

Zaburzenia psychiczne wśród podopiecznych Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych w Polsce w województwie śląskim

Psychiatric disorders among adolescents residing at Youth Educational Centers in Silesia in Poland

Karolina Zofia Kamińska¹, Michał Ciołek¹, Izabela Rosół¹,
Magdalena Matlakiewicz¹, Maria Potaczek¹, Lena Cichoń^{2,3},
Krzysztof Maria Wilczyński^{2,3}, Małgorzata Janas-Kozik^{2,3}

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Oddziale Klinicznym Psychiatrii
i Psychoterapii Wieków Rozwojowego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowego Katedry Psychiatrii
i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

³ Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.

Summary

Aim. In Polish Youth Educational Centres underage individuals exhibiting signs of delinquency are accommodated. A significant concern is the presence of mental health disorders among these institutions' residents, which may influence their rehabilitation process. The aim of this study was to evaluate the prevalence of mental health disorders among residents of Youth Educational Centres in the Silesian Voivodeship.

Material and methods. The study was conducted between February and November 2022 in two Youth Educational Centres located in the Silesian Voivodeship. 80 individuals participated in the study (60% boys, 40% girls). Participation was voluntary and anonymous. A semi-structured psychiatric interview K-SADS-PL was employed, incorporating questionnaires covering mania, depression, conduct disorders, and substance use disorders.

Results. Among the study participants, 12.5% ($n = 10$) had been diagnosed with mental disorders prior to the start of the study. Criteria for Major Depressive Disorder were met by 26.25% of participants, including 20.8% of boys and 34.37% of girls, with irritability reported in 19 of the 21 individuals diagnosed with depression. Conduct disorders were observed in 52.5% of participants. Furthermore, 39% of respondents consumed alcohol at least three times per week, and 70% used cannabis at least once a week.

Conclusions. Research on the mental health of adolescents in Youth Educational Centres in Poland highlights a high prevalence of depressive disorders and problematic patterns of

psychoactive substance use among residents, which may negatively impact their functioning and prognosis. Interventions are essential to facilitate beneficial behavioural changes in these minors and to counteract their demoralisation.

Słowa kluczowe: młodzieżowy ośrodek wychowawczy, resocjalizacja, zaburzenia afektywne

Key words: youth educational center, resocialization, affective disorders

Wstęp

Problem demoralizacji młodych osób staje się obecnie jednym ze zjawisk wywołujących coraz większe zaniepokojenie społeczeństw europejskich [1]. Według obowiązującej w Polsce Ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich do objawów demoralizacji zalicza się: dopuszczenie się czynu zabronionego, naruszanie zasad współżycia społecznego, uchylanie się od obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki, używanie alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, ich prekursorów, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych i uprawianie nierzędu. Postępowania w sprawach o demoralizację przeprowadza się wobec osób, które ukończyły 10 lat i nie są pełnoletnie, a w sprawach o czyny karalne – wobec osób, które dopuściły się takiego czynu po ukończeniu 13 lat, ale przed ukończeniem 17 lat. Wobec nieletnich mogą być stosowane środki wychowawcze, środek leczniczy oraz środek poprawczy, których celem jest przeciwdziałanie demoralizacji młodych osób oraz dopuszczaniu się przez nie czynów karalnych [2].

Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze (MOW) zalicza się do placówek, w których przebywa największa liczebnie grupa młodzieży niedostosowanej społecznie [1]. Do zadań MOW należy eliminowanie przyczyn i przejawów niedostosowania społecznego oraz przygotowanie wychowanków do życia zgodnego z obowiązującymi normami społecznymi i prawnymi. Według stanu na dzień 31 października 2023 roku w Polsce funkcjonowało 89 MOW dla nieletnich w normie intelektualnej, w tym [3]:

- placówki dla chłopców – 52,
- placówki dla dziewcząt – 27,
- placówki koedukacyjne – 10,

oraz 24 placówki przeznaczone dla nieletnich z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, w tym:

- dla chłopców – 14,
- dla dziewcząt – 9,
- koedukacyjna – 1.

Istotnym problemem dotyczącym funkcjonowania MOW jest kwestia występowania zaburzeń psychicznych u ich podopiecznych, a liczba publikacji dotycząca tego tematu jest niewielka. W literaturze zagranicznej można znaleźć metaanalizę Beaudry i wsp. [4] oceniającą rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród młodzieży przebywającej w zakładach karnych i poprawczych dla nieletnich. Autorzy przeanalizowali 47 badań opublikowanych od 1966 do 2019 roku z 19 krajów (najwięcej

