

Zdrowie psychiczne warszawskich gimnazjalistów. Badania mokotowskie 2004–2016

Mental health of Warsaw middle school students. Mokotow Study 2004–2016

Krzysztof Jan Bobrowski, Krzysztof Ostaszewski, Agnieszka Pisarska

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Zakład Zdrowia Publicznego

Summary

Aim. The aim of the study was to estimate the prevalence of mental health problems in subpopulation of Warsaw adolescents and to identify trends in 2004–2016.

Method. The cross-sectional study, conducted every four years, covered the third grade Warsaw middle school students from three Warsaw districts: Mokotów, Ursynów and Wilanów. Sample was randomly selected with the adjustment for cluster selection. The self-administered questionnaire had been completed during school lessons. Indicators were related to following problems: (1) internalizing (symptoms of depression measured by the shortened CES-D scale and other emotional problems, based on subjective assessment); (2) externalizing – coexistence of two out of three types of behaviors (psychoactive substances abuse, being perpetrator of violence and delinquent behavior); (3) mixed.

Results. In 2016, 42% of youth exhibited symptoms of mental health disorders. These problems more often affected girls (48%) than boys (36%). Between 2008 and 2016, the percentage of young people experiencing internalizing problems increased significantly. This was due to the increase in the prevalence of depressive symptoms. At the same time, there was a significant decrease in the percentage of young people demonstrating externalizing problems. The last result was a consequence of the decrease in substance abuse and violence.

Conclusions. Growing prevalence of internalizing problems, depressive symptoms and other emotional problems among teenagers indicates an urgent need to develop or adapt effective prevention programs and to improve the access to psychological and psychiatric support.

Słowa klucze: epidemiologia, zdrowie psychiczne, młodzież

Key words: epidemiology, mental health, adolescents

Wprowadzenie

Nie dysponujemy jednoznaczną, ugruntowaną w teorii i praktyce badawczej definicją „zdrowia psychicznego”. Jest ono różnie definiowane w zależności od przyjętej perspektywy teoretycznej, od poglądów na temat natury człowieka, od koncepcji psychologicznych lub filozoficznych [1, 2]. Bywa rozumiane jako:

- brak objawów zaburzeń psychicznych i dolegliwości,
- dobrostan psychiczny, psychologiczny lub szerzej – biopsychospołeczny,
- dyspozycja, inaczej potencjał, zasób,
- proces poszukiwania i utrzymywania równowagi,
- wartość.

W publikacjach naukowych często przytaczana jest definicja Światowej Organizacji Zdrowia, ujmująca zdrowie psychiczne jako „dobrostan, w którym jednostka realizuje swoje zdolności, potrafi radzić sobie ze zwykłymi trudnościami życiowymi, może pracować produktywnie i owocnie oraz aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym” [3, 4]. Definicja ta nie jest jednak powszechnie przyjmowana, a czasem bywa wprost krytykowana [5].

W praktyce badawczej konsekwencją różnorodności definicji zdrowia psychicznego jest stosowanie rozmaitych jego wskaźników. Mamy więc wskaźniki kliniczne i niekliniczne, pozytywne i negatywne, subiektywne i obiektywne. W badaniach populacyjnych bardzo trudno jest uwzględnić wszystkie aspekty zdrowia psychicznego i jego całą złożoność. Z tego powodu analizowane są zwykle jedynie wybrane wskaźniki zdrowia lub jego zaburzeń [6, 7]. Stosunkowo często uwaga badaczy skupia się na problemach najbardziej zagrażających zdrowiu psychicznemu, takich jak zaburzenia depresyjne i lękowe oraz próby i myśli samobójcze [8–16]. W wypadku badań zaburzeń zdrowia psychicznego młodzieży dodatkową trudność sprawia zdefiniowanie normy, szczególnie w odniesieniu do zaburzeń zachowania [17]. Symptomatyczne wydaje się współwystępowanie różnych zachowań problemowych w przeciwieństwie do mało nasilonych, pojedynczych zachowań, które można często traktować jako normatywne w okresie dojrzewania [18].

Ankietowe badania mokotowskie, będące podstawą tego opracowania, prowadzone są od 1984 roku i powtarzane co cztery lata w tej samej populacji 15-letniej młodzieży warszawskiej, uczęszczającej do szkół w trzech dzielnicach Warszawy: na Mokotowie, Ursynowie i w Wilanowie. Na tym obszarze mieszka blisko jedna czwarta ludności stolicy. Początkowo problematyka badań obejmowała jedynie rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych [19]. Z czasem poszerzono zakres badań o inne zachowania ryzykowne, a od 2004 roku dołączono jeszcze kilka pytań, aby choćby w przybliżeniu oszacować rozpowszechnienie zaburzeń zdrowia psychicznego [20–22]. Wybór pytań ankietowych i wskaźników oparto na doświadczeniach z realizacji wcześniejszego projektu badawczego, dotyczącego oceny stanu zdrowia psychicznego gimnazjalistów w Gminie Warszawa-Centrum [23, 24].

Badania mokotowskie w swoich założeniach nawiązują do modelu biomedycznego [2] i koncentrują się na zaburzeniach zdrowia psychicznego. W warstwie koncepcyj-

nej, śladem innych opracowań [25–28], uwzględniono podział wskaźników zaburzeń zdrowia psychicznego na eksternalizacyjne (*externalizing indicators*) i internalizacyjne (*internalizing indicators*). Pierwsza kategoria obejmuje zachowania ryzykowne związane z wyraźnym łamaniem norm społecznych, takie jak: nadużywanie substancji psychoaktywnych, przemoc, wykroczenia itp. Druga opisuje problemy emocjonalne: zaburzenia depresyjne i lękowe, nadmierny stres itp. Wyróżniana jest jeszcze trzecia kategoria, uwzględniająca występowanie obu rodzajów problemów, czyli zaburzenia „mieszane”.

W Polsce badania epidemiologiczne, ukierunkowane na ocenę stanu zdrowia psychicznego w wybranych populacjach młodzieży, są rzadko realizowane. Z tego względu nasza wiedza o stanie zdrowia psychicznego młodzieży jest wciąż niewystarczająca [7, 29]. Dlatego monitorowanie stanu zdrowia psychicznego w wybranych populacjach określono jako jedno z ważnych zadań w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020 oraz w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 [30, 31].

Celem prezentowanych badań było:

- oszacowanie rozpowszechnienia zaburzeń zdrowia psychicznego w populacji uczniów III klas warszawskich gimnazjów, uczestniczących w ostatniej edycji badań mokotowskich w 2016 roku,
- scharakteryzowanie krótkoterminowych i długoterminowych trendów w rozpowszechnieniu zaburzeń zdrowia psychicznego w badanej populacji.

Material i metoda

Badane grupy

We wszystkich czterech rundach badań mokotowskich, z lat 2004–2016, stosowano losowy, warstwowo-klastrowy dobór próby uczniów klas III gimnazjalnych. Klaster stanowiła klasa, a warstwę wyznaczał typ szkoły – publiczne i niepubliczne. Dobór uwzględniał dwukrotne zwiększenie liczebności próby w porównaniu z losowym doborem indywidualnym, z powodu poprawki na dobór klastrowy, tzw. *design effect* [32].

