

Magdalena Uzar<sup>1</sup>, Ewa Guśtak<sup>1</sup>, Feliks Matusiak<sup>2</sup>, Elżbieta Borys<sup>1</sup>

## Changes in the clinical picture of conduct disorders in adolescents hospitalised for mental health reasons in 1990–2015. A comparative study

Zmiany obrazu klinicznego zaburzeń zachowania u adolescentów hospitalizowanych psychiatrycznie w latach 1990–2015. Praca porównawcza

<sup>1</sup>Students Scientific Group of Developmental Psychiatry, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland

<sup>2</sup>Laboratory of Psychology and Systemic Psychotherapy, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland

Correspondence: Feliks Matusiak, Kopernika 21a, 31-501 Krakow, Poland, tel.: +48 602 223 875, e-mail: feliks.matusiak@uj.edu.pl

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe Psychiatrii Wieku Rozwojowego, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków, Polska

<sup>2</sup>Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków, Polska

Adres do korespondencji: Feliks Matusiak, ul. Kopernika 21a, 31-501 Kraków, tel.: +48 602 223 875, e-mail: feliks.matusiak@uj.edu.pl

### Abstract

**Aim:** The study has been aimed at comparing the group of patients diagnosed with conduct disorders hospitalised at the Department of Adolescent Psychiatry of the University Hospital in Krakow in the period of 1990–1991 with the corresponding group of patients hospitalised in the period of 2014–2015, in terms of the clinical picture, family status and the frequency and characteristics of their hospital stays. **Material and method:** The medical records of patients hospitalised in the period of 1990–1991 and 2014–2015 diagnosed with conduct disorders were used as the research material. The records were analysed in terms of the demographic and hospitalisation data, the patients' care status, their exposure to abuse as well as selected symptoms related to conduct disorders in adolescents. **Results:** The obtained results have demonstrated the number of hospital admissions due to conduct disorders to have increased over three times over the period analysed. Also, the medical records covering the period of 2014–2015 showed a statistically significant greater number of patients with an unstable care status, greater prevalence of suicidal attempts and greater prevalence of self-harming behaviours compared to the medical records covering the period of 1990–1991. **Conclusions:** The observed increased frequency of hospital admissions of adolescents with conduct disorders may be associated with the increased prevalence of impulsive self-destructive behaviours such as self-harm and suicidal attempts in this population. The decline in care stability (despite the lack of clarity concerning the extent and the nature of this phenomenon in a wider population) and the associated decreased efficiency of the care system in the case of a crisis such as exacerbating impulsive self-destructive behaviour in adolescents create circumstances in which interventional psychiatric hospitalisation becomes inevitable. In light of the obtained results and the preliminary hypotheses regarding their causes, an additional question arises regarding the efficiency and availability of outpatient mental health care, auxiliary mental health services for patients from the studied population and their families, who should be considered the forefront of the possible and necessary therapeutic measures to be taken.

**Keywords:** adolescent psychiatry, conduct disorder, deliberate self-harm, hospitalisation

### Streszczenie

**Cel:** Celem pracy było porównanie grupy pacjentów z rozpoznaniem z kręgu zaburzeń zachowania i emocji hospitalizowanych na oddziale psychiatrii dla młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 1990–1991 z grupą hospitalizowaną w latach 2014–2015 pod kątem obrazu klinicznego, sytuacji opiekuńczej, a także częstości i cech hospitalizacji. **Materiał i metoda:** Materiał badawczy stanowiły historie chorób pacjentów hospitalizowanych w latach 1990–1991 i 2014–2015 z rozpoznaniem z kręgu zaburzeń zachowania i emocji. Dokumentację przeanalizowano pod kątem danych demograficznych, danych dotyczących hospitalizacji, sytuacji opiekuńczej, narażenia na przemoc, jak również wybranych objawów typowych dla zaburzeń zachowania i emocji w okresie adolescencji. **Wyniki:** Uzyskane wyniki wskazują na ponad trzykrotny wzrost liczby hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem z kręgu zaburzeń zachowania i emocji w analizowanym okresie. Ponadto w latach 2014–2015 odnotowano istotnie statystycznie większą niestabilność sytuacji opiekuńczej pacjentów, większą liczbę prób samobójczych i większą liczbę samookaleczeń w porównaniu z latami 1990–1991. **Wnioski:** Wydaje się, że zaobserwowany wzrost częstości hospitalizacji adolescentów z zaburzeniami zachowania i emocji może się wiązać

ze wzrostem częstości występowania impulsywnych zachowań autoagresywnych w postaci samookaleczeń i prób samobójczych u pacjentów z tej grupy. Pogorszenie stabilności sytuacji opiekuńczej (mimo niejasności co do skali i natury zjawiska w szerszej populacji) oraz związana z tym mniejsza wydolność systemów opiekuńczych w przypadku kryzysu, jakim jest narastanie impulsywnych zachowań autoagresywnych u młodzieży, stanowią kontekst, w którym interwencyjna hospitalizacja psychiatryczna okazuje się koniecznością. W świetle uzyskanych wyników i wstępnie tłumaczących je hipotez powstaje dodatkowe pytanie o wydolność i organizację psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, służb pomocowych opiekujących się badaną grupą pacjentów oraz ich rodzin, które stanowią „pierwszą linię” możliwych oddziaływań terapeutycznych.

**Słowa kluczowe:** psychiatria młodzieży, zaburzenia zachowania, celowe samouszkodzenia, hospitalizacja

## INTRODUCTION

Conduct disorders in adolescents are becoming increasingly challenging for doctors and psychologists working with this age group as well as other specialists belonging to the broadly-understood institutional social, residential and educational care system, including counsellors, teachers, educators, social officers and workers and family court judges. To achieve remission of symptoms in an affected adolescent, a wide range of interventions is typically necessary, including, apart from therapy (whether individual, family or group-based) as such, also measures aimed at the stabilisation of the adolescent's care status or the support of care delivery through the supervision of a court-appointed social officer or temporary stay at a trained foster careers (Calin *et al.*, 2014) or, what is more typical for Polish context, youth sociotherapy centre or youth residential and education centre.

