

IWONA GRZEGORZEWSKA

Uniwersytet Zielonogórski

## **RODZINNE UWARUNKOWANIA PROBLEMÓW I ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH U DZIECI I MŁODZIEŻY**

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie psychiczne stanowi istotny wskaźnik ogólnego zdrowia i oznacza nie tylko brak zaburzeń czy choroby, lecz także optymalny rozwój umożliwiający jednostce zaspokajanie swoich potrzeb i osiągnięcie satysfakcji życiowej. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży stanowi jeden z ważniejszych aspektów psychologii klinicznej, szczególnie jeśli uwzględnimy tę problematykę w całym cyklu życia – od poczęcia do później starości (WHO, 2005). Jak wskazują badania, u około 10-20% młodych ludzi diagnozuje się problemy ze zdrowiem psychicznym, a ponad połowa zaburzeń osób dorosłych zaczyna się w okresie dojrzewania (Modrzejewska, Bomba, 2010; Namysłowska, 2013).

W teorii problemy ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży rozumiane są jako stan osłabionego emocjonalnego samopoczucia (*well-being*), uniemożliwiający lub utrudniający sprawne funkcjonowanie w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej (Flisher, Robertson, 2001). Definicja ta uwzględnia także czynniki, które mają bezpośredni lub pośredni wpływ na funkcjonowanie młodych ludzi, w tym uwarunkowania biologiczne, psychologiczne i społeczne. Szczególnie podkreśla się wpływ bliskiego otoczenia społecznego. Dobre zdrowie kształtuje się u dziecka dzięki pozytywnym doświadczeniom już w najwcześniejszym okresie życia w kontaktach z opiekunami i kompetentnymi rodzicami. Również inne czynniki rodzinne decydują o tym, czy młodzi ludzie rozwijają się prawidłowo, realizując z sukcesem kolejne zadania rozwojowe i czerpiąc satysfakcję z nauki, relacji społecznych i kontaktów rodzinnych, czy też doświadczają w tych obszarach trudności.

## PODSTAWOWE POJĘCIA OPISUJĄCE ZDROWIE PSYCHICZNE I ZABURZENIA DZIECI I MŁODZIEŻY

Definiowanie podstawowych pojęć opisujących zdrowie i zaburzenia psychiczne okresu dzieciństwa i adolescencji rodzi wiele problemów. Pierwsze trudności pojawiają się już na starcie, bowiem proste przełożenie pojęć zaczerpniętych z psychologii klinicznej człowieka dorosłego nie zdaje egzaminu w odniesieniu do dzieci i młodzieży. Konceptualizacja zarówno zdrowia psychicznego, jak i jego zaburzeń u dzieci i młodzieży jest bardziej złożona i wymaga uwzględnienia dynamiki oraz zmian rozwojowych dokonujących się w okresie dzieciństwa i adolescencji. W literaturze wskazuje się na dwa istotne aspekty zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży: kliniczny i pozytywny (Grzegorzewska, 2016). Wymiar kliniczny odnosi się do poziomu psychopatologii obecnej w funkcjonowaniu młodego człowieka. Jest to podejście medyczne, oparte na deficytach, traktujące zdrowie psychiczne dzieci jako brak zaburzeń lub negatywnych efektów rozwojowych, takich jak słabe wyniki w nauce czy problemy z zachowaniem. Wymiar kliniczny definiują zarówno pojęcia klasyczne typu syndrom, objawy i zaburzenia, jak i pojęcia specyficzne dla psychopatologii rozwojowej: rozwój atypowy, dysharmonia czy też niedojrzałość. Wymiar pozytywny ma charakter kompetencyjny i odnosi się do potencjału osobistego jednostki umożliwiającego jej radzenie sobie z wymaganiami życia i chroniący przed załamaniem psychicznym w obliczu trudności życiowych. Pojęciem definiującym zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w tym kontekście jest pozytywna adaptacja, która oznacza wielowymiarowy proces, w którym jednostka, wykorzystując swoje możliwości psychiczne i zasoby, przystosowuje się do wymagań kolejnych faz rozwojowych (Yates, Edeland, Sroufe, 2003).

## CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA POWSTAWANIE ZABURZEŃ U DZIECI I MŁODZIEŻY

Kształtowanie się problemów psychicznych u dzieci i młodzieży jest uwarunkowane wieloczynnikowo. W literaturze najwięcej odniesień ma model biopsychospołeczny wskazujący na trzy źródła problemów: biologiczne, psychologiczne i społeczne. Czynniki biologiczne to przede wszystkim wpływy genetyczne, konstytucjonalne, toksyczne i infekcyjne. Pojedyncze geny rzadko są odpowiedzialne za poszczególne zaburzenia psychiczne, częściej wskazuje się na nieprawidłowości w wielu obszarach, tym samym nie ma dowodów na istnienie konkretnego, odpowiedzialnego genu. Wynika to przede wszystkim ze złożonego fenotypu zaburzeń psychicznych, wyjątek stanowią niektóre postacie upośledzenia umysłowego (np. zespół Downa – trisomia chromo-

somu 21). Inne czynniki biologiczne są związane z powikłaniami okołoporodowymi, intoksykacją chemiczną w okresie ciąży (np. zespół FAS) oraz wszelkimi infekcjami skutkującymi uszkodzeniem OUN. Czynniki psychologiczne są związane z funkcjonowaniem poznawczym, emocjonalnym, osobowościowym i społecznym młodego człowieka. Wynikają one z indywidualnej charakterystyki danego dziecka i w dużej mierze decydują o jego podatności bądź odporności na zaburzenia. Do najważniejszych obszarów psychiki decydujących o zdrowiu lub zaburzeniach zalicza się zdolności poznawcze dziecka, charakterystykę jego osobowości oraz kompetencje społeczne. Do czynników szczególnie zwiększających ryzyko zagrożenia psychopatologią należą: niższy poziom inteligencji, zniekształcenia poznawcze (np. skrypty zachowań agresywnych), pesymistyczny, zagrażający obraz świata oraz specyficzne cechy osobowości, takie jak: obniżona samoocena, niskie poczucie własnej wartości, negatywny obraz siebie, wysoki poziom lęku, zewnętrzne poczucie kontroli, brak zahamowań, zwiększona impulsywność oraz silne poszukiwanie doznań, wysoki neurotyzm i niska ugodowość, skłonności do zachowań agresywnych, mało efektywne sposoby radzenia sobie ze stresem (Windle, 2000; Grzegorzewska, 2015).

Pełne zrozumienie dziecka lub nastolatka w całościowej perspektywie rozwojowej nie jest możliwe bez rozważenia społecznych kontekstów jego funkcjonowania, do których zaliczyć należy trzy najważniejsze dla niego systemy, czyli rodzinę, szkołę i grupę rówieśniczą.

### **WPŁYW ŚRODOWISKA RODZINNEGO NA ZDROWIE PSYCHICZNE DZIECI I MŁODZIEŻY**

Rodzina stanowi jeden z ważniejszych układów odniesienia dla analizy rozwoju człowieka (Brzezińska, 2004). Aktualny stan badań dobrze udokumentuje pogląd, że środowisko rodzinne ma ogromny wpływ zarówno na ryzyko, jak i ochronę wystąpienia zaburzeń u dzieci. Siła tego wpływu pochodzi z dwóch źródeł. Pierwsze dotyczy natury i specyfiki relacji rodzic–dziecko, drugi związany jest ze strukturą rodziny, a zwłaszcza podziałem ról, utrzymaniem zasad czy zachowaniem rytuałów rodzinnych (Grzegorzewska, 2016).