Tabela 1. Charakterystyka badanych grup. Badania mokotowskie 2004–2016

Rok	Liczebności badanych grup	Wykonanie próby	Uczniowie ze szkół niepublicznych	Uczniowie opóźnieni w nauce n (%)*	Płeć – dziewczęta n (%)*
2004	1471	90%	155 (10,5%)	101 (7,0%)	703 (48,1%)
2008	1229	89%	200 (16,3%)	54 (4,5%)	617 (50,5%)
2012	984	80%	131 (13,3%)	44 (4,5%)	488 (50,1%)
2016	761	60%	119 (15,6%)	41 (5,4%)	360 (47,4%)

* Wartości procentowe wyliczono, pomijając braki danych.

Jak pokazano w tabeli 1, liczebności badanych grup w kolejnych edycjach badań obniżały się, począwszy od 1471 osób w 2004 roku do 761 osób w 2016 roku. Głównym powodem było „kurczenie się” zarówno ogólnopolskiej, jak i lokalnej populacji młodzieży warszawskiej. Według danych GUS pomiędzy latami 2005 i 2015 liczebność populacji warszawskiej młodzieży w wieku 15–19 lat zmniejszyła się blisko o $\frac{1}{3}$.

W latach 2004–2012 tzw. wykonanie próby, czyli stosunek uzyskanej liczby wiarygodnych ankiet do liczebności wylosowanej próby, było na wysokim poziomie 80–90%. W 2016 roku udało się zbadać znacznie mniej, bo tylko 60% założonej próby. Było to konsekwencją wyjątkowo dużej, 20-procentowej absencji uczniów w dniu badania, spowodowanej pandemią grypy. Drugą istotną przyczyną był brak zgody części rodziców na udział uczniów w badaniach (2 klasy) oraz odmowa współpracy ze strony dyrektorów siedmiu szkół (14 klas). Pomimo dodatkowych badań uzupełniających w klasach, które miały wysoki wskaźnik absencji (powyżej 20%), oraz uzupełnienia próby o kilka klas dobranych celowo, w związku z odmowami dyrektorów szkół, poziom wykonania próby pozostał na dość niskim poziomie. Opisane problemy były wyjątkowe na tle wcześniejszych rund badań. Doświadczenia innych badaczy wskazują jednak na występowanie takich przeszkód (np. w badaniach prowadzonych w kanadyjskim Ontario [33]).

Próby z lat 2008–2016 w badaniach mokotowskich miały podobne charakterystyki w zakresie rozkładu płci, odsetka uczniów ze szkół niepublicznych oraz uczniów starszych rocznikowo niż większość. Jedynie próba z 2004 roku odbiegała nieco swoją charakterystyką od pozostałych, kolejnych prób. Był tam najwyższy odsetek uczniów starszych rocznikowo (7%) oraz najniższy odsetek uczniów ze szkół niepublicznych (11%).

Procedura badawcza

Wszystkie rundy badań mokotowskich realizowane były według tej samej procedury, metodą audytoryjnych badań ankietowych w klasach, przy pełnym poszanowaniu anonimowości indywidualnej, a także gwarancji poufności danych dotyczących klas i szkół. Respektowana była zasada dobrowolności udziału w badaniach uczniów, jak i prawo rodziców do sprzeciwu wobec udziału ich dziecka w badaniach. Przed każdą rundą uzyskiwana była akceptacja dla realizacji planowanych badań ze strony Komisji Bioetycznej działającej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Badania prowadzili przeszkoleni ankierzy, według standardowej procedury.

Wskaźniki i narzędzia badawcze

Wskaźnik zaburzeń internalizacyjnych stanowił sumę dwu wskaźników składowych: dużego ryzyka depresji oraz innych niż depresja problemów emocjonalnych.

- (1) „Duże ryzyko depresji” – symptomy depresji identyfikowano za pomocą skróconej skali Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) [34]. Zawierała ona cztery pytania o objawy smutku, poczucia osamotnienia,

przygnębienia i płaczu w ciągu ostatnich 7 dni poprzedzających badanie. Przyjęto – za badaczami kanadyjskimi, od których zaczerpnięto (za ich zgodą) skróconą skalę CES-D [26] – że odpowiedzi „często” lub „cały czas” na wszystkie cztery pytania skali wskazują na duże ryzyko depresji.

- (2) „Inne (niż depresja) problemy emocjonalne” – wykorzystano jedno pytanie z zestawu nazwanego Health Related Quality of Life (HRQOL-4) [35]: „Jeśli chodzi o Twoje zdrowie psychiczne, a w tym stres, przygnębienie i problemy emocjonalne, w ciągu ilu dni, w ostatnich 30 DNIACH, Twoje zdrowie psychiczne nie było dobre?”. Wskaźnikiem był odsetek osób potwierdzających utrzymywanie się złego samopoczucia psychicznego przez co najmniej 14 dni w ostatnim miesiącu, przy wyłączeniu osób obarczonych dużym ryzykiem depresji.

Wskaźnik zaburzeń eksternalizacyjnych zdefiniowano jako współwystępowanie co najmniej dwu spośród trzech typów zachowań problemowych, takich jak: nadużywanie substancji psychoaktywnych, zachowania sprzeczne z prawem oraz sprawstwo przemocy.

- (1) „Nadużywanie substancji psychoaktywnych” – dychotomiczny wskaźnik obejmował wystąpienie co najmniej jednego spośród trzech zachowań: (i) używanie, co najmniej raz w ostatnim roku, jakichkolwiek narkotyków; (ii) codzienne palenie papierosów lub (iii) upicie się alkoholem w okresie 30 dni poprzedzających badanie. Upicie się definiowano analogicznie do wskaźnika *binge drinking* stosowanego w badaniach populacyjnych w USA [36], oznaczającego szacowane stężenie alkoholu we krwi $BAC \geq 0,8\%$. Relacjonowana przez badanych ilość porcji wypitego alkoholu przy jednej okazji musiała przekroczyć wyliczony, odpowiedni próg, wyższy dla chłopców (w porównaniu z progami wyliczonymi dla dziewcząt) [37]. Stosowano w tym zakresie własne pytania ankietowe o ilość wypitego alkoholu przy ostatniej okazji, używane w badaniach mokotowskich od ponad 30 lat [38].
- (2) „Zachowania sprzeczne z prawem” – wskaźnik, zaczerpnięty z badań kanadyjskich [26], obejmował wystąpienie w ostatnim roku przynajmniej jednego spośród pięciu następujących zachowań: (i) drobne kradzieże, (ii) niszczenie (celowo) czyjejs własności, (iii) handel narkotykami, (iv) ucieczki z domu, (v) zabieranie samochodu na przejażdżkę bez zgody właściciela.
- (3) „Sprawstwo przemocy” – wskaźnik ten opisywał wystąpienie w ostatnim roku co najmniej jednego spośród trzech zachowań: (i) częstego, aktywnego udziału w przemocy fizycznej lub psychicznej wobec innych uczniów na terenie szkoły (raz na tydzień lub częściej), (ii) udziału w bójkach na terenie szkoły (sześć lub więcej razy w ciągu ostatniego roku), a także (iii) celowe uderzenie lub uszkodzenie kogoś, co najmniej raz w ostatnim roku [26].