z USA), obejmujących łącznie 28 033 chłopców i 4754 dziewcząt. Zaobserwowano, że w porównaniu z populacją ogólną osób w podobnym wieku w grupie wychowanków przebywających w tych ośrodkach częściej występują, poza zaburzeniami zachowania, inne zaburzenia psychiczne. Wśród nastolatków płci męskiej 2,7% miało zaburzenia psychiatryczne, 10,1% – depresję, 17,3% – zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), 61,7% – zaburzenia zachowania, 8,6% – zespół stresu pourazowego, a wśród nastolatek płci żeńskiej 2,9% miało zaburzenia psychiatryczne, 25,8% – depresję, 17,5% – ADHD, 59,0% – zaburzenia zachowania i 18,2% – zaburzenia stresu pourazowego. Z kolei w badaniu Ruchkina i wsp. [5] zaobserwowano, że chłopcy z depresją przejawiają wyższy poziom agresji niż dziewczęta, a także sugerowano, że interwencje mające na celu zmniejszenie agresywnego zachowania u nastolatków powinny uwzględniać występowanie u nich depresji. Ponadto ustalono, że ADHD oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych u młodych osób może korelować ze skłonnością do popełniania przestępstw z użyciem przemocy oraz większej skłonności do ryzykownych zachowań [6]. Metaanaliza z 2018 roku wskazała, że u dorosłych przebywających w zakładach karnych częstość ADHD jest wyższa niż w populacji ogólnej [7]. Ginsberg i wsp. [8] ujawnili, że ADHD u dorosłych więźniów często współwystępuje z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych (najczęściej amfetaminy), zaburzeniem ze spektrum autyzmu, zaburzeniami lękowymi i afektywnymi. Jednak w badaniu Stoddard-Dare i wsp. [9] prawdopodobieństwo popełnienia przestępstw i późniejszego pozbawienia wolności było istotnie mniejsze w wypadku młodzieży z rozpoznanym ADHD i zaburzeniami zachowania, a istotnie większe u osób z diagnozą zaburzenia afektywnego dwubiegunowego (ZAD). Agresja, impulsywność oraz drażliwość to częste objawy ZAD wśród nastolatków, które mogą prowadzić do zachowań niezgodnych z prawem [10]. Jedno badanie (uwzględnione w metaanalizie Beaudry i wsp. [4]), obejmujące 50 wychowanków zakładów poprawczych, wykazało, że 22% z nich spełniło kryteria manii według DSM-III, w tym jedna osoba spełniła kryteria ZAD, a najczęściej zgłaszanym objawem osób spełniających kryteria manii była drażliwość [11].

W Polsce dostępnych jest niewiele badań dotyczących problematyki zaburzeń psychicznych w grupie zdemoralizowanych młodych osób. Przeprowadzono jedynie badanie ankietowe wśród dyrektorów MOW na temat zdrowia psychicznego podopiecznych [12]. Istotnym ograniczeniem tego badania było jednak to, że respondentami nie byli sami wychowankowie, lecz dyrektorzy placówek. W związku z tym uzyskane wyniki pozwoliły wyłącznie na stwierdzenie, że problem zaburzeń psychicznych występował w placówkach w 2020 roku, bez możliwości oceny jego skali ani rozpowszechnienia wśród wychowanków. I tak 92 na 94 dyrektorów odpowiedziało, że w ich placówkach występują problemy ze zdrowiem psychicznym [12]. Niepokojące okazały się również statystyki ukazujące częstość sięgania po wszelkiego rodzaju substancje psychoaktywne przez młodzież przebywającą w placówkach resocjalizacyjnych. Według ustaleń 33% wychowanków MOW w Polsce wymagało specjalistycznej opieki psychiatrycznej ze względu na zdiagnozowane zaburzenia, np. zaburzenia zachowania, nastroju, lękowe i schizofrenię, a 40% stanowili podopieczni z diagnozą uzależnień od substancji psychoaktywnych [13]. Aż 100% wychowanków jednego z polskich MOW deklarowało,

że eksperymentowało z substancjami psychoaktywnymi, 95% z nich paliło bądź pali papierosy, a 88% nieletnich przyznawało się do spożywania alkoholu. Dodatkowo analiza dokumentacji medycznej z Poradni Pedagogiczno-Psychologicznych i Opiniodawczych Zespołów Specjalistów Sądowych dostarczyła informacji, że 15% podopiecznych MOW miało zdiagnozowane uzależnienie i zalecono im podjęcie terapii uzależnień [1].

W Polsce źródłem wiedzy na temat kondycji psychicznej wychowanków MOW są również raporty Najwyższej Izby Kontroli (NIK), które wskazywały na występowanie wśród podopiecznych MOW licznych samookaleczeń, prób samobójczych czy aktów agresji. Z raportów NIK wynikało, że w latach 2012–2016 odnotowano 50 przypadków samookaleczeń, 16 prób samobójczych, a także 361 przypadki przemocy fizycznej (bójki, pobicia, agresywne zachowania wobec innych). Natomiast w okresie od 2018 do 2021 roku liczby te wzrosły i zanotowano 111 przypadków samookaleczeń, 16 prób samobójczych i 297 przypadków przemocy [14, 15].

Ze wspomnianego badania ankietowego przeprowadzonego wśród dyrektorów MOW w Polsce wynikało, że niemalże we wszystkich placówkach w 2020 roku odbyły się konsultacje psychiatryczne (98% placówek) oraz dostępne było indywidualne wsparcie psychologiczno-pedagogiczne (94% placówek). Zabrakło wszakże informacji na temat tego, jak często te konsultacje się odbywały. Dyrektorzy ocenili też dostęp wychowanków do specjalistycznej opieki psychiatrycznej – 83% z nich określiło go jako utrudniony lub bardzo utrudniony. Jest to duży problem, szczególnie że konsultacje psychiatryczne przed skierowaniem młodej osoby do MOW nie są obowiązkowe, przez co nie zawsze się odbywają [3, 12].

Celem prezentowanego badania była ocena występowania objawów zaburzeń psychicznych u wychowanków i wychowanek MOW w Polsce na terenie województwa śląskiego.

Material

Badanie przeprowadzono w okresie od lutego 2022 do listopada 2022 roku w dwóch MOW – w jednym dla chłopców, drugim dla dziewcząt. Wzięło w nim udział 80 osób, w tym 48 chłopców (60%) i 32 dziewczęta (40%). W grupie dziewcząt udziału w badaniu odmówiły 33 osoby, a w grupie chłopców 12 osób. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, a dane osobowe uczestników nie były utrwalane. Badanie odbyło się za zgodą dyrekcji MOW. Przed rozpoczęciem procedur badawczych każdy uczestnik oraz jego rodzice zostali poinformowani o celu badania, sposobie jego przeprowadzenia, mieli możliwość zadawania pytań oraz byli informowani o możliwości rezygnacji w dowolnym momencie. Każdy uczestnik wyraził świadomą dobrowolną zgodę na udział w badaniu oraz na przetwarzanie swoich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla realizacji badania; zgoda rodziców została uzyskana telefonicznie. Badanie nie wymagało zgody komisji bioetycznej.