The clinical practice and observations of specialists involved professionally with the mental health care for children and adolescents seem to confirm the rising numbers of adolescents presenting with symptoms from the broad spectrum of conduct disorders. Based on a review of literature concerning the prevalence of conduct disorders in adolescents, it may be stated that relatively little attention has been paid to how it has changed over years. In the “Studia BAS” (2014) (*Health of Children and Adolescents. Selected Issues*) in the section devoted to mental health cited the data of the Statistics Poland (Główny Urząd Statystyczny) from 2009. Despite the overall improvement of paediatric and adolescent health in Poland, a trend for increasing prevalence of mental diseases and disorders in children and adolescents was noted in the period of 2006–2008 (Tabak, 2014). In 2008, the largest group of patients aged 0–18 years old covered by outpatient psychiatric care (outpatient mental health clinics, outpatient addiction treatment clinics) were individuals diagnosed with conduct disorders, at 587.6 per every 100,000 patients. Conduct disorders were also the most common diagnosis in patients hospitalised for mental problems in that age group, at 44.6 per every 100,000 patients, followed by hospital admissions due to the use of psychoactive substances, at 19.8 per every 100,000 (Tabak, 2014). The “Bulletin of the Ombudsman for Citizen Rights” of 2008, devoted to the health of children and adolescents,

## WSTĘP

Zaburzenia zachowania u nastolatków stanowią coraz większe wyzwanie dla lekarzy i psychologów zajmujących się dziećmi i młodzieżą, jak również dla innych specjalistów należących do szeroko rozumianego zinstytucjonalizowanego systemu opiekuńczo-wychowawczego: wychowawców, pedagogów, nauczycieli, pracowników socjalnych, kuratorów społecznych i zawodowych czy sędziów rodzinnych. Do uzyskania poprawy objawowej u adolescenta konieczny jest zazwyczaj dość szeroki zakres interwencji, obejmujący poza oddziaływaniami stricte terapeutycznymi (indywidualnymi, rodzinnymi, grupowymi) także te ukierunkowane na stabilizację sytuacji opiekuńczej albo wsparcie procesu wychowawczego przez nadzór kuratora lub czasowy pobyt w przeszkolonych rodzinach zastępczych (Calin *et al.*, 2014) lub, co bardziej typowe w polskich warunkach, młodzieżowych ośrodkach socjoterapeutycznych (MOS) czy młodzieżowych ośrodkach wychowawczych (MOW).

Doświadczenia kliniczne i obserwacje osób związanych zawodowo z psychiatrią dzieci i młodzieży zdają się potwierdzać wzrost liczby adolescentów prezentujących objawy z szerokiego kręgu zaburzeń zachowania. Na podstawie przeglądu literatury dotyczącej epidemiologii zaburzeń zachowania u nastolatków można stwierdzić, iż stosunkowo mało uwagi poświęcono jej zmianom w czasie. W „Studiach BAS” z 2014 roku (*Zdrowie dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia*) w części poświęconej zdrowiu psychicznemu przytoczone zostały dane Głównego Urzędu Statystycznego z roku 2009. Mimo poprawy ogólnego zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce zwrócono uwagę na zaobserwowaną w latach 2006–2008 tendencję wzrostową występowania chorób i zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży (Tabak, 2014). W 2008 roku najliczniejszą grupę pacjentów w wieku 0–18 lat w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej (poradnie zdrowia psychicznego, poradnie leczenia uzależnień) stanowiły osoby z zaburzeniami zachowania i emocji – 587,6 na 100 tys. Zaburzenia zachowania i emocji stanowiły także najczęstsze rozpoznanie u osób hospitalizowanych psychiatrycznie w tej grupie wiekowej – 44,6 na 100 tys. Na drugim miejscu znalazły się zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych – 19,8 na 100 tys. (Tabak, 2014). W „Biuletynie Rzecznika Praw

compared data from 2000 and 2005 (Szyborski, 2008). In the analysed population (0–19 years old), the number of patients treated at inpatient psychiatric facilities increased from 102/100,000 in 2000 to 115.3/100,000 in 2005. Interestingly, in that period the number of hospital psychiatry departments for children and adolescents went down from 39 to 36, reducing the number of available hospital beds from 1,084 to 1,012 (a decline by 6.6%) (Szyborski, 2008). Both in 2000 and in 2005, the largest group of patients hospitalised for mental health issues were individuals diagnosed with conduct disorders, followed by patients with substance use disorders. It is worth noting that the increase in the number of hospital admissions was related solely to the group of patients diagnosed with conduct disorders, rising from 25.1/100,000 in 2000 to 44.9/100,000 in 2005 (Szyborski, 2008).

