

## **Żeby był spokój**

### **Rozmowa o tym, dlaczego system opieki psychiatrycznej w Polsce nie radzi sobie z podstawowymi problemami, o modach diagnostycznych i ADHD (fragment)**

Tomasz Wolańczyk: prof. dr hab. n. med., neurolog, psychiatra dzieci i młodzieży, psychoterapeuta poznawczo-behawioralny. Kierownik Kliniki Psychiatrii Wieków Rozwojowych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, nauczyciel akademicki. Autor lub współautor ponad trzystu publikacji naukowych poświęconych zaburzeniom psychicznym wieku rozwojowego, ze szczególnym uwzględnieniem zespołu nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeń koncentracji uwagi (ADHD), zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych, zaburzeń nastroju, zaburzeń tikowych oraz farmakoterapii zaburzeń psychicznych. A także kilku książek dla rodziców i opiekunów, poświęconych zespołowi nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeniom tikowym.

### **Chodzi wyłącznie o pieniądze?**

Nie. Chodzi o to, że psychiatria dziecięca jest na styku przewlekłe niedofinansowanych i źle funkcjonujących dziedzin, takich jak opieka zdrowotna, oświata i pomoc społeczna. Dlatego nie działa. Oczekuje się, że psychiatria dziecięca wyrówna albo naprawi nieadekwatne funkcjonowanie systemów, z którymi jest ściśle związana. W związku z czym może sobie pani wyobrazić, jak bardzo jestem zachwycony, słysząc radosne pokrzykiwania, na przykład ze strony dziennikarzy, w stylu: „Rośnie liczba samobójstw w Polsce, więc budujemy oddziały psychiatryczne”. To mniej więcej taki poziom rozumowania: rośnie liczba wypadków samochodowych, budujemy warsztaty blacharskie. Bo oddział jest miejscem, do którego trafia dziecko dramatycznie poobijane. Nikt nie próbuje zrobić niczego, żeby ono tam nie trafiło.

**W krajach z dobrą opieką ogranicza się liczbę oddziałów i szpitali psychiatrycznych dla dzieci, wygasza je. One są na końcu łańcucha, zresztą tak jak psychiatria dziecięca. To ostateczność, nie pierwszy etap leczenia.**

Oczywiście. Z mojej perspektywy dużym problemem w psychiatrii dziecięcej w Polsce jest oczekiwanie, że system leczenia naprawi dziecko, wyremontuje i odda grzeczne, zdrowe, radosne, świetnie uczące się, a przy okazji ze skorygowanym zgryzem. Ale myślę, że taki jest ogólny trend społeczny: oczekujemy, że specjaliści zrobią za nas różne rzeczy. Dentysta wyprodukuje mi perfekcyjne uzębienie, kardiolog spowoduje, że mając nadwagę i nie uprawiając sportu, będę miał serce jak dzwon, a psychoterapeuta sprawi, że będę szczęśliwy. Terapia zakłada wysiłek, więc siłą rzeczy jest mniej popularna – większość ludzi wybierze leki antydepresyjne, które powodują, że nie trzeba nic ze sobą robić, nie zmienia się sposobu myślenia, ale wszystko jakoś mniej boli.

Myślenie o psychiatrii dziecięcej nie funkcjonuje w oderwaniu od tego trendu.

Zbieramy w niej różne rzeczy, przede wszystkim umiarkowaną sprawczość. Nasze możliwości są ograniczone właśnie przez to, że systemy, które są obok, zwyczajnie nie działają.

No bo jak wygląda klasyczna droga dzieci z placówek opiekuńczych? Dom dziecka sobie nie radzi, odsyła dziecko na oddział psychiatryczny, ale co oddział może zrobić? Nie zaadoptuje dziecka, więc ono po dwóch tygodniach wraca, dom dziecka dalej sobie nie radzi, więc odsyła na drugi oddział psychiatryczny, potem dziecko trafia do młodzieżowego ośrodka socjoterapii i tak w kółko.

