



RZECZPOSPOLITA POLSKA  
Rzecznik Praw Dziecka  
Mikołaj Pawlak

Warszawa, 24 listopada 2020 roku

ZSS.422.8.2020

**Pani  
Marlena Małąg  
Minister Rodziny  
i Polityki Społecznej**

z roku na rok coraz większa liczba dzieci doświadcza kryzysu psychicznego. W Polsce odsetek dzieci i młodzieży wykazujących zaburzenia psychiczne w stopniu wymagającym pomocy profesjonalnej wynosi co najmniej 9%, co oznacza, że pomocy systemu leczenia psychiatrycznego i wsparcia psychologicznego wymaga około 630 000 dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia.<sup>1</sup> Liczba dzieci doświadczających kryzysu psychicznego z pewnością jest znacznie większa.

Szczególnie istotnym zagadnieniem, wymagającym natychmiastowych działań, jest podejmowanie przez dzieci zachowań o charakterze autodestrukcyjnym (w tym zamachów samobójczych). Jest to narastający problem o złożonym charakterze i wieloczynnikowym podłożu.

Samobójstwa najczęściej związane są z występowaniem zaburzeń psychicznych, jednak nie zawsze są ich wynikiem. Zagrożenie samobójstwem występuje zdecydowanie częściej także w innych określonych grupach, np. wśród osób po traumie, z zamierzonymi samouszkodzeniami czy z patologią rodzinną.<sup>2</sup> Samobójstwa - także w populacji w wieku rozwojowym - stanowią problem o wymiarze globalnym. Zachowania samobójcze są uznawane na świecie za jeden z istotniejszych problemów społecznych i zdrowotnych. Światowa Organizacja Zdrowia<sup>3</sup> (WHO) wskazuje, że w skali światowej samobójstwa są drugą, najczęstszą przyczyną śmierci osób w wieku 15-29 lat. Szacuje się, że samobójstwo jest czwartą główną przyczyną zgonów wśród dzieci pomiędzy 5. a 14. r.ż, a trzecią w grupie wiekowej 15-24 lat.<sup>4</sup> Zdaniem WHO na podjęcie decyzji o próbie suicydalnej wpływają czynniki społeczne i środowiskowe – m.in. dyskryminacja, konflikty, zdarzenia traumatyczne, poczucie izolacji i braku wsparcia społecznego, przemoc oraz czynniki indywidualne, wśród których są zaburzenia psychiczne jak też wcześniejsze próby samobójcze (także w rodzinie), poczucie

<sup>1</sup> M. Janas-Kozik, Sytuacja psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce w 2016 roku, *Psychiatria* tom 14, nr 1, 61–63, 2017 Via Medica

<sup>2</sup> A. Gmitrowicz, M. Makara-Studzińska, A. Młodożeńec, Ryzyko samobójstwa u młodzieży. Diagnostyka, terapia, profilaktyka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015

<sup>3</sup> World Health Organization – w raporcie *Preventing suicide: A global imperative*

<sup>4</sup> Rajewska-Rager, N. Lepczyńska, P. Sibilski, Czynniki ryzyka samobójstw u dzieci i młodzieży ze spektrum choroby i chorobą afektywną dwubiegunową o wczesnym początku, *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(3): 477–488



bezsilności i alkoholizm. WHO podaje także problemy rodzinne jako jedną z przyczyn samobójstw w grupie dzieci i młodzieży.

Dzieci i młodzież przed podjęciem próby samobójczej zwykle starają się szukać pomocy i sygnalizować swoje problemy. Podejmowane przez nich próby samobójcze mają dość często charakter demonstracyjny, niemający bezpośrednio na celu odebrania sobie życia.

