własnymi emocjami, gdyż jeszcze bardziej niż w kontakcie z pacjentami dorosłymi powinniśmy być świadomi niebezpieczeństwa ewentualnych projekcji swych

uczuć na pacjenta i jego rodzinę. Wymagania wobec psychiatri i innego uczestnika *teamu* pracującego z dziećmi i młodzieżą powinny być wysokie, zarówno intelektualnie jak i moralnie, bowiem to, jaka będzie psychiatria okresu rozwojowego zadecyduje o tym, jaka będzie psychiatria w ogóle.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bomba J.: Dzieci wobec zmian politycznych. *Psychoterapia* 1994, 4/91/.
2. Caplan G., Caplan R.B.: Ethical aspects of family prevention in child psychiatry. W: Hattab J.Y. (red.): *Ethics and Child Mental Health* Sefen Publ. House. Jerusalem 1994/5754, 122-136.
3. Conger J.J.: A world they never new. The family and social change. W: Conger J.J. (red.): *Contemporary issues in adolescent development*. Harper and Row, New York, Evanston San Francisco, London 1975.
4. Gardner G.E.: *Child Psychiatry*. W: Feedman, Kaplan H.J., Sadock B.J. (red.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. The Williams and Wiellins Company, Baltimore 1975.
5. Orwid M.: Sytuacja rodzinna a powstawanie zaburzeń psychicznych u młodzieży dojrzewającej. *Fol. Med. Crac.* 1976.
6. Remschmidt H.: *Kinder- und Jugendpsychiatrie in internationaler Sicht*. W: *Kinder- und Jugendpsychiatrie - Eine Bestandsaufnahme. Tagungsbericht*. Rheinland-Verlag GmbH. Köln 1985.

*Adres: Prof. Maria Orwid, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum UJ,  
ul. Kopernika 21a, 31-501 Kraków*