Pogląd, że wczesne i aktualne relacje dziecka ze znaczącą osobą dorosłą mają wpływ na przebieg jego rozwoju, jest szeroko udokumentowany. Wskazuje się przede wszystkim na bezpieczne lub pozabezpieczone wzorce przywiązania (Bowlby, 1988) oraz jakość sprawowania funkcji rodzicielskich, zwłaszcza w wymiarze bliskość oraz dyscyplina (Patterson, Reid, Dishion, 1992). Analizując literaturę dotyczącą znaczenia poszczególnych aspektów funkcjonowania dzieci i młodzieży jako czynników inicjujących i podtrzymujących zdrowie psychiczne, można stwierdzić, że jednym z ważniejszych

zagadnień – w kontekście zróżnicowania ścieżek rozwojowych – jest formowanie się wczesnych związków uczuciowych dziecka i ich wpływ na późniejszy rozwój (Sroufe, Carlson, Shulman, 1993; Grzegorzewska, Farnicka, 2016). Stale rozwijające się badania oparte na koncepcji przywiązania J. Bowlby'ego (1988) wskazują, że chociaż zachowania związane z przywiązaniem są najbardziej widoczne i intensywne w pierwszych okresach rozwojowych, to można je obserwować w ciągu całego życia. Zgodnie z tą koncepcją jakość aktualnego przywiązania młodego człowieka w relacjach z rodzicami oraz jego umiejętności wynikające z bezpiecznego przywiązania ukształtowanego w okresie wczesnego dzieciństwa są kluczowymi cechami umożliwiającymi radzenie sobie z rozwiązywaniem problemów w okresie dzieciństwa i latach późniejszych. Koncepcja ta, skupiając się na indywidualnych i relacyjnych procesach rozwojowych, oferuje nie tylko zrozumienie normatywnych i patologicznych zachowań w okresie dorastania, lecz także oferuje praktykom istotne modele interwencyjne oparte na kształtowaniu niezbędnych umiejętności zaburzonych w wyniku dysfunkcyjnych relacji rodzic–dziecko (por. Plopa, 2014). Dotychczasowe badania w tym obszarze wskazują na związki pozabezpieczonego przywiązania z depresją (Kobak, Sudler, Gamble, 1991; Allen i in., 2007), z zaburzeniami afektywnymi (Rosenstein, Horowitz, 1996) i lękiem (Allen i in., 1998), zaburzeniami dewiacyjnymi i z zaburzeniami zachowania u dzieci i młodzieży (Rosenstein, Horowitz, 1996). Inna kategoria czynników rodzinnych dotyczy natury i specyfiki relacji rodzic–dziecko. Na przykład – jak donoszą naukowcy – spójność rodziny i dobra komunikacja między rodzicami a dziećmi jest ściśle skorelowana z wysokim poziomem adaptacji młodzieży (Grossman i in., 1992), podobnie jak bliska więź z przynajmniej z jednym z rodziców lub innymi członkami rodziny, bezpieczeństwo, wsparcie i zaufanie w relacji rodzic–dziecko, zaangażowanie rodzica w sprawy dziecka, wyraźne komunikowanie zasad przestrzegania norm społecznych i zachowań prozdrowotnych, nadzorowanie i monitorowanie zachowań dziecka czy formułowanie jasnych oczekiwań (Fergusson, Lynskey, 1996; Werner, 1989). Wyniki wielu badań potwierdzają, że wysoka jakość sprawowania funkcji rodzicielskich i pozytywne relacje z dziećmi stanowią jeden z najsilniejszych czynników chroniących przed rozwojem zachowań problemowych (nadużywanie substancji psychoaktywnych, ryzykownych zachowań seksualnych, agresji, zachowań o charakterze przestępczym) u młodzieży w okresie dorastania (Grzegorzewska, 2013). Style rodzicielskie odgrywają szczególną rolę w kształtowaniu się uzależnienia od Internetu. Naukowcy wskazują na dwa istotne aspekty postaw wychowawczych: słaba kontrola i odrzucenie (Petry, 2016).