Zarówno ze spraw wpływających do Biura Rzecznika Praw Dziecka, jak też na podstawie analizy doniesień medialnych wynika, że dzieci i młodzież coraz częściej podejmują zachowania o charakterze autodestrukcyjnym, uwarunkowane – jak wskazano powyżej – różnymi czynnikami. „Co szósty polski nastolatek w wieku 11–17 lat (16%) okaleczał się, a 7% badanych podjęło próbę samobójczą (pytano osoby w wieku 13–17 lat)”<sup>5</sup>. Wzrasta też liczba dzieci wymagających pilnego wsparcia i pomocy w kryzysie psychicznym.

Z opublikowanego w 2019 r. raportu „*Dzieci się liczą. 2017*”<sup>6</sup>, będącym diagnozą zagrożeń bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce, wynika m.in., że pod względem zakończonych zgonem prób samobójczych dzieci w wieku 10-19 lat Polska jest na drugim miejscu w Europie (po Niemczech); co piąte dziecko doświadczyło przemocy fizycznej ze strony znajomej osoby dorosłej; 12% dzieci doświadczyło jakiejś formy wykorzystywania seksualnego, tylko połowa rodziców rozmawiała ze swoimi dziećmi o takim zagrożeniu; 11% nastolatków przesyłało intymne zdjęcia za pośrednictwem internetu lub telefonu komórkowego; powtarzalnej, długotrwałej cyberprzemocy doświadcza 5% dziewczynek i 4% chłopców.

Problem przemocy rówieśniczej oraz cyberprzemocy jest bez wątpienia jednym z bardziej dostrzegalnych aspektów wpływających na podejmowanie przez dzieci zamachów samobójczych – niejednokrotnie niestety skutecznych. Raport „*Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci*”<sup>7</sup> wskazuje, że najbardziej powszechną kategorią krzywdzenia dzieci jest właśnie przemoc rówieśnicza. Ponad połowa respondentów badania (57%) padła ofiarą przynajmniej jednej formy przemocy rówieśniczej. Spośród wszystkich badanych form przemocy rówieśniczej najwyższy odsetek nastolatków padł ofiarą przemocy fizycznej (42%), a w dalszej kolejności przemocy psychicznej (29%), napaści zbiorowej ze strony rówieśników (18%), znęcania się (14%) i przemocy na randce (6%). Dzieci, które doświadczyły przemocy rówieśniczej, trzykrotnie częściej okaleczały się i ponad siedem razy częściej podejmowały próby samobójcze. Z pewnością grupą szczególnie narażoną na czynniki ryzyka związane z ww. typami przemocy są małoletnie osoby, które odkrywają albo przeczuwają, że są seksualnie i emocjonalnie zainteresowane osobą tej samej płci albo ich psychiczne poczucie płci jest odmienne od tego, na co wskazuje ich biologia i metryka, a także młode osoby, które bywają w ten sposób postrzegane. Także dzieci wychowujące się w ubogich rodzinach

<sup>5</sup> Raport Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę „Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci – Raport z badań” 2018

<sup>6</sup> Raport Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, [https://fdds.pl/baza\\_wiedzy/dzieci-sie-licza-2017-raport-o-zagrozeniach-bezpieczenstwa-i-rozwoju-dzieci-w-polsce/](https://fdds.pl/baza_wiedzy/dzieci-sie-licza-2017-raport-o-zagrozeniach-bezpieczenstwa-i-rozwoju-dzieci-w-polsce/)

<sup>7</sup> Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, <https://diagnozakrazywdzenia.pl/raport.pdf> - Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci RAPORT Z BADAN, 2018

albo w rodzinach obarczonych problemem alkoholizmu lub innymi znaczącymi trudnościami mogą być narażone na szykany i wyśmiewanie ze strony rówieśników.