Metody

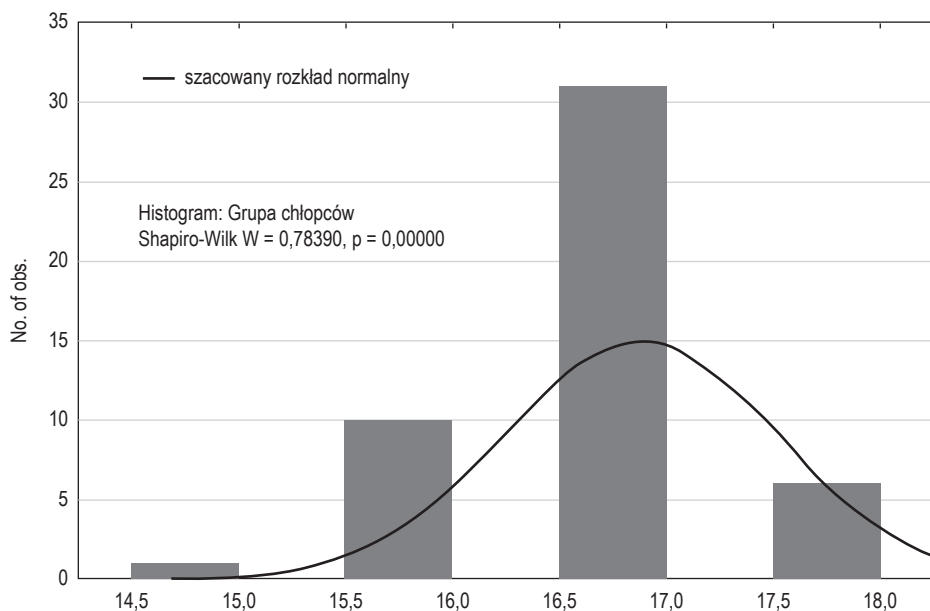
W projekcie wykorzystano elementy częściowo ustrukturyzowanego wywiadu psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży, przeznaczonego do diagnozy zaburzeń afektywnych i schizofrenii – *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL). W skład procedury wchodziły: wywiad wstępny, kwestionariusz przesiewowy oraz szczegółowe kwestionariusze dotyczące manii, depresji, zaburzeń zachowania, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych i uzależnień od substancji psychoaktywnych. Kwestionariusz K-SADS-PL umożliwia ocenę większości objawów w czterostopniowej skali od 0 do 3 w dwóch kategoriach: obecnego epizodu oraz najcięższego epizodu występującego w przeszłości. Punkty w skali oznaczają: 0 – brak danych, 1 – brak występowania objawu, 2 – występowanie cech charakterystycznych dla danego objawu w nasileniu niespełniającym kryteriów diagnostycznych, 3 – występowanie objawu. Niektóre elementy kwestionariusza oceniane są w skali trzystopniowej od 0 do 2, gdzie 0 oznacza brak danych, 1 – brak występowania, a 2 – obecność objawu [16]. Wywiady były przeprowadzane indywidualnie z każdym uczestnikiem przez przeszkolonych członków zespołu badawczego.

Ze względu na specyfikę grupy badanej oraz ograniczenia organizacyjne nie przeprowadzono wywiadów z rodzicami lub opiekunami. Ocena poszczególnych objawów opierała się wyłącznie na informacjach uzyskanych bezpośrednio od osoby badanej. K-SADS-PL został wykorzystany jako narzędzie przesiewowe, a na podstawie uzyskanych wyników nie formułowano diagnoz klinicznych. Na podstawie oceny punktowej nasilenia objawów w K-SADS-PL określano przekroczenie ustalonych punktów odcięcia dla poszczególnych zaburzeń.

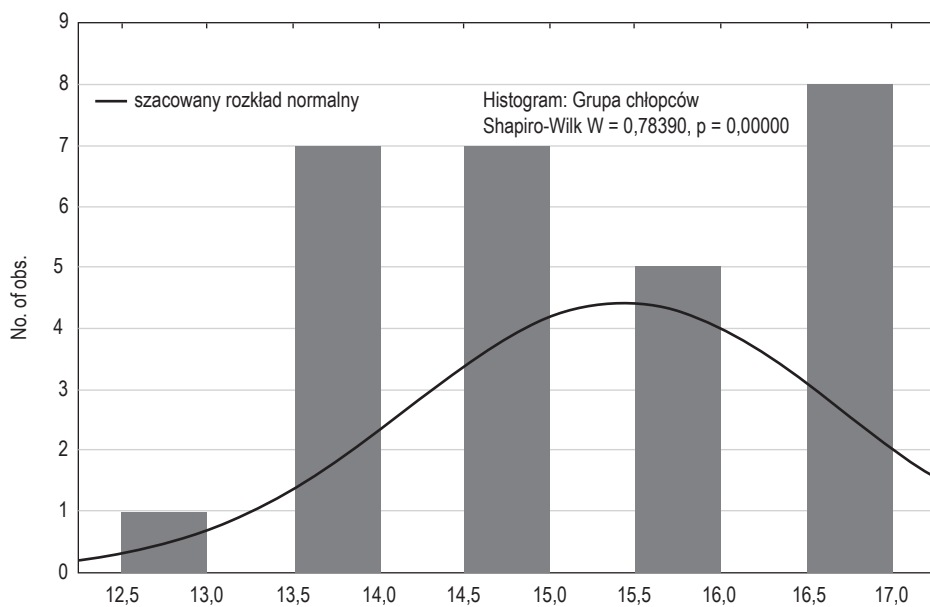
Wykonano test *U* Manna-Whitneya w celu określenia istotności statystycznej różnicy wieku między grupami. Wyniki przedstawiono w formie procentowego udziału występowania poszczególnych objawów u wychowanków MOW spełniających kryteria diagnostyczne DSM-5 [17].