Publications cite reports from the cyclical ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) and HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) studies, which lend valuable insight, helpful in identifying the changes in the clinical picture of conduct disorders having taken place over the recent years. According to the reports, an overall decline in tobacco use occurred in the period of 1990–2010, along with changes in the pattern of alcohol drinking (with drinking in small amounts becoming less frequent, as opposed to getting drunk becoming more frequent), a slight increase in marijuana use and a lower prevalence of violence (Dzielska and Kowalewska, 2014). The changes, however, were not linear. After the period of political transformation in Poland, a rapid increase in the use of alcohol and tobacco was observed, with the upward trend inhibited after 2004, following Poland's accession into the European Union. In the case of drugs, on the other hand, the trend increased (Dudek et al., 2015). Also, the growing popularity of new psychoactive substances (NPS) has been a cause for major concern. In a 2010 study investigating the population of Przemysł-based adolescents, 22% of secondary school students reported NPS use (Motyka, 2013). In another study examining the population of 13–16-year-olds in 2014, 19% of lower secondary (*gimnazjum*) students from the Silesian Voivodeship reported having taken NPS (Patyk et al., 2013). A similar study, conducted in 2010–2011 also in the Silesian Voivodeship, covering a total of 928 students aged 16–18 years old, 40.7% of the respondents reported having experimented with THC (tetrahydrocannabinol) derivatives and 21.8% – with NPS (Muszyńska-Graca et al., 2012). Another increasingly common problem, reported in the literature and observed in day-to-day clinical practice, is the increasing prevalence of medicine misuse, including over-the-counter as well as prescription preparations used to “get high” (Motyka and Marcinkowski, 2014; Świątkiewicz, 2005).

Similarly, the prevalence of deliberate self-harm has been on the rise, and it is a common element of the clinical picture of conduct disorders in adolescence. A 2010 survey conducted in a population of 1,448 Łódź-based teenagers

Obywatelskich” z 2008 roku poświęconym zdrowiu dzieci i młodzieży przedstawiono dane porównawcze z lat 2000 i 2005 (Szyborski, 2008). W analizowanej populacji (0–19 lat) odnotowano wzrost liczby pacjentów leczonych w placówkach całodobowych ze 102 na 100 tys. w roku 2000 do 115,3 na 100 tys. w 2005. Co ciekawe, w okresie tym zmniejszyła się z 39 do 36 liczba oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, co skutkowało redukcją liczby łóżek z 1084 do 1012 (spadek o 6,6%) (Szyborski, 2008). Zarówno w roku 2000, jak i 2005 najliczniejszą grupę hospitalizowanych stanowiły osoby z rozpoznaniem zaburzeń zachowania i emocji, a w drugiej kolejności – z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych. Co warto odnotowania, wzrost liczby hospitalizowanych pacjentów dotyczył w zasadzie tylko grupy z rozpoznaniem zaburzeń zachowania i emocji – z 25,1 na 100 tys. w roku 2000 do 44,9 na 100 tys. w 2005 (Szyborski, 2008).

W próbach opisanie zmian w obrazie klinicznym zaburzeń zachowania i emocji na przestrzeni ostatnich lat cenną pomocą są cytowane w publikacjach raporty z cyklicznych badań ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) oraz HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children). Informują one o ogólnym spadku używania tytoniu w latach 1990–2010, zmianach w stylu spożywania alkoholu (rzadsze picie w małych ilościach, a zarazem częstsze upijanie się), niewielkim wzroście używania marihuany i zmniejszeniu rozpowszechnienia przemocy (Dzielska i Kowalewska, 2014). Zmiany te nie były jednak liniowe. Po okresie transformacji ustrojowej w Polsce obserwowano gwałtowny wzrost spożycia alkoholu i tytoniu, natomiast od 2004 roku, po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej, tendencja wzrostowa została zahamowana. W przypadku narkotyków trend wzrostowy uległ wzmocnieniu (Dudek et al., 2015). Niepokojący jest także wzrost popularności nowych substancji psychoaktywnych (NSP) – „dopalaczy”. W badaniach dotyczących przemysłowej młodzieży z 2010 roku 22% uczniów szkół średnich potwierdziło zażywanie NSP (Motyka, 2013). W badaniach na temat osób w wieku 13–16 lat z 2013 roku 19% ankietowanych gimnazjalistów z województwa śląskiego deklaroowało bliski kontakt z substancjami psychoaktywnymi (Patyk et al., 2013). W podobnych badaniach, również z województwa śląskiego, realizowanych w latach 2010–2011 na próbie 928 uczniów (wiek 16–18 lat), 40,7% respondentów potwierdziło kontakt z pochodnymi THC (tetrahydrokannabinol), a 21,8% – z NSP (Muszyńska-Graca et al., 2012). Kolejnym przybierającym na sile zjawiskiem, opisywanym w literaturze i widocznym w praktyce klinicznej, jest częstsze zażywanie leków – tych dostępnych na receptę i tych bez recepty – w celu odurzenia się (Motyka i Marcinkowski, 2014; Świątkiewicz, 2005). Podobnie niepokojące zmiany wiążą się z narastaniem częstości rozmyślnych samouszkodzeń, które są powszechnie występującym elementem obrazu klinicznego zaburzeń zachowania i emocji w okresie adolescencji. Badania kwestionariuszowe przeprowadzone w 2010 roku w populacji 1448 łódzkich nastolatków w wieku 12–19 lat wykazały, że 19,5%

aged 12–19 years old demonstrated 19.5% of the respondents to inflict deliberate self-harm without suicidal intentions (Gmitrowicz *et al.*, 2014). In a study conducted in Białystok in 2013, covering a total of 2,220 respondents aged 12–19 years old, the authors found the prevalence of self-harming behaviours to be 8.3% (with over five self-destructive behaviours per year reported by 4.8%). The analysis of the prevalence of self-harming behaviours in given age groups found it to be the highest among 15-year-olds, at 14.75% (with 8.1% respondents from this age group reporting over five self-destructive behaviours per year) (Kądziała-Olech *et al.*, 2015). In a study published in 2016, covering a sample of 5,685 adolescents aged 16–19 years old from the Lublin Voivodeship, 14% of the respondents reported self-harming behaviours (Pawłowska *et al.*, 2016).