Rolę zarówno ochronną, jak i patogenną może również odgrywać sposób funkcjonowania rodziny jako całości. Wyraźna struktura rodziny odgrywa istotną rolę w organizowaniu jej życia, a w okresach silnego stresu i gwałtownych zmian wzmacnia jej stabilność. Struktura rodziny to system modelowych zachowań zachodzących pomiędzy członkami rodziny a siłami zewnętrznymi, które na nią oddziałują. Do struktury

ry tej zaliczamy cechy formalne (np. wielkość, kolejność urodzenia, rodzaj związku łączącego rodziców), wzory regulujące współżycie wewnątrz rodziny i wyznaczające hierarchię władzy i autorytetu, układ wzajemnie powiązanych ról i relacji między rodzicami i dziećmi oraz strukturę granic wewnątrz- i zewnątrzrodzinnych (Minuchin, 1974). Zaburzenia w tym obszarze mogą się przyczyniać do nasilenia trudności i problemów u dziecka. Czynniki odnoszące się do struktury rodziny dotyczą zarówno cech wyraźnie widocznych, takich jak jej wielkość, samotne rodzicielstwo, opieka zastępcza czy też obecność wyraźnej patologii w postaci uzależnień, trwałego bezrobocia, przemocy (Corbett, Petersilia, 1994). Znaczenie mają też bardziej subtelne zaburzenia struktury rodziny, takie jak np. charakterystyczne dla rodziny anorektycznej zatarcie ról rodzinnych, uwikłanie, nadmierne wiązanie, koalicje czy też zaburzone granice (por. Namysłowska, 2013). Badania wskazują na związki zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci z takimi czynnikami ryzyka, jak: ubóstwo, separacja lub rozwód rodziców, ich choroby psychiczne lub nadużywanie alkoholu, stres w okresie ciąży, przemoc psychiczna i fizyczna, konflikty małżeńskie, maltretowanie, wychowywanie przez jednego rodzica z powodu rozwodu, separacji lub śmierci, wychowywanie się dziecka w rodzinie zastępczej (Cowen, Work, 1988; Masten i in., 1988; Werner, 1989; Carr, Vandiver, 2001). Inna kategoria czynników rodzinnych dotyczy utrzymania zasad i rytuałów rodzinnych, jasnego podziału i zakresu obowiązków domowych, wyraźnych ról i struktury prowadzenia gospodarstwa domowego. Rytuały i ceremonie rodzinne odgrywają istotną rolę w organizowaniu życia rodziny, a w okresach silnego stresu i gwałtownych zmian wzmacniają jej stabilność. Ułatwiają też przejście przez znaczące okresy rozwojowe poprzez poczucie wspólnoty i wspólnego dziedzictwa (Imber-Black, Roberts, 1992). Brak tych rytuałów powiększa niestabilność rodziny i zwiększa podatność dzieci ze środowisk dysfunkcyjnych na rozwój zaburzeń zdrowia psychicznego (Wolin i in., 1980, Carr, Vandiver, 2001).

Każdy z wymienionych rodzinnych czynników ryzyka jest powiązany z negatywnymi rezultatami rozwojowymi u dzieci i młodzieży. Jednak ważniejsza od indywidualnego wpływu tych czynników jest ich kumulacja w ciągu życia. Liczne dowody wskazują, że u wielu dzieci pojedyncze czynniki ryzyka nie wywołują większych problemów w rozwoju. Poważne zagrożenie stanowi natomiast nagromadzenie tych czynników. W jednym z pierwszych badań nad efektami skumulowanych czynników ryzyka M. Rutter (1979) wykazał, że tylko 2% dzieci z rodzin, w których zdiagnozowano zero lub jeden czynnik ryzyka (z sześciu badanych), przejawiało problemy psychiatryczne. Dla porównania: odsetek dzieci przejawiających takie problemy, ale pochodzących z rodzin z czterema lub więcej czynnikami ryzyka, wyniósł 20%. Na podobne współzależności wskazują wyniki badań A.J. Sameroff i współpracowników (1998). Prowadzą one do twierdzenia, że wysoka liczba środowiskowych czynników ryzyka (choroba psychiczna matki i silny niepokój, sztywność w postawach rodzicielskich,