Wyniki

Badane grupy różniły się istotnie pod względem wieku, co wykazano za pomocą nieparametrycznego testu *U* Manna-Whitneya. Zastosowanie testu nieparametrycznego wynikało z nienormalnego rozkładu danych, potwierdzonego wynikami testu Shapiro-Wilka. Analiza rozkładu wieku w obu grupach została przedstawiona na histogramach (rys. 1 i 2), a wartości statystyki Shapiro-Wilka ($p < 0,05$) wskazały na brak normalności rozkładów w obu przypadkach. Szczegółowe wyniki testu *U* Manna-Whitneya przedstawiono w tabeli.



Rysunek 1. Histogram wieku chłopców wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka, który wskazuje na istotne odchylenie od rozkładu normalnego ($p < 0,05$)



Rysunek 2. Histogram wieku dziewcząt oraz wynik testu Shapiro-Wilka, który wykazuje brak normalności rozkładu danych ($p < 0,05$)

Tabela. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla zmiennej wieku z podziałem według płci.
Istotność statystyczna testu na poziomie $p < 0,05$

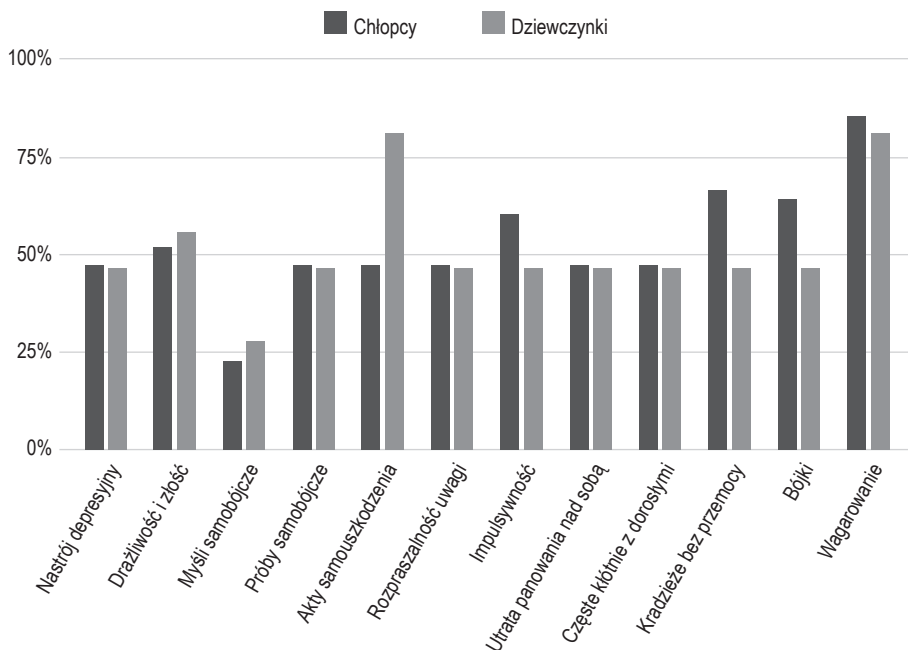
Zmienne	Test U Mann-Whitneya pogrupowany według płci Oznaczone na czerwono wyniki mają poziom istotności $p < 0,05$									
	Sumy rang Chłopcy	Sumy rang Dziewczynki	U	Z	p-value	Z – skorygowane	p-value	Valid N Chłopcy	Valid N Dziewczynki	2*1sided
Wiek	2274,500	651,5000	245,5000	4,587280	0,000004	4,961361	0,000001	48	32	0,000001

Wśród badanych osób 12,5% ($n = 10$) miało wcześniej zdiagnozowane zaburzenia psychiczne. W grupie tej znajdowało się 7 chłopców (1 z ZAD, 1 z zaburzeniem schizoafektywnym, 5 z zaburzeniami depresyjnymi) oraz 3 dziewczynki (2 z ZAD, 1 z zaburzeniami depresyjnymi). Mediana wieku dziewcząt wynosiła 15 lat (zakres 13–17), natomiast u chłopców 17 lat (zakres 15–18). Różnica ta była istotna statystycznie ($p = 0,000001$; $U = 245,5$; $Z = 4,587$).

Kryteria dużego epizodu depresji (MDD) spełniło 26,25% badanych, z czego 20,8% ($n = 10$) chłopców i 34,37% ($n = 11$) dziewcząt. Drażliwość była obecna u 19 z 21 osób spełniających kryteria MDD. Ponadto 20% osób z objawami depresji stosowało kanabinoły 3 razy w tygodniu.

Z kolei kryteria diagnostyczne ZAD były spełnione u 5% badanych, ADHD – u 3,75% (u 2 chłopców i 1 dziewczynki), a zaburzeń zachowania (CD) – u 52,5% osób, w tym 52% chłopców ($n = 25$) i 53% dziewcząt ($n = 17$). Co więcej, 13,75% osób z CD miało również objawy MDD. Częstość występowania zaburzeń opozycyjno-buntowniczych (ODD) w badanej grupie wyniosła 28,75%, z wyższym odsetkiem wśród dziewcząt (37,5%; $n = 12$) niż wśród chłopców (22,9%; $n = 11$). Spośród 23 osób spełniających kryteria ODD aż 73,91% ($n = 17$) zgłaszało drażliwy nastrój, a 52,17% ($n = 12$) miało także objawy MDD.