A multicentre study on risk- and direct self-injurious behaviours (D-SIB) among adolescents (mean age: 14.9 years old), commissioned by the European Union and executed within the framework of the SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) programme in the years of 2009–2010, covering 11 European countries (Poland was not included), demonstrated the prevalence of occasional D-SIB at the level of 19.7% and repetitive D-SIB – at 7.8%. Considerable differences were observed depending on the country, with the prevalence ranging from 17.1% to 38.6%. The highest prevalence was noted in Estonia, France, Germany and Israel, whilst the lowest – in Ireland, Italy and Hungary (Brunner *et al.*, 2014). A study by Warzocha *et al.* (2008), conducted among the patients of the Department of Adolescent Psychiatry in Łódź showed an almost two-fold increase in the prevalence of self-harming behaviours in the analysed population between 2004 and 2005–2006.

The epidemiological data cited above, even though not directly related to the population of adolescents diagnosed with conduct disorders, lend insight as to the changes in the prevalence of the problem behaviours commonly present in the clinical picture of these disorders.

The aim of this study has been to identify the differences in clinical picture, care status as well as the frequency and other variables related to hospital admissions between the groups of patients admitted into the Department of Adolescent Psychiatry due to a diagnosis of conduct disorders in the years of 1990–1991 vs. 2014–2015.

## MATERIAL AND METHOD

The studied group comprised all patients admitted into the inpatient Department of Child and Adolescent Psychiatry of the University Hospital in Krakow with a diagnosis of conduct and related disorders (F90–F98) in the years of 1990–1991 and 2014–2015 (1 January to 31 December). More detailed characteristics of the populations in question, as the findings of our study, have been specified in the Results section below.

The medical records of patients from the designated periods were analysed in respect of selected symptoms, care status

badanych dokonywało rozmyślnych samouszkodzeń bez intencji samobójczej (Gmitrowicz *et al.*, 2014). W białostockich badaniach z roku 2013 z udziałem 2220 osób w wieku 12–19 lat autorzy uzyskali wyniki wskazujące na rozpowszechnienie samouszkodzeń na poziomie 8,3% (ponad pięć zachowań autoagresywnych w roku: 4,8%). Analiza częstości występowania samouszkodzeń w poszczególnych grupach wiekowych wykazała największe rozpowszechnienie zjawiska wśród 15-latków: 14,75% (ponad pięć zachowań autoagresywnych w roku: 8,1%) (Kądziała-Olech *et al.*, 2015). W opublikowanym w 2016 roku badaniu z udziałem 5685 osób w wieku 16–19 lat z województwa lubelskiego 14% respondentów potwierdziło dokonywanie samouszkodzeń (Pawłowska *et al.*, 2016).

Zlecone przez Unię Europejską wielośrodkowe badania na temat zachowań ryzykownych i autoagresywnych wśród nastolatków (średnia wieku: 14,9 roku), realizowane w ramach programu SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) w latach 2009–2010 i obejmujące 11 europejskich krajów (poza Polską), wykazały rozpowszechnienie samouszkodzeń okazjonalnych na poziomie 19,7% i powtarzalnych na poziomie 7,8%. Zaobserwowano duże wahania w zależności od kraju – od 17,1% do 38,6%. Największą częstość samouszkodzeń odnotowano w Estonii, Francji, Niemczech czy Izraelu, najmniejszą zaś – w Irlandii i Włoszech oraz na Węgrzech (Brunner *et al.*, 2014). Badania Warzocha i wsp. (2008) dotyczące pacjentów młodzieżowego oddziału psychiatrii w Łodzi wykazały prawie dwukrotny wzrost częstości samouszkodzeń w analizowanej grupie między rokiem 2004 a latami 2005–2006. Przyniesione wyżej dane epidemiologiczne, choć nie odnoszą się bezpośrednio do populacji adolescentów z rozpoznaniem zaburzeń zachowania i emocji, dostarczają informacji o zmianach rozpowszechnienia zachowań problemowych, które stanowią istotny i często spotykany element obrazu klinicznego tych zaburzeń.

Celem prezentowanego badania było określenie różnic w zakresie obrazu klinicznego, sytuacji opiekuńczej oraz częstości i cech hospitalizacji między pacjentami młodzieżowego oddziału psychiatrii z rozpoznaniem zaburzeń zachowania i emocji hospitalizowanymi w latach 1990–1991 i 2014–2015.

## MATERIAŁ I METODA

Do badanych grup włączono wszystkich pacjentów przyjętych na stacjonarny oddział psychiatrii Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie z rozpoznaniem zaburzeń zachowania i emocji (i zaburzeń pokrewnych: F90–F98) w pełnych latach 1990–1991 oraz 2014–2015 (od 1 stycznia do 31 grudnia). Z uwagi na charakter niniejszej pracy dokładniejszy opis grup – stanowiący częściowy rezultat opisywanych badań – znajduje się w sekcji poświęconej wynikom.

Badanie polegało na analizie dokumentacji medycznej pacjentów pod kątem wybranych objawów, sytuacji rodzinnej, danych dotyczących hospitalizacji. Szczegółowy opis

and hospitalisation data. Detailed information regarding the studied variables has been presented in the tables below. The information was categorised to obtain a number of ordinal variables. Continuous data were presented as the median value due to their non-normal distribution.

The normality of distribution was tested with the Shapiro–Wilk test. A correlation between two qualitative variables was assessed with the chi-square test or Fisher’s exact test when the expected values were too small (<5). Due to the non-normal distribution, the mean values of the ordinal and continuous variables were compared with the Mann–Whitney *U* test.

## RESULTS

Tables show the detailed results of the analysis. Even though the aim of the study was to identify the differences between the analysed groups, all findings have been presented, including those statistically non-significant. This is to address the above-mentioned scarcity of epidemiological data concerning the population in question, with the information collected in this study potentially being a valuable source of information in this respect for other researchers.