Wskaźnik „Zaburzenia mieszane” pozwalał oszacować odsetek osób badanych przejawiających symptomy zarówno zaburzeń internalizacyjnych, jak i eksternalizacyjnych. Nazwa wskaźnika nawiązuje do nomenklatury używanej w klasyfikacji

zaburzeń psychicznych ICD-10, gdzie wyszczególniono grupę „mieszanych zaburzeń zachowania i emocji” (F92).

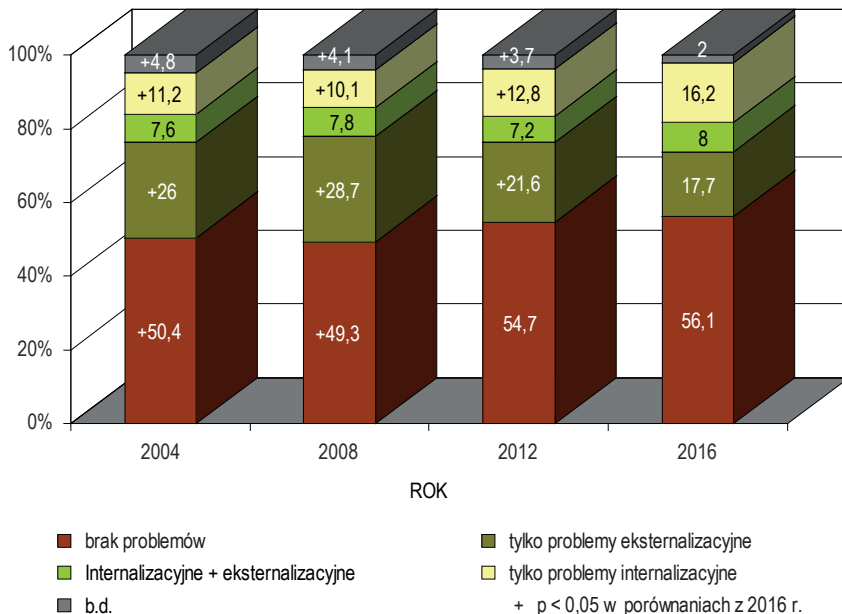
„Brak zaburzeń zdrowia psychicznego” to dychotomiczny wskaźnik, który występowaniu jakichkolwiek zaburzeń: internalizacyjnych, eksternalizacyjnych lub mieszanych przeciwstawia brak zaburzeń, czyli względnie dobre zdrowie psychiczne.

Szczegółowe informacje na temat wszystkich wskaźników stosowanych w badaniach mokotowskich oraz pytań ankietowych można znaleźć we wcześniejszym opracowaniu [22]. Przy ocenie istotności różnic międzygrupowych ze względu na płeć oraz poszczególne rundy badań zastosowano test Chi-kwadrat (χ^2), liczony zawsze dla tabel 2×2 , z powszechnie przyjmowanym progiem istotności $p \leq 0,05$.

Wyniki

Rozpowszechnienie zaburzeń internalizacyjnych, eksternalizacyjnych i mieszanych

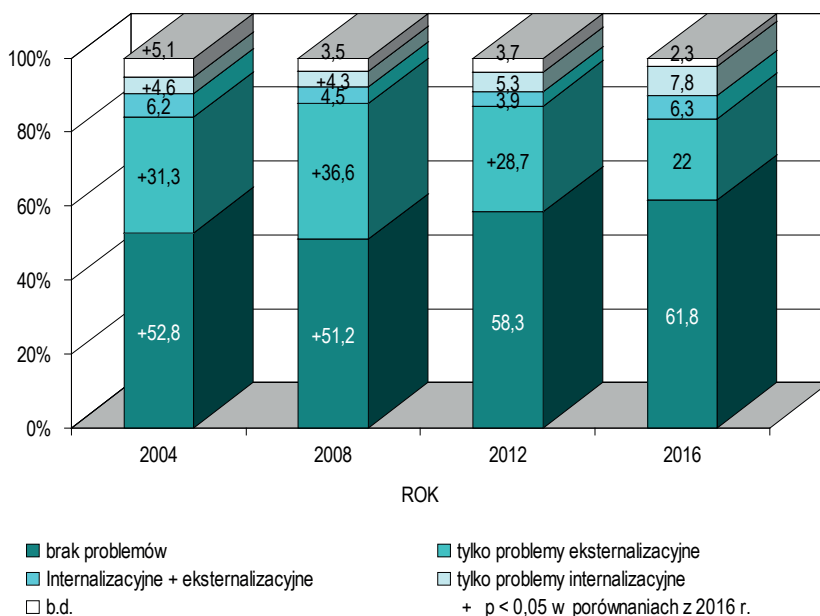
Wyniki ostatniej edycji badań mokotowskich, z jesieni 2016 roku, pokazały, że około 16% uczniów klas III gimnazjów doświadczało problemów internalizacyjnych w obszarze zdrowia psychicznego (rys. 1). Podobny odsetek, około 18% uczniów, doświadczał problemów eksternalizacyjnych, a osoby charakteryzujące się zaburzeniami mieszanymi stanowiły około 8% badanej grupy. Ogółem można oszacować, że zdrowie psychiczne około 42% badanych uczniów mogło być zagrożone z powodu



Rysunek 1. Zdrowie psychiczne uczniów klas III gimnazjów.
Badania mokotowskie 2004–2016

różnego typu problemów. Z drugiej strony warto podkreślić, że większość uczniów (56%) nie demonstrowała wyraźnych symptomów zaburzeń i prawdopodobnie cieszyła się dobrym zdrowiem psychicznym.

W 2016 roku profil zaburzeń wśród dziewcząt i chłopców był wyraźnie odmienny (rys. 2 i 3). Wśród chłopców znacząco częściej niż wśród dziewcząt występowały zaburzenia eksternalizacyjne – odpowiednio 22% i 13% ($\chi^2 = 10,38$; $p < 0,001$). Wśród dziewcząt natomiast dominowały zaburzenia internalizacyjne (26%) i występowały one ponad trzykrotnie częściej niż u chłopców (8%) ($\chi^2 = 44,28$; $p < 0,001$).