Jak wskazałem, eksperci zwracają uwagę na to, że czynnikami ryzyka pojawienia się u młodego człowieka myśli, tendencji czy zachowań o charakterze autodestrukcyjnym są także doświadczenia związane z innymi rodzajami przemocy – w tym przemocy domowej. Dane odnotowane w raporcie „*Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci*” pokazują, że przemocy ze strony bliskich dorosłych doświadczyło 41% młodych ludzi. Co trzeci badany (33%) doznał ze strony bliskich dorosłych przemocy fizycznej, a co piąty (20%) – przemocy psychicznej. Sprawcami obu tych form przemocy najczęściej byli rodzice. Badani, których członkowie rodziny nadużywali alkoholu, pięciokrotnie częściej padali ofiarą przemocy ze strony bliskich dorosłych, trzykrotnie częściej doświadczali przemocy rówieśniczej i wykorzystywania seksualnego oraz byli dwukrotnie bardziej narażeni na obciążające doświadczenia seksualne. Zażywanie narkotyków przez członka rodziny ponad pięciokrotnie zwiększało szansę respondenta na doświadczenie przemocy rówieśniczej i trzykrotnie na doświadczenie przemocy ze strony bliskich dorosłych. Dzieci, które doznały przemocy ze strony bliskich dorosłych, trzykrotnie częściej okaleczały się. Natomiast te, które były zaniedbywane fizycznie lub miały obciążające doświadczenia seksualne, podejmowały takie zachowania dwa razy częściej. Dzieci, które doświadczyły wykorzystania seksualnego lub bycia świadkiem przemocy domowej – trzy razy częściej. Najczęściej występującą dysfunkcją w rodzinach badanych było nadużywanie alkoholu (15%).

Brak dostępu do szybkiej i fachowej pomocy dla dzieci i młodzieży doświadczających kryzysu psychicznego stanowi znaczącą przeszkodę w minimalizowaniu problemu zachowań autodestrukcyjnych wśród młodych obywateli Polski.

Środowisko rodzinne ma istotne znaczenie także dla rozwoju młodego człowieka, a w przypadku dziecka cierpiącego na zaburzenia psychiczne na proces jego zdrowienia albo zachowania stanu remisji choroby. Dlatego tak ważne są działania państwa na rzecz rodziny i osób lub grup potrzebujących oparcia społecznego.

Instytucją polityki społecznej państwa mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości, jest pomoc społeczna. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.) świadczeniem niepieniężnym pomocy społecznej jest interwencja kryzysowa. Stanowi ona zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu. Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej. Interwencją kryzysową obejmuje się osoby i rodziny bez względu na posiadany dochód. W ramach interwencji kryzysowej udziela się natychmiastowej

specjalistycznej pomocy psychologicznej, a w zależności od potrzeb - poradnictwa socjalnego lub prawnego, w sytuacjach uzasadnionych - schronienia do 3 miesięcy.

Pomoc psychologiczna i psychiatryczna w Polsce opiera się w znacznej części na systemie psychiatrycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, który od lat boryka się z takimi problemami jak: deficyty finansowe, niewystarczająca dostępność – zarówno w aspekcie czasowym, jak i terytorialnym – do podmiotów lecznictwa psychiatrycznego udzielających pomocy dzieciom i młodzieży, niewystarczające zasoby kadrowe. Sprawia to m.in., że od kilkunastu lat dzieci oczekują na wizytę w poradni zdrowia psychicznego kilka miesięcy, a w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży często brakuje miejsc – powodując sytuację, w której małoletni pacjenci śpią na korytarzach na rozkładanych łózkach i materacach.<sup>8</sup>

W ubiegłym roku spotkałem się z Ministrem Zdrowia w sprawie znalezienia sposobu możliwie jak najszybszego rozwiązywania problemów dotyczących obszaru psychiatrii dzieci i młodzieży. Obecnie Ministerstwo Zdrowia jest w toku przeprowadzania reformy systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą,<sup>9</sup> co należy uznać za słuszny kierunek zmian, w całości przeze mnie popierany. Niemniej zauważać trzeba, że problemy odnoszące się do systemu opieki nad dziećmi z zaburzeniami psychicznymi nie są jednowymiarowe. Czynników wpływających na obecną sytuację w psychiatrycznej opiece zdrowotnej nad osobami do ukończenia 18. roku życia jest dużo. Dlatego wprowadzanie rozwiązań w tym obszarze nie przeniesie efektu od razu – będzie to proces rozłożony w czasie.