Tab. 1 shows hospitalisation data for the compared periods. The three-fold increase in the number of hospital admissions due to a diagnosis of conduct disorders in the years 2014–2015 vs. 1990–1991 and the overall greater number

uwzględnionych zmiennych zamieszczono w tabelach. Uzyskane informacje skategoryzowano, otrzymano szereg zmiennych porządkowych. Dane ciągle przedstawiono za pomocą wartości mediany – ze względu na brak zgodności ich rozkładów z rozkładem normalnym.

Zgodność rozkładu cechy z rozkładem normalnym weryfikowano za pomocą testu Shapiro–Wilka. Związek dwóch cech jakościowych oceniano na podstawie testu chi-kwadrat lub dokładnego testu Fishera – w przypadku zbyt małych wartości oczekiwanych (<5). W związku z brakiem zgodności rozkładu z rozkładem normalnym przeciętne wartości cech mierzonych na skali porządkowej i skali ciągłej porównano za pomocą testu Manna–Whitneya.

## WYNIKI

Szczegółowe wyniki analiz zostały zaprezentowane w tabelach. Jakkolwiek celem badania było poszukiwanie różnic między analizowanymi grupami, autorzy zdecydowali się na przedstawienie całości wyników, również tych nieistotnych statystycznie. Wynika to ze wspomnianego wcześniej niedostatku danych epidemiologicznych dotyczących omawianej populacji – informacje zebrane na potrzeby niniejszego opracowania mogą stanowić cenne ich źródło. W tab. 1 zawarto porównanie zmiennych związanych z hospitalizacją. Uwagę zwracają trzykrotny wzrost liczby hospitalizowanych pacjentów z rozpoznaniem z kręgu

|   | Variables<br><i>Zmienne</i> | 1990–1991              | 2014–2015               | <i>p</i> |
|---|-----------------------------|------------------------|-------------------------|----------|
| <b>The number of hospital admissions due to conduct disorders</b><br><i>Liczba hospitalizowanych osób z rozpoznaniem z kręgu zaburzeń zachowania i emocji</i>   |                             | 25                     | 74                      |          |
| <b>The total number of hospital admissions due to conduct disorders (including rehospitalised patients)</b><br><i>Liczba wszystkich hospitalizacji osób z rozpoznaniem z kręgu zaburzeń zachowania i emocji (włącznie z rehospitalizacjami)</i>   |                             | 29                     | 100                     |          |
| <b>The total number of admissions to the department within the period in question</b><br><i>Liczba wszystkich hospitalizacji na oddziale w danym okresie</i>  |                             | 243                    | 357                     |          |
| <b>The percentage of admissions due to conduct disorders among all admissions to the department within the period in question</b><br><i>Liczba hospitalizacji osób z rozpoznaniem z kręgu zaburzeń zachowania i emocji względem wszystkich hospitalizacji na oddziale w danym okresie</i> |                             | 11.9%                  | 28%                     |          |
| <b>Age (median)</b><br><i>Wiek (mediana)</i>  | Years<br><i>Lata</i>        | <b>16.00</b>           | <b>15.50</b>            |          |
| <b>Sex (%)</b><br><i>Płeć (%)</i>   | F<br><i>K</i>               | 13 (52.0)              | 46 (62.2)               | 0.371    |
|   | M                           | 12 (48.0)              | 28 (37.8)               |          |
| <b>Number of admissions [median (interquartile range, IQR)]</b><br><i>Liczba hospitalizacji [mediana (przedział międzykwartylowy, interquartile range, IQR)]</i>  |                             | 1 (1–1)                | 1 (1–1)                 |          |
| <b>Hospital admissions of a given patient (%)</b><br><i>Liczba hospitalizacji (%)</i>   | 1                           | 21 (84.0)              | 58 (78.4)               | 0.465    |
|   | 2                           | 4 (16.0)               | 10 (13.5)               |          |
|   | 3                           | 0 (0.0)                | 2 (2.7)                 |          |
|   | 4                           | 0 (0.0)                | 4 (5.4)                 |          |
| <b>Hospitalisation time in days [median (interquartile range, IQR)]</b><br><i>Czas hospitalizacji w dniach [mediana (przedział międzykwartylowy, interquartile range, IQR)]</i>   | Days<br><i>Dni</i>          | 27.00<br>(4.75, 42.25) | 20.00<br>(12.57, 33.50) | 0.760    |
| <b>Admission pattern – first admission in the case of rehospitalisation (%)</b><br><i>Typ przyjęcia na oddział – pierwszego przyjęcia w przypadku rehospitalizacji (%)</i>  | Scheduled<br><i>Planowe</i> | 6 (24.0)               | 14 (18.9)               | 0.584    |
|   | Acute<br><i>Ostre</i>       | 19 (76.0)              | 60 (81.1)               |          |

Tab. 1. The results of the comparison of the groups according to hospitalisation data variables

Tab. 1. Wyniki porównania grup w zakresie zmiennych związanych z hospitalizacją



of hospital admissions in this period are particularly interesting. The increase in the number of hospital admissions was largely associated with the greater number of hospital admissions of patients from the studied population. Also, the age of the hospitalised patients decreased, partly due to administrative changes lowering the admission age from 14 to 15-year-old. The average hospitalisation time decreased from 4 to 3 weeks, yet the change was not statistically significant. Both in the years 1990–1991 and 2014–2015, acute admissions were largely prevalent, reflecting the profile of the Department where the study was held.