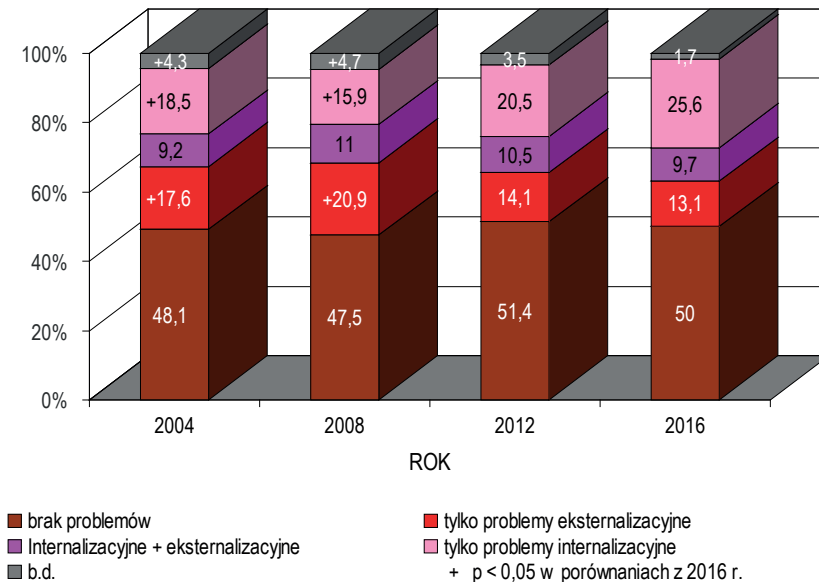


Rysunek 2. Zdrowie psychiczne uczniów III klas gimnazjów – chłopcy. Badania mokotowskie 2004–2016

Zmiany w czasie rozpowszechnienia problemów dotyczących zdrowia psychicznego

W porównaniu z wynikami poprzedniej rundy badań z 2012 roku istotnie wzrosło (o 3,4 punktu procentowego) rozpowszechnienie problemów internalizacyjnych w całej badanej próbie ($\chi^2 = 3,96$; $p < 0,05$). Spadło natomiast (o 3,9 punktu procentowego) rozpowszechnienie problemów eksternalizacyjnych, zarówno w całej próbie ($\chi^2 = 4,10$; $p < 0,05$), jak i wśród chłopców ($\chi^2 = 5,24$; $p < 0,05$).

Trendy te widoczne są jeszcze wyraźniej w dłuższej perspektywie czasowej. Początkowo, pomiędzy 2004 a 2008 rokiem, analizowane wskaźniki nie zmieniały się znacząco. Ale w okresie od 2008 do 2016 roku istotnie wzrósł odsetek młodzieży



Rysunek 3. Zdrowie psychiczne uczniów III klas gimnazjów – dziewczęta. Badania mokatowskie 2004–2016

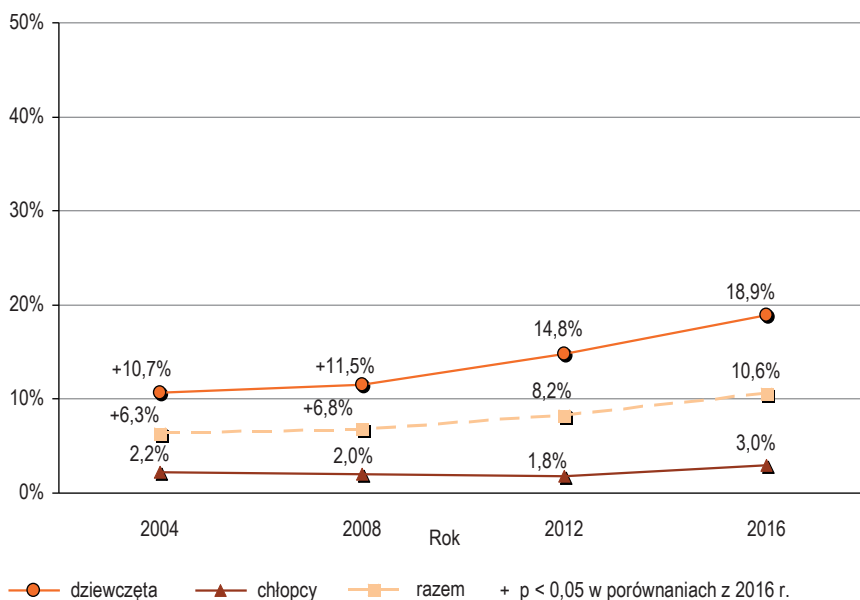
z problemami internalizacyjnymi (wzrost o 6 punktów procentowych, $\chi^2 = 15,95$; $p < 0,001$), przy jednoczesnym znaczącym spadku (o 11 punktów procentowych) odsetka młodzieży z problemami ekternalizacyjnymi ($\chi^2 = 30,63$; $p < 0,001$). W tym okresie zwiększył się także istotnie (o 7 punktów procentowych) odsetek młodzieży, u której nie zidentyfikowano wyraźnych symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego ($\chi^2 = 8,71$; $p < 0,01$).

Analizy wyników prowadzone osobno dla dziewcząt i chłopców (rys. 2 i 3) pokazały, że w obu tych podgrupach widoczne były długoterminowe tendencje do istotnego ograniczenia występowania zaburzeń ekternalizacyjnych. Wśród dziewcząt odnotowano spadek wartości tego wskaźnika z poziomu 21% w 2008 roku do 13% w 2016 roku ($\chi^2 = 9,49$; $p < 0,01$), a wśród chłopców spadek z 37 do 22% ($\chi^2 = 24,04$; $p < 0,001$). Ograniczeniu zaburzeń ekternalizacyjnych towarzyszył wzrost rozpowszechnienia zaburzeń internalizacyjnych, zarówno wśród dziewcząt (z 16 do 26%, $\chi^2 = 13,58$; $p < 0,001$), jak i wśród chłopców (z 4,3 do 7,8%, $\chi^2 = 5,33$; $p < 0,05$).

W całym 12-letnim okresie pomiarów stabilny pozostawał odsetek młodzieży doświadczającej zaburzeń mieszanych, przy tym wśród chłopców utrzymywał się on na poziomie około 4–6%, a wśród dziewcząt 9–11%. Wśród dziewcząt pozostawała także stabilna podgrupa cechująca się brakiem wyraźnych symptomów zaburzeń psychicznych – około 50%. Inaczej było wśród chłopców, gdyż podgrupa ta znacząco się powiększyła od 2008 roku ($\chi^2 = 10,93$; $p < 0,001$), osiągając 62% w ostatniej rundzie badań (różnice ze względu na płeć w 2016 roku: $\chi^2 = 10,63$; $p < 0,001$).