Dlatego w mojej ocenie należy stale szukać możliwości zapewnienia dzieciom w kryzysie psychicznym dostępu do adekwatnej i fachowej pomocy także poza system lecznictwa psychiatrycznego.

Wartym rozważenia jest moim zdaniem podjęcie działań na rzecz rozwoju sieci pomocy udzielanej w ośrodkach interwencji kryzysowej, a także dążenie do stworzenia możliwości koordynowania działań jednostek pomocy społecznej z podmiotami systemu ochrony zdrowia psychicznego – w szczególności w sytuacjach, gdy w istnieje problem w środowisku rodzinnym dziecka z zaburzeniami psychicznymi albo dziecka zagrożonego wystąpieniem kryzysu psychicznego.

Odpowiedzialność za funkcjonowanie całości systemu wsparcia i pomocy dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi albo w kryzysie psychicznym jest obecnie rozproszona pomiędzy kilka resortów (w tym – poza resortem zdrowia - w szczególności: resort oświaty i wychowania, resort rodziny, resort zabezpieczenia społecznego, resort sprawiedliwości oraz resort inwestycji i rozwoju). Stosownie do preambuły ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>10</sup> i art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.<sup>11</sup> ochrona

<sup>8</sup> Więcej m.in. w: NIK, Informacja o wynikach kontroli DOSTĘPNOŚĆ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY (W LATACH 2017–2019), KZD.430.007.2019 Nr ewid. 170/2019/P/19/059/KZD; Raport „PSYCHIATRIA DZIECI I MŁODZIEŻY W POLSCE” Sieci Obywatelskiej Watchdog Polska

<sup>9</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/ochrona-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy> - Ministerstwo Zdrowia

<sup>10</sup> t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 685

<sup>11</sup> Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.

zdrowia psychicznego powinna zajmować istotną pozycję wśród działań organów władzy publicznej, a szczególnie gdy chodzi o zdrowie najmłodszych obywateli – dzieci i młodzieży. Wspólnie jesteśmy zatem zobowiązani do tego, by stale podejmować działania i współpracować na rzecz niesienia pomocy najmłodszym osobom doświadczającym zaburzeń psychicznych i kryzysu psychicznego.

Szukanie alternatywnych dla systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej możliwości zapewnienia najmłodszym obywatelom RP dostępu do fachowej pomocy wydaje się być niezbędne, ponieważ dzieci i młodzież doświadczające kryzysu psychicznego nie mogą dłużej czekać. Należy pamiętać, że prawidłowy rozwój dzieci i dobry stan zdrowia – w tym zdrowia psychicznego – w okresie dzieciństwa i adolescencji wpływają na zdrowie i jakość życia w wieku dorosłym. W obowiązku nas wszystkich jest zatem to, by dzieci w Polsce mogły jak najszybciej uzyskiwać pomoc w rozwiązywaniu ich problemów i przeciwdziałać sytuacjom tragicznym w skutkach – gdy dochodzi do podejmowania przez małoletnich w kryzysie psychicznym działań zagrażających ich życiu i zdrowiu.

Mając na uwadze powyższe, stosownie do art. 10a ust. 1 oraz art. 11 ustawy z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 141) zwracam się do Pani Minister z prośbą o analizę propozycji przedstawionych w niniejszym piśmie oraz zajęcie stanowiska w tej sprawie. Proszę również o:

- 1) przedstawienie działań Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej na rzecz dzieci z zaburzeniami psychicznymi i dzieci, u których wystąpił kryzys psychiczny albo które są zagrożone wystąpieniem tego kryzysu z uwagi na czynniki ryzyka w ich środowisku – w szczególności rodzinnym;
- 2) przedstawienie informacji o aktualnym stanie realizacji zadań - właściwych dla ministra właściwego do spraw pracy, zabezpieczenia społecznego i rodziny – wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U. poz. 458).