Tab. 2 shows the findings regarding the patients' care status. The details concerning the family background included

zaburzeń zachowania i emocji w latach 2014–2015 w stosunku do lat 1990–1991 oraz ogólnie większa (aż o 47%) liczba wszystkich hospitalizacji w tym okresie. Wzrost ogólnej liczby hospitalizacji w dużej mierze związany był właśnie z większą liczbą hospitalizacji pacjentów z badanej grupy. Stwierdzono również obniżenie wieku hospitalizowanych osób, co częściowo wiązało się ze zmianą organizacyjną polegającą na obniżeniu wieku przyjęcia z 15 do 14 lat. Przeciętny czas hospitalizacji skrócił się z 4 do 3 tygodni, lecz zmiana ta nie okazała się istotna statystycznie. Zarówno w latach 1990–1991, jak i 2014–2015 znacząco dominowały przyjęcia w trybie nagłym, co odzwierciedla profil oddziały, na którym przeprowadzono badania.

|  | <b>Variables</b><br><i>Zmienne</i>  | <b>1990–1991</b> | <b>2014–2015</b> | <b>p</b>                            |
|--|---|------------------|------------------|-------------------------------------|
| <b>Unstable care status (%)</b><br><i>Niestabilna sytuacja opiekuńcza (%)</i>      | No<br><i>Nie</i>  | <b>13 (52.0)</b> | <b>22 (29.7)</b> | <b>0.044</b>                        |
|  | Yes<br><i>Tak</i>   | <b>12 (48.0)</b> | <b>52 (70.3)</b> |                                     |
| <b>Care status (%)</b><br><i>Typ sytuacji opiekuńczej (%)</i>                      | Stable/no conflict present<br><i>Stabilna/bezkonfliktowa</i>                      | 13 (52.0)        | 22 (29.7)        | N/A<br><i>Zbyt małe liczebności</i> |
|  | Parents divorced/separated<br><i>Rozwód/separacja</i>                             | 8 (32.0)         | 32 (43.1)        |                                     |
|  | Orphaned by at least one parent<br><i>Śmierć członka rodziny</i>                  | 3 (12.0)         | 13 (17.6)        |                                     |
|  | One parent living abroad<br><i>Jeden z rodziców za granicą</i>                    | 1 (4.0)          | 1 (1.4)          |                                     |
|  | Other<br><i>Inne</i>  | 0 (0.0)          | 1 (1.4)          |                                     |
|  | Parents' custody rights terminated<br><i>Rodzice pozbawieni praw opiekuńczych</i> | 0 (0.0)          | 5 (6.8)          |                                     |
| <b>Residence (%)</b><br><i>Zamieszkanie (%)</i>                                    | Institutional<br><i>Institucja opiekuńcza</i>                                     | 1 (4.0)          | 10 (13.5)        | N/A<br><i>Zbyt małe liczebności</i> |
|  | Shared residence<br><i>Dwóch opiekunów</i>  | 17 (68.0)        | 23 (31.1)        |                                     |
|  | One resident parent/caregiver<br><i>Jeden opiekun</i>                             | 4 (16.0)         | 28 (37.8)        |                                     |
|  | Reconstituted family<br><i>Rodzina rekonstruowana</i>                             | 1 (4.0)          | 11 (14.9)        |                                     |
|  | Other<br><i>Inne</i>  | 2 (8.0)          | 2 (2.7)          |                                     |
| <b>Alcohol abuse in the family (%)</b><br><i>Problem alkoholowy w rodzinie (%)</i> | No<br><i>Nie</i>  | 15 (60.0)        | 43 (58.1)        | 0.868                               |
|  | Yes<br><i>Tak</i>   | 10 (40.0)        | 31 (41.9)        |                                     |
| <b>Mental abuse (%)</b><br><i>Doświadczenie przemocy psychicznej (%)</i>           | No<br><i>Nie</i>  | 17 (68.0)        | 42 (56.8)        | 0.322                               |
|  | Yes<br><i>Tak</i>   | 8 (32.0)         | 32 (43.2)        |                                     |
| <b>Physical abuse (%)</b><br><i>Doświadczenie przemocy fizycznej (%)</i>           | No<br><i>Nie</i>  | 17 (68.0)        | 46 (62.2)        | 0.600                               |
|  | Yes<br><i>Tak</i>   | 8 (32.0)         | 28 (37.8)        |                                     |
| <b>Sexual abuse (%)</b><br><i>Doświadczenie przemocy seksualnej (%)</i>            | No<br><i>Nie</i>  | 24 (96.0)        | 69 (93.2)        | 0.999                               |
|  | Yes<br><i>Tak</i>   | 1 (4.0)          | 5 (6.8)          |                                     |

Tab. 2. The results of the comparison of the groups according to care status variables

Tab. 2. Wyniki porównania grup w zakresie zmiennych związanych z sytuacją opiekuńczą

in the medical records were grouped according to the categories specified in the Table. The low number of cases in each care and residence status category, rendered a statistical comparison of both groups not feasible. To address the issue, the research team decided to create an umbrella category, i.e. unstable care status, accounting for all situations other than a stable care status. Statistical analysis showed a significantly greater prevalence of an unstable care status in the 2014–2015 cohort than in the 1990–1991 cohort. A qualitative analysis of the detailed data demonstrated an increased prevalence of terminated parental custody (residence) and greater prevalence of the patients' residence under institutional care in 2014–2015 vs. 1990–1991. In 1990–1991, 68.0% of the adolescents covered by the study lived with both parents, whilst as little as 16% – with just one. In 2014–2015, significantly more patients lived with just one parent (37.8%), or in reconstituted families (14.9%), whilst the percentage of patients living with both parents had gone down to 31.1%. No statistically significant changes in were found in respect of the prevalence