Zmienne składowe zaburzeń inter – i eksternalizacyjnych

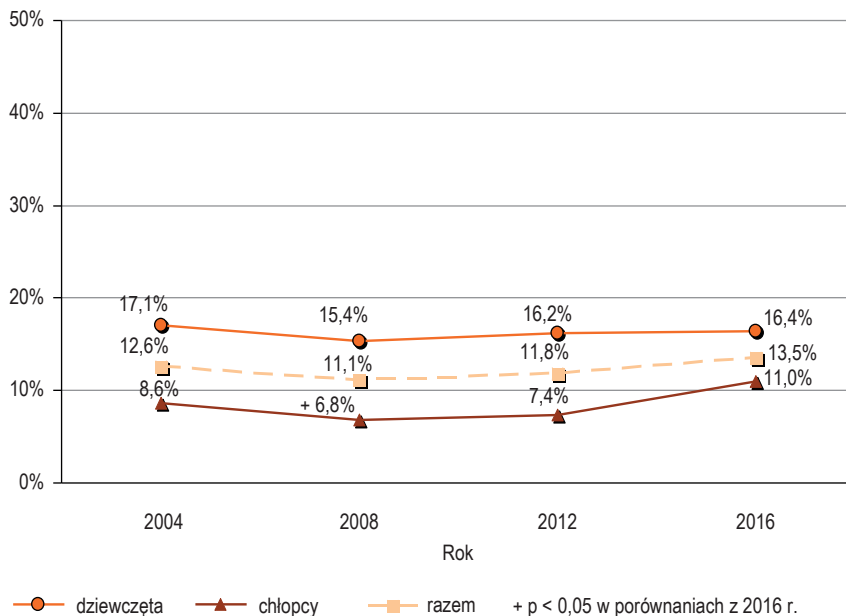
Interesująca wydaje się kwestia, które ze zmiennych składających się na zaburzenia internalizacyjne i eksternalizacyjne miały istotny udział w opisanych wyżej, zaobserwowanych zmianach. Według badań z 2004 roku (rys. 4) wskaźnik dużego ryzyka depresji obejmował 6,3% badanej próby uczniów i istotnie wzrósł, osiągając w 2016 roku 10,6%. Decydował o tych zmianach wzrost o 8 punktów procentowych rozpowszechnienia symptomów depresji wśród dziewcząt (z 10,7% w 2004 roku do 18,9% w 2016 roku, $\chi^2 = 13,82$; $p < 0,001$). Wśród chłopców wskaźnik ten pozostawał na stabilnym i niskim poziomie (w przedziale 1,8–3%). W latach 2004–2016 wskaźnik innych niż depresja zaburzeń emocjonalnych (rys. 5) pozostawał na względnie stałym poziomie wśród dziewcząt (ok. 16%), natomiast wśród chłopców pomiędzy 2008 a 2016 rokiem odnotowano jego istotny statystycznie wzrost (z 6,8 do 11%, $\chi^2 = 5,51$; $p < 0,05$).



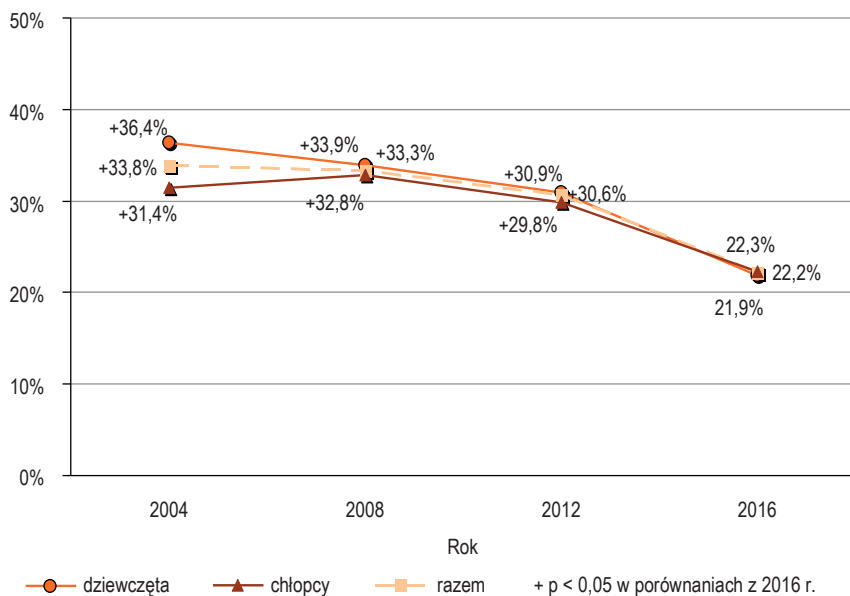
Rysunek 4. Płeć a duże ryzyko depresji. Badania Mokotowskie 2004–2016

W obszarze zaburzeń eksternalizacyjnych analizowano trzy główne zmienne składowe: (1) nadużywanie substancji psychoaktywnych, (2) sprawstwo przemocy oraz (3) zachowania sprzeczne z prawem (rys. 6–8). Od 2004 do 2016 roku rozpowszechnienie nadużywania substancji zmniejszyło się o blisko 12 punktów procentowych (z poziomu 34 do 22%, $\chi^2 = 32,12$; $p < 0,001$) i było bardzo podobne w podgrupach dziewcząt i chłopców.

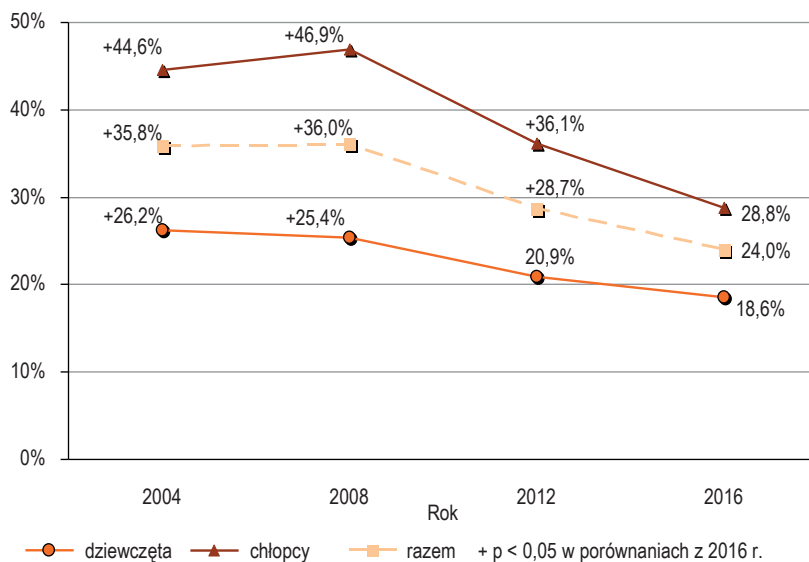
Istotne spadki wskaźników odnotowano także w przypadku sprawstwa przemocy ($\chi^2 = 32,08$; $p < 0,001$). Wśród dziewcząt spadek wyniósł blisko 8 punktów procento-



Rysunek 5. Pleć a problemy emocjonalne inne niż depresja. Badania Mokotowskie 2004–2016



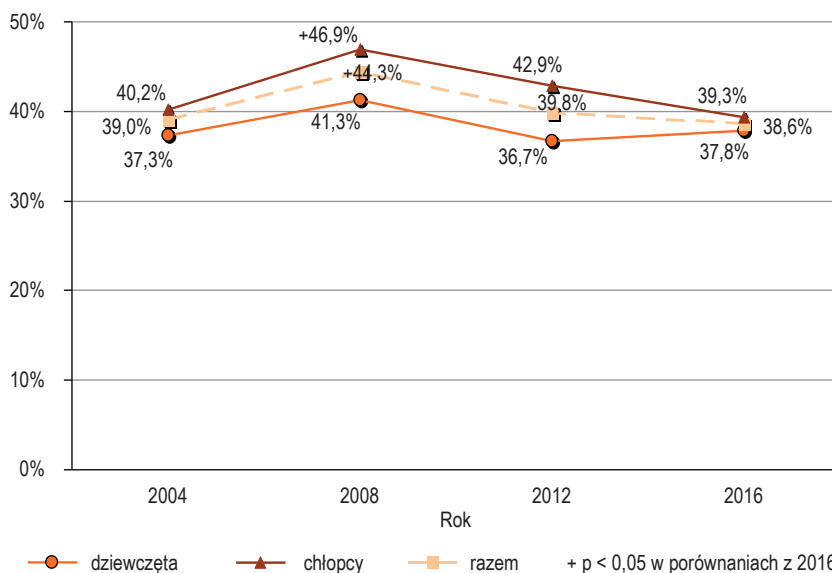
Rysunek 6. Pleć a nadużywanie substancji psychoaktywnych. Badania Mokotowskie 2004–2016



Rysunek 7. Pleć a sprawstwo przemocy. Badania Mokotowskie 2004–2016

wych (do poziomu 18,6%, $\chi^2 = 7,60$; $p \leq 0,01$), a wśród chłopców spadek był dwukrotnie większy, o 16 punktów procentowych (do poziomu 28,8%, $\chi^2 = 27,59$; $p < 0,001$).