Do picia alkoholu co najmniej trzy razy w tygodniu przyznawało się 39% badanych, a 45% – do spożywania znacznych ilości alkoholu podczas epizodów picia. Marihuanę co najmniej raz w tygodniu stosowało 70% uczestników, a stymulanty – 56%. Próg problemowego użytkowania (tj. trzy razy w tygodniu lub więcej) przekroczyło 16% osób stosujących kanabinoidy, 24% używających stymulantów i 12% przyjmujących kokainę. Na rysunku 3 przedstawiono najczęściej występujące objawy wśród wychowanków obu płci.



Rysunek 3. Najczęściej występujące objawy u dziewcząt i chłopców przebywających w MOW

Omówienie wyników

Wśród badanych osób z MOW rozpowszechnienie objawów MDD wynosiło 26,25% i wydaje się ono częstsze niż w populacji ogólnej młodzieży, gdyż częstość występowania MDD w populacji do 18. roku życia w metaanalizie z 2021 roku oszacowano na 8% (95% CI: 0,02–0,13), natomiast częstość występowania MDD w ciągu całego życia – na 19% (95% CI: 0,12–0,26), przy czym częstość samodzielnie zgłaszanych jakichkolwiek objawów depresji u nastolatków w latach 2001–2020 wyniosła 34% (95% CI: 0,30–0,38) [18]. W innej metaanalizie ($n = 68\,382$) globalna częstość MDD u osób do 18. roku życia wyniosła 1,3% (95% CI: 0,7–2,3) [19]. W badaniu stanu zdrowia psychicznego i jego uwarunkowań EZOP II zaburzenia depresyjne w populacji polskiej w wieku 12–17 lat występowały u 3,96% dzieci i młodzieży. Częstość ta odnosi się do występowania tych zaburzeń kiedykolwiek w życiu [20]. Niepokojąca jest też częstość samookaleczeń i prób samobójczych odnotowana w naszym badaniu: 81% wychowanków i 31% wychowanek MOW samookaleczało się aktualnie lub w przeszłości, a próby samobójcze podjęło 7 dziewcząt i 4 chłopców. Dodatkowo wśród podopiecznych MOW często obserwowanym objawem była drażliwość, która nierzadko bywa symptomem zaburzeń afektywnych. Drażliwość co najmniej 3 razy w tygodniu przez co najmniej 3 godziny deklarowało 52% wychowanek i 78% wychowanek MOW. Może to być istotne w świetle wyników badania Stringarisa

i wsp. [21], jako że stwierdzono w nim, że choć u osób z MDD w wieku od 9 do 16 lat objaw drażliwości, któremu nie towarzyszy obniżony nastrój, występuje rzadziej niż objaw drażliwości towarzyszący obniżonemu nastrójowi, to dzieci i młodzież, u których oprócz obniżonego nastroju występuje drażliwość, są bardziej narażone na występowanie zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, a dziewczęta dodatkowo na występowanie zaburzeń zachowania. Trzeba też zaznaczyć, że drażliwość jest objawem niespecyficznym i może występować również w innych zaburzeniach psychicznych populacji pediatrycznej [21].

Wśród badanych osób rozpowszechnienie objawów ZAD wyniosło 5% i jest porównywalne do występowania tego zaburzenia w populacji osób 14–18 lat, gdzie szacuje się je na 2,9–6,7% [22]. Przy czym należy podkreślić, że brakuje osobnych kryteriów diagnostycznych ZAD dla dzieci i młodzieży, mimo często odmiennego obrazu klinicznego, w związku z tym młodzież w naszym badaniu została poddana takim samym kryteriom jak osoby dorosłe. Może to być przyczyną „niedodiagnozowania” ZAD wśród wychowanków MOW. Do tego depresja (częsta w badanej grupie – 21 osób) zwykle jest pierwszym epizodem ZAD, a epizody manii/hipomanii lub mieszane mogą pojawić się dużo później lub pozostać przez osoby ich doświadczające niezauważone. Szczególnie trudne jest zróżnicowanie w populacji pediatrycznej objawów manii/hipomanii od ADHD, choć w KSADS znajdowały się pytania o objawy różnicujące, np. czas trwania oraz obecne w manii, a nieobecne w ADHD, takie objawy, jak: gonitwa myśli, wzmożona samoocena i zmniejszona potrzeba snu [23].

Wśród podopiecznych MOW 3,75% miało objawy ADHD, co oznacza niższe rozpowszechnienie niż w populacji młodzieży w wieku 12–18 lat według metaanalizy Salariego i wsp. [24] obejmującej 53 badania, w której wynosiła 5,6%. W badaniu EZOP II częstość ADHD u młodzieży w wieku 12–17 lat wyniosła 2%. Objawy te oceniano na podstawie pytań dotyczących ostatnich 6 miesięcy [20]. W innym projekcie, w którym wzięło udział ponad 30 tysięcy badanych w wieku od 6 do 18 lat, częstość występowania ADHD wynosiła 4% i była zbliżona do wyników uzyskanych w naszym badaniu, z większą częstością wśród chłopców (5,2% vs. 2,7%), młodszych uczestników, mieszkańców miast i potomstwa matek, które w przeszłości były hospitalizowane psychiatrycznie. Okazało się także, że zaburzenia lękowe (37,9%), CD (31%) i ODD (26,1%) stanowiły najczęstszą grupę zaburzeń współistniejących z ADHD. Zaburzenia nastroju i zaburzenia lękowe były bardziej powszechne wśród dziewcząt z ADHD, ale CD występowały częściej u chłopców z ADHD [25]. W badaniu przeprowadzonym wśród podopiecznych MOW jeden z chłopców z ADHD spełniał także kryteria DSM-5 dla ZAD, ODD i CD, drugi – dla MDD i ODD, a jedna dziewczynka – dla CD i ODD.