|   | Variables<br>Zmienne | 1990–1991        | 2014–2015        | p                |
|---|----------------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>Concomitant somatic diseases (%)</b><br><i>Towarzyszące choroby somatyczne (%)</i>   | No<br>Nie            | 21 (84.0)        | 59 (79.7)        | 0.639            |
|   | Yes<br>Tak           | 4 (16.0)         | 15 (20.3)        |                  |
| <b>Concomitant intellectual disability (%)</b><br><i>Towarzyszące upośledzenie umysłowe (%)</i>   | No<br>Nie            | 24 (96.0)        | 67 (90.5)        | 0.675            |
|   | Yes<br>Tak           | 1 (4.0)          | 7 (9.5)          |                  |
| <b>Use of psychoactive substances (%)</b><br><i>Używanie substancji psychoaktywnych (%)</i>   | No<br>Nie            | 18 (72.0)        | 41 (55.4)        | 0.144            |
|   | Yes<br>Tak           | 7 (28.0)         | 33 (44.6)        |                  |
| <b>Suicidal attempts (%)</b><br><i>Próby samobójcze (%)</i>   | No<br>Nie            | <b>19 (76.0)</b> | <b>33 (44.6)</b> | <b>0.007</b>     |
|   | Yes<br>Tak           | <b>6 (24.0)</b>  | <b>41 (55.4)</b> |                  |
| <b>Self-destructive behaviours (%)</b><br><i>Zachowania autoagresywne (%)</i>   | No<br>Nie            | <b>14 (56.0)</b> | <b>15 (20.3)</b> | <b>&lt;0.001</b> |
|   | Yes<br>Tak           | <b>11 (44.0)</b> | <b>59 (79.7)</b> |                  |
| <b>Self-injury (self-cutting, self-burning, etc.) (%)</b><br><i>Autoagresja fizyczna (cięcie, przypalanie itp.) (%)</i>                   | No<br>Nie            | <b>23 (92.0)</b> | <b>29 (39.2)</b> | <b>&lt;0.001</b> |
|   | Yes<br>Tak           | <b>2 (8.0)</b>   | <b>45 (60.8)</b> |                  |
| <b>Deliberate self-poisoning with medicines without suicidal intent (%)</b><br><i>Celowe zatrucia lekami bez intencji samobójczej (%)</i> | No<br>Nie            | 17 (68.0)        | 49 (66.2)        | 0.870            |
|   | Yes<br>Tak           | 8 (32.0)         | 25 (33.8)        |                  |
| <b>Aggressive behaviours (%)</b><br><i>Zachowania agresywne (%)</i>   | No<br>Nie            | 14 (56.0)        | 40 (54.1)        | 0.866            |
|   | Yes<br>Tak           | 11 (44.0)        | 34 (45.9)        |                  |

Tab. 3. The results of the comparison of the groups according to clinical picture variables

Tab. 3. Wyniki porównania grup w zakresie zmiennych związanych z obrazem klinicznym

W tab. 2 przedstawiono wyniki związane z sytuacją opiekuńczą pacjentów. Opisy sytuacji rodzinnej zawarte w historiach chorób pogrupowano według kategorii uwzględnionych w tabeli. Z uwagi na zbyt małą liczebność w poszczególnych kategoriach sytuacji opiekuńczej i zamieszkania nie było możliwe statystyczne porównanie grup. Zespół badawczy podjął więc decyzję o stworzeniu dodatkowej kategorii: niestabilna sytuacja opiekuńcza, będącej sumą wszystkich kategorii innych niż sytuacja stabilna. Analiza statystyczna wykazała istotnie częstszy w latach 2014–2015 brak stabilności opiekuńczej w porównaniu z latami 1990–1991. Jakościowa analiza danych szczegółowych wskazuje na wzrost częstości pozbawienia rodziców praw opiekuńczych, a także częstsze przebywanie pacjentów w instytucjach opiekuńczych w latach 2014–2015. W latach 1990–1991 68,0% hospitalizowanych adolescentów mieszkało z dwojgiem rodziców, a tylko 16% – z jednym. W latach 2014–2015 znacznie więcej osób mieszkało z jednym rodzicem – 37,8% i żyło w rodzinach rekonstruowanych – 14,9%, a odsetek pacjentów mieszkających z dwojgiem rodziców wynosił jedynie 31,1%. Częstość występowania problemu alkoholowego w rodzinie oraz doświadczeń przemocy psychicznej, fizycznej i seksualnej nie zmieniła się w sposób istotny statystycznie.

W tab. 3 zaprezentowano wyniki związane z elementami obrazu klinicznego w badanych okresach. Analiza statystyczna wykazała istotny wzrost częstości podejmowanych prób samobójczych (z 24% w latach 1990–1991 do 55,4% w latach 2014–2015) oraz autoagresji fizycznej (z 8% w latach 1990–1991 do 60,8% w latach 2014–2015). Kategoria „zachowania autoagresywne” uwzględniała obecność autoagresji fizycznej, jak również celowych zatruc bez intencji samobójczych. Istotną zmianę w tej kategorii – przy braku różnic w obszarze zatruc celowych – można tłumaczyć istotną statystycznie zmianą w zakresie autoagresji fizycznej.

## OMÓWIENIE

Wyniki analiz wskazują na znaczący wzrost liczby wszystkich hospitalizacji w latach 2014–2015 w stosunku do lat 1990–1991. Za największą część tego wzrostu (62%) odpowiada wzrost liczby hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem z kręgu zaburzeń zachowania i emocji. Wynik ten zdaje się odpowiadać obserwacjom klinicznym, zgodnie z którymi rośnie liczba pilnych, interwencyjnych skierowań na oddział stacjonarny.

Obserwowana na przestrzeni 25 lat zmiana obrazu klinicznego zaburzeń zachowania i emocji – czyli dramatyczny wzrost częstości zachowań autoagresywnych, najczęściej pod postacią cięć – zdaje się częściowo odpowiadać trendom opisanym we wstępie. Wykazana zmiana częstości samookaleczeń, wraz z towarzyszącym jej bardzo istotnym wzrostem częstości prób samobójczych, pozwala jedynie wnioskować o zmianie profilu pacjentów hospitalizowanych na oddziale psychiatrii. Wskazania do stacjonarnej hospitalizacji psychiatrycznej adolescentów są obecnie

of alcohol abuse in the family or mental, physical and sexual abuse.