słabe wykształcenie, niski status socjoekonomiczny, samotne rodzicielstwo, silne wydarzenia stresowe, duża rodzina) są skorelowane z niskimi wynikami w testach inteligencji i nasilającymi się problemami społeczno-emocjonalnymi u dzieci czteroletnich. Także w badaniach Jenkinsa (2002; za: Conners i in., 2003) wykazano, że dzieci w wieku 6-10 lat, poddane działaniu czterech lub więcej czynników ryzyka, mają pięciokrotnie większy poziom występowania behawioralnych problemów niż dzieci niezagrożone występowaniem czynników skumulowanych. Na podstawie tych i innych badań D. Ellis, R. Zucker i H. Fitzgerald (2000) opracowali koncepcję agregacji, wskazującą na istnienie rodzin „niskiego” i „wysokiego” ryzyka. Rodziny wysokiego ryzyka charakteryzują się pewnymi cechami, które wpływają niszcząco na zdrowie fizyczne i psychiczne jej członków (Repetti i in., 2002). Czynniki ryzyka kumulują się w perspektywie całego okresu funkcjonowania rodziny, począwszy od samych jej początków. Rodziny wysokiego ryzyka zwiększają podatność dzieci na zaburzenia nie tylko poprzez bezpośrednie narażenie na przemoc i wykorzystanie, lecz także kładąc podwaliny pod biologiczną i genetyczną ich podatność. Ryzyko w tych rodzinach oddziałuje na rozwój dzieci w wieloraki sposób. Po pierwsze część czynników ryzyka, a zwłaszcza przemoc fizyczna i zaniedbanie bezpośrednio wpływają na życie i bezpieczeństwo dzieci. Po drugie, to że jednostki muszą przez całe swoje dzieciństwo adaptować się do stresujących okoliczności, obniża ich dojrzałość oraz wpływa na zwiększenie podatności na choroby i większą śmiertelność w okresie dorosłości (por. Repetti i in., 2002). Po trzecie, czynniki ryzyka mogą modyfikować i podtrzymywać negatywne efekty rozwojowe poprzez przerwanie zdolności dziecka do fizjologicznej i behawioralnej odpowiedzi na stres. Prowadzi to często do wykształcenia u potomstwa braku zdolności do efektywnego radzenia sobie ze stresem, korzystania ze wsparcia społecznego i radzenia sobie w sytuacjach interpersonalnych. Słaba umiejętność regulacji emocjonalnej stanowi ogniwo pośrednie pomiędzy środowiskiem wysokiego ryzyka a zaburzeniami psychicznymi (Valentiner, Holahan, Moos, 1994). W konsekwencji rodziny wysokiego ryzyka zwiększają podatność dzieci na zaburzenia zachowania i uzależnienia od alkoholu, narkotyków i nadmiernej aktywności seksualnej, a także negatywnie wpływają na zdrowie fizyczne i psychiczne potomstwa.

## PODSUMOWANIE

Kontekst społeczny rozwoju dzieci i młodzieży (zarówno rodzinny, jak i środowiskowy, bliższy i dalszy) odgrywa istotną rolę w przebiegu ich rozwoju i kształtowaniu się zdrowia psychicznego lub utrwalaniu dysfunkcyjnych ścieżek psychopatologii. Elementem łączącym ochronne działanie tych środowisk jest wsparcie społeczne. Jest to jeden z ważniejszych czynników determinujących zdrowie i jakość życia dzieci i mło-

dzieży (Grzegorzewska, Cierpiałkowska, 2014). Oznacza ono pomoc dostępną dla jednostki i zaspokajanie potrzeb w sytuacjach trudnych. Szczególne znaczenie dla zdrowia psychicznego ma tzw. wsparcie spostrzegane, czyli przekonanie danego dziecka o dostępności pomocy w chwilach trudnych i kryzysowych. W przypadku rodzin dysfunkcyjnych szczególną rolę w życiu dziecka odgrywają zatem inni ludzie, z którymi dziecko ma kontakt, w tym dalsza rodzina, sąsiedzi, nauczyciele czy trener. Pomoc powinna być udzielana na trzech poziomach, najlepiej równolegle: wsparcie rodziny jako systemu, wsparcie rodzica w jego roli wychowawczo-opiekuńczej i wsparcie dziecka w realizacji zadań rozwojowych i rozwiązywaniu aktualnych problemów. Wspierająca postawa osoby dorosłej, zwłaszcza spoza rodziny ogarniętej kryzysem, może w sposób istotny zredukować siłę działania niekorzystnych okoliczności życiowych, w których dziecko się znalazło. W celu profilaktyki i zapobiegania zaburzeniom zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży należy podjąć takie działania, by poprzez wykorzystanie zasobów zewnętrznych (szkolnych i środowiskowych) wzmocnić ich zasoby wewnętrzne. Pomoc ta powinna być oparta na aktywizacji procesów poznawczych, emocjonalnych i społecznych, które pozwolą w przyszłości młodym ludziom i ich rodzicom poradzić sobie z wymaganiami społecznymi, zadaniami rozwojowymi i przyszłymi sytuacjami kryzysowymi.