Najbardziej stabilne w czasie były zachowania sprzeczne z prawem, których rozpowszechnienie nie zmieniło się znacząco pomiędzy 2004 a 2016 rokiem. Stwierdzono



Rysunek 8. Pleć a zachowania sprzeczne z prawem. Badania Mokotowskie 2004–2016

tylko krótkotrwałe fluktuacje. Wśród chłopców pojawiła się tendencja do ograniczania zachowań sprzecznych z prawem i ich wskaźnik obniżył się istotnie w 2016 roku w stosunku do roku 2008. W porównaniu z 2004 rokiem stanowiło to jednak powrót do początkowego poziomu – wynoszącego około 39%.

Omówienie wyników

Według danych z 2016 roku 42% młodzieży przejawiało symptomy zaburzeń zdrowia psychicznego. Przy tym symptomy te szerzej rozpowszechnione były wśród dziewcząt (48%) niż wśród chłopców (36%). Zaburzenia internalizacyjne cechowały 16% badanych, eksternalizacyjne – 18%, a mieszane – 8%, przy czym profil zaburzeń był inny wśród dziewcząt niż wśród chłopców. Wśród dziewcząt dominowały problemy internalizacyjne w stosunku do eksternalizacyjnych i mieszanych. Wśród chłopców natomiast najbardziej powszechne były problemy eksternalizacyjne.

Początkowo, w latach 2004–2008, wartości wskaźników nie zmieniały się istotnie. Dopiero pomiędzy latami 2008–2016 istotnie wzrósł odsetek młodzieży z problemami internalizacyjnymi. Przyczynił się do tego wzrost rozpowszechnienia symptomów depresji wśród dziewcząt. Jednocześnie odnotowano znaczący spadek odsetka młodzieży z problemami eksternalizacyjnymi. Wynikał on z ograniczenia rozpowszechnienia nadużywania substancji psychoaktywnych oraz przemocy, zarówno wśród dziewcząt, jak i wśród chłopców.

Trudno jest wskazać badania, które mogłyby stanowić punkt odniesienia dla oceny większości uzyskanych wyników. Dostępne publikacje innych autorów najczęściej dotyczą jedynie wybranych wskaźników zaburzeń zdrowia psychicznego, przede wszystkim rozpowszechnienia depresji i używania substancji psychoaktywnych. W tym obszarze bardzo dużo badań populacyjnych wśród dzieci i młodzieży prowadził zespół z Collegium Medium UJ w Krakowie, kierowany przez J. Bombę [9, 10, 12, 13]. Niestety badano inne wiekowo grupy, a terminy badań z reguły były bardzo odległe w czasie. Wśród polskich publikacji z ostatnich ośmiu lat znalaziono interesującą pracę z 2012 roku, która opisuje badania rozpowszechnienia objawów depresji w próbie około 800 uczniów z Warszawy i okolic [39]. W badaniach zastosowano polską wersję skali depresji *Children's Depression Inventory* autorstwa M. Kovacs [40]. Według tych badań wskaźnik rozpowszechnienia depresji w grupie młodzieży gimnazjalnej z klas I–III wyniósł 9%, a dla licealistów – 12%. Autorzy nie podają osobno wyników dla uczniów III klas gimnazjum. Można przypuszczać, że wskaźnik depresji mógł dla tej grupy przekroczyć 10%. W naszych badaniach trzecioklasistów z 2012 roku wskaźnik był tylko nieznacznie niższy i wyniósł 8,2%.

Według danych z projektu badawczego SEYLE (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*), obejmującego grupę 12 tys. 14–16-latków z 11 krajów europejskich i Izraela [15, 41], 10,5% badanych sygnalizowało objawy spełniające kryteria depresji, przy czym w tej grupie było trzykrotnie więcej dziewcząt niż chłopców. W badaniach populacyjnych młodzieży w USA z 2016 roku [42] epizod tzw. dużej depresji (*major depression*) w ciągu ostatniego roku dotknął 13,9% amerykańskich 15-latków, w tym wśród dziewcząt odsetek ten wynosił 21%, a wśród chłopców 6,5%. Jeśli uwzględniano

dotatkowe kryterium diagnostyczne w postaci poważnego upośledzenia codziennej aktywności, odsetki były niższe i wynosiły: ogółem 10%, dla dziewcząt 14,7%, dla chłopców 5,2%. W naszych badaniach oszacowania rozpowszechnienia depresji w analogicznej wiekowo grupie są bardziej zbliżone do tych ostatnich cytowanych wartości. Ponadto z badań amerykańskich, podobnie jak z warszawskich, wynika, że wraz z kolejnymi latami systematycznie rosły wskaźniki rozpowszechnienia depresji wśród dziewcząt i w całej badanej grupie [14]. Wśród chłopców wzrosty pomiędzy kolejnymi pomiarami były niewielkie i w większości statystycznie nieistotne, analogicznie do naszych badań.

Podsumowując ten wątek, możemy stwierdzić, że wyniki uzyskane w badaniach mokotowskich wykazują dużą zbieżność z danymi europejskimi i amerykańskimi. Obserwowane przez nas tendencje do systematycznego wzrostu rozpowszechnienia dużego ryzyka depresji wpisują się w tendencje obserwowane w innych krajach cywilizacji zachodniej.

Powstaje pytanie, czy analogiczne podobieństwa dotyczą także tendencji w ograniczaniu rozpowszechnienia problemów eksternalizacyjnych. Częściowo potwierdzają to dane na temat rozpowszechnienia picia alkoholu i palenia papierosów z badań realizowanych w Europie (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD*) i w USA (*Monitoring the Future*). Wyniki badań ESPAD z 2015 roku, prowadzonych wśród 15-latków z 25 krajów, wskazywały dla całej próby na spadki wartości wskaźników picia alkoholu i palenia papierosów w życiu i w ostatnich 30 dniach, a także upijania się i codziennego palenia papierosów [43]. W odróżnieniu od naszych badań tendencje te zaobserwowano dopiero pomiędzy dwoma ostatnimi rundami badań ESPAD, tzn. pomiędzy 2011 a 2015 rokiem.