**A jeśli już trafi do adopcji i okaże się, że ma jakieś zaburzenia, to często jest zwracane.**

Z adopcji jest dużo zwrotów, ponieważ opiekunowie dostają dziecko z maszynymi zaburzeniami więzi, podczas gdy poinformowano ich, że ono jest zdrowe. Bo nie ma astmy albo innej padaczki. Błędne koło: z jednej strony mamy dom dziecka, w którym nasila się zaburzenie więzi, a z drugiej potencjalny dom, w którym może zbudować więź naprawczą, ale nie zdąży, ponieważ liczba problemowych zachowań u dziecka spowoduje, że zostanie zwrócone!

**Poza tym brakuje rodzin zastępczych.**

Bo mają kiepskie finansowanie i toną w biurokracji. W związku z tym dokąd może trafić dziecko z interwencji, znalezione na melinie? Do cieplej, terapeutycznej rodziny zastępczej? Nie. Ono trafi do domu dziecka. I tam utknie, jeśli sąd nie odbierze praw rodzicom. A to rzadko się zdarza, bo panuje u nas dogmat świętości rodzicielstwa. I takie myślenie: wprawdzie ojciec pobił po pijanemu, ale powiedział, że będzie się leczył, więc dajemy mu szansę. I tak w nieskończoność. To też jest klasyka: dziecko wraca do domu na rok, jest interwencja, ponownie dostaje się do placówki, po dwóch latach znów jest w rodzinie. Więc ostatecznie jest nigdzie, w ciągłym zawieszeniu. A jedyną sensowną terapią zaburzeń więzi jest stworzenie stałej więzi. Co więcej, jeśli terapeuta indywidualny wejdzie w silną więź z pacjentem na oddziale stacjonarnym, na którym dziecko spędzi kilka tygodni, może miesiące, to mu zaszkodzi. Bo będzie kolejne porzucenie.

Hospitalizacja dzieci na oddziałach psychiatrycznych na pewno nie rozwiąże problemów rodzin dysfunkcyjnych, rodzin z historią przemocy.

**Tylko że to jest jedna strona medalu. Druga jest taka, że coraz częściej słyszy się historie typu: Zwyczajna rodzina, zero przemocy, żadnego alkoholu, czasem jakieś kłótnie, ale w której rodzinie ich nie ma? I nagle nastoletnia córka po trzech próbach samobójczych. Albo syn w depresji.**

Odpowiem mało błyskotliwie: zmienił się świat.

Kiedy zaczynałem uczyć się psychiatrii, próby samobójcze u nastolatków były bardzo łatwe do prześledzenia, bo żeby taka się pojawiła, najpierw ktoś inny musiał to zrobić w konkretnej miejscowości albo szkole. Musiał się pojawić wzór, „zarażenie” samobójstwem. Jeśli ktoś się powiesi na wsi, to istnieje ryzyko, że ktoś inny też to zrobi, bo pojawia się w świadomości taki sposób rozwiązywania problemów. Dziś wszyscy żyjemy w takiej wsi, w której bez przerwy słyszymy, że ktoś

się powiesił. Liczba prób samobójczych jest coraz większa, a wiek, w którym się je popełnia, coraz niższy – myśli samobójcze u jedenastolatka nie są dziś ewenementem. To konsekwencja gigantycznej negatywnej roli mediów, które informują o tym, że samobójstwo jest rozwiązaniem. Nie chcę demonizować internetu, ale łatwo tam znaleźć forum, na którym można się dowiedzieć, jak się okaleczać. I jak się zabić. Poczucie nieszczęścia było zawsze, ale było też mniej wiedzy o tym, że samobójstwo jest znakomitym rozwiązaniem.

Do tego pojawiła się cyberprzemoc, wcześniej jej nie było. Bycie ofiarą cyberprzemocy w dzieciństwie istotnie zwiększa ryzyko próby samobójczej. A mamy dziś przecież powszechną zgodę na obrażanie, poniżanie, upokarzanie – wrogość w przestrzeni publicznej rośnie w zastraszającym tempie.