W metaanalizie z 2021 roku porównano częstość występowania zaburzenia zachowania CD u dzieci i młodzieży do 18. roku życia w zależności od kwestionariusza użytego do diagnozy. CD zdiagnozowane na podstawie KSADS w 6 badaniach przeprowadzonych na grupie 46 899 osób pojawiły się z częstością 0,4% (0,2% kobiety i 0,5% mężczyźni) i były rzadziej diagnozowane niż z zastosowaniem innych narzędzi diagnostycznych, np. DAWBA (*Development and Well-Being Assessment*). Zaburzenia zachowania zdiagnozowane na podstawie samodzielnie wypełnionego kwestionariusza

SDQ *self report* (*The Strengths and Difficulties Questionnaire*) były dużo częstsze i wynosiły 16%. W populacji europejskiej, opierając się na 17 badaniach, stwierdzono, że częstość zaburzeń zachowania bez względu na wykorzystany kwestionariusz, wynosi 7% [26]. W badaniu EZOP II, w którym użyto kwestionariusza MINI Kid, częstość CD wyniosła 1,6%, a ODD 1,1% [20]. U młodzieży przebywającej w MOW CD – czego można się spodziewać, uwzględniając profil osób kierowanych do tych placówek przez sąd – są dużo częstsze (52,5%). W okresie rozwojowym zaburzenia te są zwykle poprzedzone ODD. Jednak nie u wszystkich osób z ODD rozwinię się CD, ale mogą rozwinąć się także zaburzenia depresyjne lub lękowe. Zarówno w ODD, jak i w CD występują problemy prowadzące do częstszego wchodzenia w konflikty. Występowanie ODD jest również połączone z nieprawidłową regulacją emocji, która nie jest obecna w CD. Ogólnie rzecz biorąc, dane na temat występowania ODD nie są jednoznaczne – najczęściej rozpoznaje się je u około 5% dzieci: u chłopców ich rozpowszechnienie wynosi 2–10%, u dziewcząt jest o połowę mniejsze [27]. Częstość zaburzeń opozycyjno-buntowniczych w Europie w populacji osób w wieku 5–18 lat obliczona na podstawie REPPR wyniosła 1,9% (95% CI: 1,0–3,7; I2 = 98,0,4%) [28]. Częstość występowania ODD jest znacznie wyższa u chłopców niż u dziewcząt w wieku 5–17 lat (RR = 1,59; 95% CI: 1,36–1,86; $p < 0,001$), a stosunek częstości występowania wśród mężczyzn do częstości występowania wśród kobiet wynosił 1,59:1 [29]. W naszym badaniu rozpowszechnienie było wyższe, ale u chłopców było niższe niż u dziewcząt.

Zastanawiającym zagadnieniem może być pytanie, dlaczego nie wszystkie osoby skierowane do MOW w badaniu spełniły kryteria CD lub ODD. Do MOW w Polsce z założenia trafiają osoby „niedostosowane społecznie”, zdemoralizowane. Jednak warto zaznaczyć, że w klasyfikacji DSM-5 oraz ICD-11 nie ma takiego rozpoznania, a zatem nie ma kryteriów diagnostycznych demoralizacji [1]. W związku z tym funkcjonowanie tych małoletnich jest zbliżone do osób z rozpoznaniem ODD czy CD, przy czym nie muszą oni spełniać ich kryteriów diagnostycznych.

Wśród 42 osób spełniających kryteria CD w naszym badaniu 11 uczestników (13,75%) spełniło także kryteria MDD. A wśród 4 osób ze spełnionymi kryteriami diagnostycznymi manii wszystkie spełniły również kryteria CD. Dzieci i młodzież z ODD często mają drażliwy nastrój, prezentują zachowania kłótlive i buntownicze, a bywa, że są to właśnie objawy ZAD w populacji pediatrycznej [22].

Problem z substancjami psychoaktywnymi takimi jak alkohol i narkotyki jest dużo większy wśród wychowanków MOW niż wśród populacji ogólnej. Jest to przejaw demoralizacji, a przez to powód kierowania młodzieży do MOW [13]. W naszym badaniu do spożywania alkoholu 3 razy w tygodniu lub częściej przyznało się 39% badanych, a do picia znacznych ilości podczas epizodu spożywania alkoholu 45% badanych. Dla porównania w badaniu J. i M. Sierosławskich [30] tylko 23% gimnazjalistów przyznało się do spożywania alkoholu, z czego 73% miało robić to rzadziej niż raz na tydzień. Natomiast w „Raporcie o stanie narkomanii” z 2020 roku w czasie całego życia nigdy nie przekroczyło progu nietrzeźwości 63% uczniów III klasy gimnazjum i 36% uczniów II klasy szkoły ponadgimnazjalnej [31]. Z tego samego „Raportu o stanie narkomanii” wynika, że problem z przyjmowaniem marihuany i substancji psychostymulujących

jest zdecydowanie większy w MOW niż w populacji ogólnej – w populacji ogólnej w Polsce 25% uczniów III klasy gimnazjum i 43% uczniów II klasy szkoły ponadgimnazjalnej paliło marihuanę, odpowiednio 5% i 7% brało amfetaminę.

Ograniczenia badania

Ograniczeniem badania jest niewątpliwie mała liczba przebadanych osób (podopieczni tylko dwóch MOW). W związku z tym warto rozszerzyć badanie o inne MOW na terenie Polski, a także o zakłady poprawcze. Nie udało się też przeprowadzić wywiadu z rodzicami w ramach K-SADS, który wykorzystywany jest również jako narzędzie do przeprowadzania osobnych wywiadów z opiekunami na temat możliwej psychopatologii u dzieci, szczególnie w wieku przedszkolnym [32]. K-SADS-PL to półstrukturyzowany kwestionariusz, na podstawie zawartych w nim pytań można postawić podejrzenie zaburzenia psychicznego zgodnie z kryteriami DSM-IV, w związku z czym wymaga on uaktualnienia względem nowych standardów DSM-5. Jako kwestionariusz przesiewowy jest czuły, dzięki czemu posiada odsetek wyników fałszywie ujemnych bliski zeru, lecz odsetek wyników fałszywie dodatnich szacuje się na mniej więcej 26,2% [33].