#### LITERATURA

- Allen, J.P., Moore, C.M., Kuperminc, G.P., Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, 69(5), 1406-19.
- Allen, J.P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K.B., Marsh, P. (2007). The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child Development*, 78(4), 1222-1259.
- Bowlby, J. (1988), *A Secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Brzezińska, A. (2004). *Społeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Carr, M.B., Vandiver, T.A. (2001). Risk and Protective Factors Among Youth Offenders. *Adolescence*, Fall, 2001, <http://findarticles.com> [dostęp: 1.03.2015].
- Conners, N., Bradley, R., Mansell, L., Liu, J., Roberts, T., Burgdorf, K., Herrell, J. (2003). Children of mothers with serious substance abuse problems: an accumulation of risk. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. November, <http://findarticles.com> [dostęp: 5.02.2016].
- Corbett, R.P., Petersilia, J. (1994). Up to speed: A review of research for practitioners. *Federal Probation*, 58(3), 51-56.
- Cowen, B.L., Work, W.C. (1988). Resilient children, psychological wellness, and primary prevention. *American Journal of Community Psychology*, 16(4), 591-607.
- Ellis, D., Zucker, R., Fitzgerald, H. (2000). Rola oddziaływań rodzicielskich z punktu widzenia rozwoju i oceny ryzyka choroby alkoholowej. *Alkohol a zdrowie*, 26, 91-111.
- Fergusson, D.M., Lynskey, M.T. (1996). Adolescent resiliency to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37(3), 281-292.
- Fisher, A.J., Robertson, B.A. (2001). Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. World Health Organization. [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Childado\\_mh\\_module.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf) [dostęp: 5.02.2016].