### **Przy jednoczesnym braku narzędzi do radzenia sobie z nią.**

Nastolatka, która słyszy lub czyta: „Jesteś brzydka, głupia, idź się powieść”, a poza nią słyszy to cała klasa, nie wie, jak się przed tym ochronić, bo skąd ma wiedzieć? Naprawdę nie uważam, że wszystko, co złe, dzieje się przez internet i nawozy sztuczne, ale to, co też się zmieniło, to bycie bombardowanym przez obrazy idealnego życia, które może prowadzić do przekonania, że moje życie jest beznadziejne, wyjątkowo nieudane w porównaniu ze światem, który mi się pokazuje.

Nasz system opieki psychiatrycznej nie jest w stanie sobie z tym wszystkim poradzić, ponieważ to system archaiczny. Szpitalocentryczny. Oparty na oddziałach, do których wywozi się dzieci, separuje, żeby był spokój. Nie powinno się budować kolejnych szpitali. One są na razie niezbędne, to oczywiste, ale nie mogą być jedynym elementem łańcucha. Praca z dzieckiem, leczenie go, musi się odbywać blisko domu. To ma być cel reformy psychiatrii dziecięcej – uczestniczyłem w opracowaniu jej założeń. Ma powstać prawie pięćset poradni z psychologiem, psychoterapeutą, terapeutą środowiskowym, który pójdzie do szkoły, spotka się z nauczycielami, pójdzie do domu i przebiję się przez to, że ojciec mówi, że nie przyjdzie na spotkanie z psychologiem, bo pracuje do dziewiętnastej.

### **Ile ich już powstało?**

Podobno sto, pandemia zatrzymała wszystko. Reforma odstąpiła przy okazji, jak nieadekwatne mamy szkolenie specjalistów. Dla tych poradni nie można znaleźć personelu, ponieważ psycholog w Polsce od razu po studiach często niewiele umie. Nie wiem, czy pani zdaje sobie sprawę z tego, że można być magistrem psychologii i nie mieć zajęć z psychologii klinicznej dziecka.

### **Kto w takim razie ma zasilać pięćset poradni, skoro dla stu nie ma specjalistów?**

Psycholodzy, którzy coś umieją! Przy obecnym systemie kształcenia należy polować na osoby, które mają jakiś staż, coś już robiły, pracowały w jakiejś fundacji albo przynajmniej chodziły na wolontariat. Bo z samego faktu posiadania dyplomu nic nie wynika. Na szczęście pojawiły się pieniądze unijne i w tej chwili czterysta osób kształci się w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży. Za darmo.

Wykształceni psychoterapeuci są niezbędni, bo w tych poradniach pierwszego stopnia nie będzie psychiatrów.

**Dalej są oddziały dzienne, które już znamy. A na końcu szpitale.**

To ma być piramida. Nie może być tak, że izba przyjęć szpitala psychiatrycznego to pierwszy kontakt dziecka z systemem. A dziś, niestety, to standard. Jeśli jednak powstaną te poradnie i oddziały dzienne, to okaże się, że psychiatrów dziecięcych oczywiście brakuje, ale nie tak dramatycznie, jak wydaje się teraz. Według minimalnych potrzeb WHO w Polsce ma być ich siedmiuset.

**Mamy czterystu. Do tego nie wszyscy działają, ponieważ są psychiatrami dorosłych ze specjalizacją, ale nie pracują z dziećmi, natomiast uwzględnia się ich w tych statystykach.**

Ta liczba jest porównywalna do Wielkiej Brytanii.

**Ale tam psychiatra naprawdę jest na końcu.**

Zgadza się. Jeśli założymy, że psychiatra powinien być na pierwszej linii frontu, to potrzebujemy pięciu tysięcy lekarzy, a nie siedmiuset. Ale tylu nigdy ich nie będzie, w bardzo sprzyjających okolicznościach będzie ich ośmiuset.