W badaniach amerykańskich *Monitoring the Future*, prowadzonych m.in. wśród uczniów klas dziesiątych (odpowiednik wiekowy naszych klas III gimnazjalnych), widoczne są wieloletnie trendy spadkowe w rozpowszechnieniu picia alkoholu i palenia papierosów. W okresie kilkunastu lat poprzedzających 2016 rok wyraźnie spadły odsetki uczniów pijących alkohol (w ostatnim roku), obniżyły się także odsetki młodzieży, która upiła się oraz paliła papierosy 30 dni przed badaniem [44].

Przywołane dane sugerują, że zidentyfikowane w badaniach mokotowskich tendencje do wzrostu rozpowszechnienia zaburzeń internalizacyjnych wśród młodzieży, przy jednoczesnym ograniczeniu występowania zaburzeń eksternalizacyjnych, mogą mieć charakter globalny i być obecne w wielu innych krajach. Aby właściwie zidentyfikować przyczyny takiego zjawiska, powinniśmy szukać czynników oddziałujących na młodzież globalnie, w skali makro. Interesująca może być hipoteza, że przyczyną są zmiany funkcjonowania społecznego młodzieży, wywołane przez upowszechnienie w globalnej populacji młodzieży nowoczesnych technologii informatycznych, szczególnie korzystania z urządzeń typu iPhone czy smartfon [45]. Podejmowane są w tym kontekście próby wyodrębniania i charakteryzowania tego pokolenia młodzieży, określanego jako *iGeneration* lub *head-down generation* [46, 47]. Znacząca część naturalnych kontaktów z rówieśnikami w tym pokoleniu została ograniczona i zastąpiona przez internetowe kontakty w cyberprzestrzeni. Można przypuszczać, że kontakty zapośredniczone przez nowe media nie zaspokajają potrzeb emocjonalnych i rozwojowych młodzieży w takim samym stopniu jak kontakty twarzą w twarz. Stąd może wynikać narastanie problemów

internalizacyjnych. Rzadkie bezpośrednie kontakty z rówieśnikami mogą sprzyjać coraz większemu poczuciu osamotnienia, które jest jednym z wymiarów skali depresji CES-D. Z drugiej strony wpływy rówieśnicze to jeden z najsilniejszych czynników ryzyka istotnych dla angażowania się młodzieży w zachowania ryzykowne i doświadczanie problemów eksternalizacyjnych [18, 48]. Ograniczenie bezpośrednich kontaktów z rówieśnikami może osłabiać ten czynnik i owocować ograniczeniem występowania problemów eksternalizacyjnych wśród młodzieży.

Możliwe są oczywiście także inne wyjaśnienia i hipotezy. Na przykład przyczyną wzrostu rozpowszechnienia symptomów depresji można upatrywać w nadmiernych wymaganiach, jakie współczesna cywilizacja stawia młodym ludziom, w dużym tempie życia czy presji na osiągnięcie sukcesu, najpierw edukacyjnego, a potem zawodowego.

Wnioski

Narastanie problemów internalizacyjnych, w tym ryzyka depresji, oraz rozpowszechnienia innych problemów emocjonalnych wśród nastolatków sugeruje pilną potrzebę opracowania lub adaptacji skutecznych programów profilaktycznych oraz poszerzenia dostępności oferty pomocy psychologicznej i psychiatrycznej, w tym całodobowej pomocy telefonicznej dla dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym. Takie postulaty podnoszone są także z innych powodów od wielu lat [24, 29].

Ograniczenia

Jednym z istotnych zakłóceń w wypadku badań trendów długookresowych są zmiany makrospołeczne, pozostające poza kontrolą badacza. W ponad 30-letniej historii badań mokotowskich do najważniejszych tego typu zmian należały reformy szkolnictwa (wprowadzenie gimnazjów w 1999 roku oraz ich likwidacja w 2016 roku). Dlatego, żeby wyeliminować choć jeden z istotnych czynników zakłócających porównywalność wyników, zdecydowaliśmy się zawęzić nasze obserwacje do okresu, w którym panował jeden system szkolny (gimnazjum). Zawężenie obserwacji do lat 2004–2016 daje większą pewność, że badana młodzież podobnie rozumiała pytania, miała zbliżone doświadczenia szkolne, żyła i uczyła się w podobnej rzeczywistości społecznej.

Ograniczeniem tego typu badań są również błędy pomiaru wynikające z niedoskonałości metody samoopisowej wykorzystywanej do badania problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Pytania ankietowe dotyczyły wielu „drażliwych” tematów: używania substancji psychoaktywnych, łamania prawa, przemocy, problemów emocjonalnych. Niektórzy spośród uczniów mogli się więc obawiać, że ich odpowiedzi zostaną ujawnione nauczycielom lub rodzicom. Ta obawa jest potencjalnym źródłem błędów pomiaru. Znany jest także mechanizm aprobaty społecznej, który utrudnia rzetelne udzielanie odpowiedzi na pytania ankietowe. W związku z tym przez wszystkie lata badań podejmowano konsekwentne starania, aby zminimalizować podawanie nieprawdziwych odpowiedzi. W tym celu zapewniano uczniów o całkowitej anonimowości badań na poziomie indywidualnym, klasy i szkoły. Podkreślano także w ustnej i pisemnej instrukcji dobrowolny charakter udziału w badaniach oraz ich poufny charakter.

Podziękowania

Autorzy dziękują mgr Annie Boruckiej, dr Katarzynie Kocoń-Rychter, dr Katarzynie Okulicz-Kozaryn, mgr Joannie Raduj oraz innym osobom, które były pomocne w realizacji badań mokotowskich, na różnych ich etapach.

Piśmiennictwo

1. Domaradzki J. *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie*. Hygeia Public Health. 2013; 48(4): 408–419.
2. Heszen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
3. World Health Organization. *Mental health: Strengthening mental health promotion*. Fact sheet N°220, September 2007.
4. Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. *Mental health promotion works: A review*. IUHPE – Promotion & Education. 2005; 12(Suppl. 2): 9–25.
5. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. *Propozycja nowej definicji zdrowia psychicznego*. Psychiatr. Pol. 2017; 51(3): 407–411.
6. Mazur J. red. *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2015.
7. Tabak I. *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów*. Studia BAS. 2014; 2(38): 113–138.
8. Bąbik A, Olejniczak D. *Uwarunkowania i profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce*. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka. 2014; 13(2): 99–121.
9. Bomba J, Jaklewicz H. *Depresja u dzieci podejmujących naukę szkolną. Rozpowszechnienie zjawiska i jego zależność od możliwości przystosowawczych dziecka*. Psychiatr. Pol. 1990; 24(4): 15–19.
10. Bomba J, Modrzejewska R. *Prospektywne badanie dynamiki depresji u dzieci między preadolescencją a wczesną fazą dorastania*. Psychiatr. Pol. 2006; 40(3): 481–490.
11. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Queen B i wsp. *Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2017*. MMWR Surveill Summ. 2018; 67(8): 1–114. Doi: 10.15585/mmwr.ss6708a1.
12. Modrzejewska R, Bomba J, Beauvale A. *Struktura czynnikowa objawów w Krakowskim Inwentarzu Depresyjnym (KID) IO „CI”*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(1): 47–59.
13. Modrzejewska R, Bomba J. *Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych i używania substancji psychoaktywnych w populacji 17-letniej młodzieży wielkomejskiej*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(4): 579–592.
14. SAMHSA. *Behavioral Health Barometer: United States, Volume 4: Indicators as measured through the 2015 National Survey on Drug Use and Health and National Survey of Substance Abuse Treatment Services*. HHS Publication No. SMA–17–BaroUS–16. Rockville MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2017.
15. Wassermann D. *Review of health and risk-behaviours, mental health problems and suicidal behaviours in young Europeans on the basis of the results from the EU-funded Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study*. Psychiatr. Pol. 2016; 50(6): 1093–1107.
16. Witkowska-Ulatowska H. *Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. Przegląd badań*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej: *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 2000. S. 137–144.