- Grossman, F.K., Beinashowitz, J., Anderson, L., Sakurai M., Finnin L., Flaherty M. (1992). *Journal of Youth Adolescence*, 21, 529-550
- Grzegorzewska, I. (2011). *Dorastanie w rodzinach z problemem alkoholowym*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Grzegorzewska I. (2013). *Odporność psychiczna dzieci alkoholików*. Warszawa: Scholar.
- Grzegorzewska, I. (2015). Zachowania agresywne dzieci i młodzieży. Ujęcie kliniczno-rozwojowe. *Polskie Forum Psychologiczne*, 20(4), 484-498
- Grzegorzewska, I. (2016). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. W: L. Cierpiąłkowska. H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN (w druku).
- Grzegorzewska, I., Cierpiąłkowska, L. (2014). Social Support and Externalizing Symptoms in Children from Alcoholic Families. *Polish Journal of Applied Psychology*, 12(4), 9-28.
- Grzegorzewska, I., Farnicka, M. (2016). Attachment and the risk of mental health disorders during adolescence. *Health Psychology Report*, 4(1), 8-15.
- Imber-Black, E., Roberts, J. (1992). *Rituals for our times*. New York: HarperCollins.
- Kobak, R.R., Sudler, N., Gamble, W. (1991). Attachment and depressive symptoms during adolescence: A developmental pathways analysis. *Development and Psychopathology*, 3, 461-474.
- Masten, A.S., Garmezy, N., Tellegen, A., Pellegrini, D.S., Larkin, K., Larsen, A. (1988). Competence and stress in school children: the moderating effects of individual and family qualities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29(6), 734-764.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Namysłowska, I. (2013). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość. *Postępy Nauk Medycznych*, 1, 4-9.
- Modrzejewska, R., Bomba, J. (2010). Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych i używania substancji psychoaktywnych w populacji 17-letniej młodzieży wielkomejskiej. *Psychiatria Polska*, 4, 579-592.
- Patterson, G.R.; Reid, J., Dishion, T. (1992). *Antisocial Boys*. Eugene, OR: Castillia.
- Petry, N. (2016). *Behavioral Addiction*. Oxford: Univeristy Press.
- Plopa, M. (2014). *Więzi małżeńskie i rodzinne w perspektywie teorii przywiązania*. W: *Psychologia rodziny*, red. I. Janicka, H. Liberska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Repetti, R.L., Taylor, S.E., Seeman, T.E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-366.
- Rosenstein, D.S, Horowitz, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's response to stress and disadvantage. W: M.W. Kent, J.E. Rolf (red.), *Primary prevention of psychopathology. T.3: Social competence in children* (157-189). Hanover, N.H.: University Press of New England.
- Sameroff, A.J., Bartko, W.T., Baldwin, A., Baldwin, C., Seifer, R. (1998). Family and social influences on the development of child competence. W: M. Lewis, C. Fering (red.), *Families, Risk, and Competence* (161-185). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sroufe, L.A., Carlson, E., Shulman, S. (1993). Individuals in relationships: Development from infancy through adolescence. W: D. Funder, R. Parke, C. Tamlinson-Keasey, K. Widaman, (red.), *Studying lives through time*, 315-342. Washington: American Psychological Association.
- Yates T.M., Egeland, B., Sroufe, A. (2003). Rethinking resilience. A developmental process perspective. W: S.S. Luthar (ed.), *Resilience and Vulnerability* (243-259). NY: Cambridge University Press.
- Valentiner, D.P., Holahan, C.J., Moos, R.H. (1994). Social support, appraisals of event controllability, and coping: An integrative model. *Journal Personality and Social Psychology*, 66, 1094-1102.
- Werner, E.E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth do 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72-81.



- WHO (2005). Child and adolescent mental health policies and plans. Mental Health Policy and Service Guidance Package, Geneva.
- Windle, M. (2000). Stan badań nad dziećmi alkoholików: aktualne koncepcje i problemy. *Alkohol a Zdrowie*, 26, 10-26.
- Wolin, S.J., Bennett, L.A., Noonan, D.L., Teitelbaum, M.A. (1980). Disrupted family rituals: A factor in the intergenerational transmission of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 199-214.

#### RODZINNE UWARUNKOWANIA PROBLEMÓW I ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH U DZIECI I MŁODZIEŻY

**STRESZCZENIE:** Statystyki światowe wskazują, że około 10-20% populacji dzieci i młodzieży doświadcza różnorodnych problemów ze zdrowiem psychicznym. Potrzeby dzieci z zaburzeniami psychicznymi są złożone. W celu zapewnienia im dobrej opieki i skutecznej terapii ważne jest zrozumienie kontekstualnych wpływów środowiskowych (zwłaszcza rodzinnych) leżących u podłoża zaburzeń zdrowia psychicznego. Rodzinne czynniki decydujące o problemach ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży to przede wszystkim jakość przywiązania, charakter wewnątrzrodzinnych relacji interpersonalnych i struktura rodziny.

**SŁOWA KLUCZOWE:** zdrowie psychiczne, dzieci i młodzież, przywiązanie, struktura rodziny

#### FAMILY CONDITIONS OF PROBLEMS AND MENTAL DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

**SUMMARY:** The prevalence rate of children and adolescents affected by anxiety, attention deficit, depression, addictions and other disorders is conservatively estimated at 10-20% young people at any given time. The needs of children with psychological dysfunction are complex. In order to provide children with quality care and appropriate management of mental health problems, it is important to understand some of the contextual issues (means family factors) that underlie a child's etiology of a mental disorder. Family factors influencing mental health of children and adolescents are characterized by constant interaction of experience starting with early attachment, interpersonal family relations and structure of family.

**KEYWORDS:** mental health, children and adolescents, attachment, structure of family