Badanie mogłoby być dokładniejsze, gdyby opierało się na pełnej ocenie stanu psychiatrycznego dokonanej przez specjalistów psychiatrów dzieci i młodzieży. Wtedy też można byłoby postawić diagnozy. Aby zapewnić maksymalną obiektywność, wywiady mogłyby być nagrywane, a nagrania wymieniane między oceniającymi, tak jak się to odbywało w jednym z badań oceniających skuteczność kwestionariusza K-SADS [34]. W naszym projekcie brano pod uwagę kwestionariusze dotyczące manii, depresji, zaburzeń zachowania, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych oraz uzależnień od substancji psychoaktywnych, w przyszłości można by rozszerzyć tę pulę o kwestionariusze dotyczące zaburzeń lękowych i psychotycznych.

Ponadto duża liczba pytań zawarta w kwestionariuszu czasami powodowała u wychowanków zmęczenie, które mogło mieć wpływ na uzyskane wyniki. Projektując pracę, rozważano zastosowanie skali *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ) – nie ma ona jednak polskiej wersji. Niemniej przyszłe badania mogłyby wykorzystać skalę MDQ lub CBCL. W tej populacji należy również lepiej różnicować ZAD z ADHD, ponieważ cechy w K-SADS-PL takie jak nadpobudliwość, impulsywność i problemy ze skupieniem się i/lub nauką nie różnicują tych grup [35].

W naszym badaniu nie brały udziału osoby z niepełnosprawnością intelektualną. K-SADS przeprowadzany jest przy założeniu, że dziecko ma odpowiedni poziom rozwoju poznawczego, by móc zrozumieć pytania i udzielać wiarygodnych odpowiedzi. Warto wziąć to pod uwagę, szczególnie w świetle informacji, że występowanie niepełnosprawności intelektualnej, najczęściej lekkiej, jest częste w psychiatrycznych oddziałach sądowych dla nieletnich.

Wnioski

Badania nad zdrowiem psychicznym młodzieży w MOW w Polsce ujawniają alarmująco wysoki odsetek wychowanków z zaburzeniami depresyjnymi, co wymaga szczególnej uwagi oraz działań profilaktycznych. Wysoka częstość występowania tych zaburzeń może wpływać negatywnie na funkcjonowanie wychowanków oraz ich rokowanie. Ponadto istnieje znaczna współchorobowość między zaburzeniami depresyjnymi a zaburzeniami zachowania. Młodzież z depresją często przejawia większe tendencje do agresji i impulsywności, dlatego konieczne jest uwzględnienie obecności zaburzeń psychicznych i ich leczenia u osób, wobec których stosowane są środki wychowawcze oraz poprawcze.

Poważne wyzwanie stanowi także problem stosowania substancji psychoaktywnych przez młodzież w MOW. Często jest to reakcja na trudności emocjonalne, sytuacje kryzysowe, z którymi borykają się wychowankowie, jak również forma „samoleczenia” różnych zaburzeń psychicznych. W programach terapeutycznych istotne jest uwzględnienie problemu uzależnienia czy szkodliwego używania substancji psychoaktywnych, a podopieczni MOW wymagają wsparcia psychologicznego oraz interwencji mających na celu redukcję używania substancji. W związku z tym niezbędne jest wdrożenie programów terapeutycznych integrujących pomoc psychologiczną, wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego oraz edukację na temat substancji psychoaktywnych.

Ważne, aby personel MOW był odpowiednio przeszkolony w rozpoznawaniu i reagowaniu na objawy zaburzeń psychicznych, co pozwoli na zapewnienie młodzieży adekwatnego wsparcia i pomocy w procesie resocjalizacji.

Podsumowując, zalecane są dalsze badania nad zdrowiem psychicznym wychowanków MOW, by wypracować lepsze i bardziej kompleksowe interwencje mające na celu uzyskanie korzystnych zmian w zachowaniu nieletnich oraz przeciwdziałanie ich demoralizacji.

Piśmiennictwo

1. Dobijański MJ, Kamiński A. *Niedostosowanie społeczne nieletnich profilaktyka i resocjalizacja*. Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach; 2020. <https://bazawiedzy.uph.edu.pl/info/book/UPHf14efde8b6714e0b8e8d38ec74c6d216?r=publication&ps=100&tab=&title=Publikacja%2B%25E2%2580%2593%2BNiedostosowanie%2Bspo%25C5%2582eczne%2Bnieletnich%2Bprofilaktyka%2Bi%2Bresocjalizacja%2B%25E2%2580%2593%2BUniwersyte%2Bw%2BSiedlcach&lang=pl> (dostęp: 29.04.2024).
2. Ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich.
3. *System Kierowania – Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze – Ośrodek Rozwoju Edukacji*. <https://www.ore.edu.pl/2017/10/system-kierowania-mlodziezowe-osrodki-wychowawcze/> (dostęp: 29.04.2024).
4. Beaudry G, Yu R, Långström N, Fazel S. *An updated systematic review and meta-regression analysis: Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2021; 60(1): 46–60.