17. Bomba J, Orwid M. *Zaburzenia zdrowia psychicznego w okresie młodzieńczym. Postępowanie, profilaktyka i błędy w postępowaniu*. W: Rybakowa M. red. *Medycyna wieku młodzieńczego*, t. 2. Kraków: Wydawnictwo Medyczne; 2004.
18. Jessor R. *Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking*. Br. J. Addic. 1987; 82(4): 331–342.
19. Wolniewicz-Grzelak B, Ostaszewski K. *Badanie środowisk szkolnych w zakresie zagrożenia uzależnieniem od środków odurzających*. Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego. 1983; 52(4): 68–82.
20. Ostaszewski K, Bobrowski K, Borucka A, Kocoń K, Okulicz-Kozaryn K, Pisarska A. *Raport techniczny z realizacji projektu badawczego p.n. „Monitorowanie trendów używania substancji psychoaktywnych oraz wskaźników innych wybranych aspektów zdrowia psychicznego u młodzieży szkolnej”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2005.
21. Bobrowski K, Pisarska A, Ostaszewski K. *Rekomendacje narzędzi do oceny zagrożeń zdrowia psychicznego młodzieży do dalszego stosowania w badaniach mokotowskich oraz w innych badaniach ankietowych młodzieży szkolnej*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2007.
22. Ostaszewski K, Bobrowski K, Borucka A, Okulicz-Kozaryn K, Pisarska A, Biechowska D i wsp. *Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań nałogowych i problemów zdrowia psychicznego 15-letniej młodzieży. Badania mokotowskie 2004–2016. Badania ukraińskie, obwód lwowski 2016*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2017.
23. Bobrowski K, Czabała C, Brykczyńska C. *Zachowania ryzykowne jako wymiar oceny stanu zdrowia psychicznego młodzieży*. Post. Psychiatr. Neurol. 2005; 14(4): 285–292.
24. Czabała CJ, Brykczyńska C, Bobrowski K, Ostaszewski K. *Problemy zdrowia psychicznego w populacji gimnazjalistów warszawskich*. Post. Psychiatr. Neurol. 2005; 14(1): 1–9.
25. Achenbach TM. *Challenges and benefits of assessment, diagnosis, and taxonomy for clinical practice and research*. Aust. N Z J. Psychiatry. 2001; 35(3): 263–271.
26. Adlaf EM, Paglia A, Beitchman JH. *The Mental Health and Well-Being of Ontario Students 1991–2001. Findings from the OSDUS*. Toronto ON: Centre for Addiction and Mental Health; 2001.
27. Deković M. *Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence*. J. Youth Adolescence. 1999; 28(6): 667–685.
28. Wolańczyk T. *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce*. Warszawa: Akademia Medyczna; 2002.
29. Namysłowska I. *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość*. Post. Nauk. Med. 2013; 26(1): 4–9.
30. Załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. Dz. U. z dnia 16 września 2016 r., poz. 1492.
31. Załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. Dz. U. z dnia 2 marca 2017 r., poz. 458.
32. Jabkowski P. *Reprezentatywność badań reprezentatywnych. Analiza wybranych problemów metodologicznych oraz praktycznych w paradygmacie całkowitego błędu pomiaru*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza. Seria Socjologia; 2015; 77.
33. Paglia-Boak A, Mann RE, Adlaf EM, Beitchman JH, Wolfe D, Rehm J. *The Mental Health and Well-Being of Ontario Students. Findings from the OSDUS 1991–2009*. CAMH Research Document Series No. 29, Toronto ON: Centre for Addiction and Mental Health; 2010.
34. Radloff L. *The CES-D Scale: A self-report depression for research in general population*. Appl. Psychol. Measur. 1977; 1(3): 385–401.

35. Centers for Disease Control and Prevention: Measuring Healthy Days: Population assessment of health-related quality of life. Atlanta, Georgia: CDC; 2000.
36. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). *Drinking Levels Defined*. <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption> (dostęp: 27.05.2019).
37. Bobrowski K. *Trends in the prevalence of psychoactive substance use among Ilawa's junior high school students in 2001–2014 on the background of other surveys results*. *Alcohol Drug Addict*. 2017; 30(4): 223–248.
38. Wolniewicz-Grzelak B. *Badanie picia napojów alkoholowych przez młodzież arkuszem „Piwo-Wino-Wódka”*. *Alkoholizm i Narkomania*. 19952; 19: 115–124.
39. Szaranowska A, Bornikowska K, Zasada J, Pakuła M, Micek M, Naduk M i wsp. *Ocena występowania objawów depresji u dzieci i młodzieży – badanie pilotażowe*. *Prz. Pediatr*. 2012; 42(4): 189–193.
40. Kovacs M. *Children's Depression Inventory Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc; 1992.
41. Wasserman D, Carli V, Wasserman C, Apter A, Balazs J, Bobes J i wsp. *Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): A randomized controlled trial*. *BMC Public Health*. 2010; 10: 192. Doi: 10.1186/1471-2458-10-192.
42. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. *Results from the 2016 national survey on drug use and health: Detailed tables*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2017.
43. ESPAD Group. *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016.
44. Miech RA, Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE, Patrick ME. *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2016: Volume I, Secondary school students*. Ann Arbor: Institute for Social Research, the University of Michigan; 2017.
45. Twenge JM, Martin GN, Campbell WK. *Decreases in psychological well-being among American adolescents after 2012 and links to screen time during the rise of smartphone technology*. *Emotion*. 2018; 18(6): 765–780.
46. Twenge JM. *Have Smartphones Destroyed a Generation?* *The Atlantic*, Sept, 2017. <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2017/09/has-the-smartphone-destroyed-a-generation/534198/> (dostęp: 27.05.2019).
47. Czerska I. *Pokolenie head down jako konsekwencja smartfonizacji społeczeństwa*. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*. 2016; 459: 215–221. Doi: 10.15611/pn.2016.459.20.
48. Stępień E. *Czynniki ryzyka kontaktów z narkotykami od dorastania do wczesnej dorosłości (badania katamnesticzne)*. *Alkoholizm i Narkomania*. 2001; 14(3): 407–420.

Adres: Krzysztof Jan Bobrowski
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Zakład Zdrowia Publicznego
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9
e-mail: kbob@ipin.edu.pl

Otrzymano: 8.07.2019
Zrecenzowano: 10.08.2019
Przyjęto do druku: 10.08.2019