5. Ruchkin V, Stickley A, Kuposov R, Sukhodolsky DG, Isaksson J. *Depressive symptoms and anger and aggression in Russian adolescents*. Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health 2023; 17: 130.
6. Hawkins JD, Herrenkohl T, Farrington DP, Brewer D, Catalano RF, Harachi TW. *A review of predictors of youth violence*. W: Loeber R, Farrington DP. red. *Serious & violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.; 1998. S. 106–146.
7. Baggio S, Fructuoso A, Guimaraes M, Fois E, Golay D, Heller P i wsp. *Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in detention settings: A Systematic review and meta-analysis*. Front. Psychiatry 2018; 9: 331. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2018.00331/full>.
8. Ginsberg Y, Hirvikoski T, Lindefors N. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder*. BMC Psychiatry 2010; 10: 112.
9. Stoddard-Dare P, Mallett CA, Boitel C. *Association between mental health disorders and juveniles' detention for a personal crime*. Child Adolesc. Ment. Health 2011; 16(4): 208–213.
10. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. *Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: Prevalence, phenomenology, comorbidity, and course*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995; 34(4): 454–463.
11. Pliszka SR, Sherman JO, Barrow MV, Irick S. *Affective disorder in juvenile offenders: A preliminary study*. Am. J. Psychiatry 2000; 157(1): 130–132.
12. Pałuch M. *Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych w 2020 roku. Wyniki badania ankietowego*. 2021.
13. Kamiński A. *Stosowanie substancji psychoaktywnych przez podopiecznych młodzieżowych ośrodków wychowawczych*. W: Kamiński A, Dobijański M. red. *Uzależnienia jako wyzwanie dla współczesnego pedagoga resocjalizacyjnego*. Warszawa: Ośrodek Wydawniczo-Poligraficzny SIM; 2018. S. 35–46.
14. *Funkcjonowanie młodzieżowych ośrodków wychowawczych – Najwyższa Izba Kontroli*. <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/21/093/LWA/> (dostęp: 29.04.2024).
15. *Działalność resocjalizacyjna młodzieżowych ośrodków wychowawczych – Najwyższa Izba Kontroli*. <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/17/099/LPO/> (dostęp: 29.04.2024).
16. Kaufman J, Birmaher B, Brent DA, Ryan ND, Rao U. *K-SADS-PL*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2000; 39(10): 1208.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed*. American Psychiatric Association Publishing; 2022.
18. Shorey S, Ng ED, Wong CHJ. *Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis*. Br. J. Clin. Psychol. 2022; 61(2): 287–305.
19. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. *Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents*. J. Child Psychol. Psychiatry 2015; 56(3): 345–365.
20. Moskaiewicz J, Wciórka J. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań –EZOP II”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2021.
21. Stringaris A, Maughan B, Copeland WS, Costello EJ, Angold A. *Irritable mood as a symptom of depression in youth: Prevalence, developmental, and clinical correlates in the Great Smoky Mountains Study*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2013; 52(8): 831–840.

22. Cichoń L, Janas-Kozik M, Siwiec A, Rybakowski JK. *Obraz kliniczny i leczenie choroby afektywnej dwubiegunowej u dzieci i młodzieży*. Psychiatr. Pol. 2020; 54(1): 35–50.
23. Bień MP, Adamczewska KA, Wilczyński KM, Cichoń L, Jelonek I, Janas-Kozik M. *Correlation between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder in children and adolescents: Systematic review*. Psychiatr. Pol. 2023; 57(2): 375–394.
24. Salari N, Rasoulpoor S, Rasoulpoor S, Shohaimi S, Jafarpour S, Abdoli N i wsp. *The global prevalence of autism spectrum disorder: A comprehensive systematic review and meta-analysis*. Ital. J. Pediatr. 2022; 48(1): 112.
25. Mohammadi M-R, Zarafshan H, Khaleghi A, Ahmadi N, Hooshyari Z, Mostafavi S-A i wsp. *Prevalence of ADHD and its comorbidities in a population-based sample*. J. Atten. Disord. 2021; 25(8): 1058–1067.
26. Mohammadi M-R, Salmanian M, Keshavarzi Z. *The global prevalence of conduct disorder: A systematic review and meta-analysis*. Iran J. Psychiatry 2021; 16(2): 205–225.
27. Janas-Kozik M, Wolańczyk T. *Psychiatria dzieci i młodzieży*, wyd. 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2021.
28. Sacco R, Camilleri N, Eberhardt J, Umla-Runge K, Newbury-Birch D. *A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2024; 33(9): 2877–2894.
29. Demmer DH, Hooley M, Sheen J, McGillivray JA, Lum JAG. *Sex differences in the prevalence of oppositional defiant disorder during middle childhood: A meta-analysis*. J. Abnorm. Child Psychol. 2017; 45(2): 313–325.
30. Sierosławski J, Sierosławski M. *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną*. Kraków: Pracownia Badań i Inicjatyw Społecznych; 2019.
31. Malczewski A, Jabłoński P. *Raport o stanie narkomanii w Polsce opublikowany przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii*. Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii; 2020. <https://www.kbpn.gov.pl/>.
32. Birmaher B, Ehmann M, Axelson DA, Goldstein BI, Monk K, Kalas C i wsp. *Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children – A preliminary psychometric study*. J. Psychiatr. Res. 2009; 43(7): 680–686.
33. Rucklidge J. *How good are the ADHD screening items of the K-SADS-PL at identifying adolescents with and without ADHD?* J. Atten. Disord. 2008; 11(4): 423–424.
34. Peña de la FR, Villavicencio LR, Palacio JD, Félix FJ, Larraguibel M, Viola L i wsp. *Validity and reliability of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia present and lifetime version DSM-5 (K-SADS-PL-5) Spanish version*. BMC Psychiatry 2018; 18(1): 193.
35. Marangoni C, De Chiara L, Faedda GL. *Bipolar disorder and ADHD: Comorbidity and diagnostic distinctions*. Curr. Psychiatry Rep. 2015; 17(8): 604.

Autor korespondencyjny: Karolina Zofia Kamińska
e-mail: karolina.kaminska311@gmail.com