Tab. 3 shows the findings regarding clinical picture details in both studied periods. Statistical analysis showed a significant rise in the prevalence of suicidal attempts (from 24% in 1990–1991 to 55.4% in 2014–2015) and self-destructive behaviours (from 8% in 1990–1991 to 60.8% in 2014–2015). The self-destructive behaviours category covered the presence of self-injury as well as deliberate self-poisoning without suicidal intentions. This significant change observed in this category, considering the lack of differences in terms of deliberate self-poisoning, may be attributed to the statistically significant increase in the prevalence of self-injury.

## DISCUSSION

The results of the analysis show a significant increase in the total number of hospital admissions regardless of the diagnosis in 2014–2015 vs. 1990–1991, largely accounted for (62%) by the increased number of admissions of patients diagnosed with conduct disorders. This finding seems to be consistent with clinical practice, with a growing number of emergency, interventional referrals for acute inpatient care.

The change in the clinical picture of conduct disorders observed over the period of 25 years, i.e. the dramatic increase in the prevalence of self-destructive behaviours, most commonly self-cutting, seems to be partly consistent with the trends outlined in the introduction of this paper. The rise in the prevalence of self-harming behaviours demonstrated by this study, along with the accompanying very significant increase in the prevalence of suicidal attempts leads to the conclusion that the profile of psychiatric patients treated on an inpatient basis has changed. The indications for inpatient treatment of adolescents are currently largely restricted to directly life-threatening conditions. It is likely that the majority of the patients hospitalised back in 1990–1991 would not be eligible for admission today. It should be considered whether the population of patients admitted for hospitalisation these days, with the prevalent impulsive self-destructive behaviours posing a serious suicidal risk, is indeed a group which has increased in size over the past 25 years, or whether medical, social and education services (e.g. during an intervention at a hospital emergency department) more frequently pay attention to the mental condition of children and adolescents. The results of the analysis of the care status of the patients from the investigated cohorts, showing a significant decline in its stability, lend helpful insight in this respect (Tab. 2). The qualitative analysis of the results shows that compared with the 1990–1991 cohort, the adolescents hospitalised these days significantly less frequently have both resident parents, whilst more frequently living in institutional care or having just one resident parent. It might be the lack of a stable care status that is responsible for the adolescents' difficulties in controlling impulsive self-destructive behaviours. In this context, the extremely poor availability of family therapy, as a crucial element of outpatient treatment, should be considered a cause of major concern.

w znacznej mierze zawężone do stanów bezpośrednio zagrożenia życia. Być może większość populacji hospitalizowanej w latach 1990–1991 nie zostałaby dziś zakwalifikowana do przyjęcia. Należy się zastanowić, czy grupa obecnie hospitalizowanych pacjentów, w której dominują impulsive zachowania autoagresywne, stanowiące okresowo poważne ryzyko samobójcze, jest grupą, której liczebność faktycznie wzrosła w ostatnich 25 latach, czy też służby medyczne (np. podczas interwencji w szpitalnym oddziale ratunkowym), socjalne i oświatowe częściej zwracają uwagę na stan psychiczny młodzieży. W sformułowaniu odpowiedzi na to pytanie pomóc mogą wyniki analiz sytuacji opiekuńczej pacjentów, świadczące o istotnie mniejszej jej stabilności (tab. 2). Analiza jakościowa wyników pokazuje, że w porównaniu z grupą osób hospitalizowanych w latach 1990–1991 obecnie hospitalizowana młodzież znacznie rzadziej mieszka z dwójką rodziców, częściej zaś przebywa w instytucjach opiekuńczych lub jest pod opieką jednego z rodziców. Być może to właśnie brak stabilnej opieki częściowo odpowiada za trudności w kontrolowaniu impulsywnych zachowań agresywnych u młodzieży. W tym kontekście obawy wzbudza bardzo słaba dostępność terapii rodzinnej, która stanowi niezwykle ważny element leczenia ambulatoryjnego.

Do innych czynników mogących zaostreć impulsywność i wahania nastroju u nastolatków z badanej grupy – a w konsekwencji utrudniać im kontrolę zachowań autoagresywnych w sytuacji kryzysu – należy wspomniane we wstępie częstsze używanie substancji psychoaktywnych. Związek ten nie jest jednak oczywisty. Niekiedy bowiem używanie substancji psychoaktywnych bywa powikłaniem zaburzeń zachowania i stanowi specyficzną formę dialogu z normami społecznymi, niekiedy zaś jest formą autoterapii (np. stosowanie pochodnych amfetaminy przez nieleczone nigdy osoby z cechami nadpobudliwości).

Porównanie uzyskanych wyników z danymi pochodzącymi z innych ośrodków polskich czy zagranicznych jest ograniczone ze względu na bardzo małą liczbę publikacji dotyczących omawianego zagadnienia. W artykule z 2016 roku opisującym zmiany we włoskiej populacji adolescentów hospitalizowanych psychiatrycznie można znaleźć częściowe podobieństwa, takie jak rosnąca liczba wszystkich hospitalizacji psychiatrycznych (pięciokrotny wzrost między rokiem 2010 a 2015) oraz częstość diagnozy zaburzeń zachowania na poziomie 22% (w prezentowanym tu badaniu: 28% w latach 2014–2015) (Di Lorenzo *et al.*, 2016). Pozostałe informacje, choć interesujące, z uwagi na dobór do grupy (nie tylko pacjenci z zaburzeniami zachowania) trudno odnieść do wyników uzyskanych przez autorów niniejszej pracy.

Jedną ze słabych stron badania jest mała liczebność grup, szczególnie w okresie 1990–1991. Dodatkową trudność stanowi fakt, że pacjenci z rozpoznaniem z kręgu zaburzeń zachowania i emocji tworzą zwykle grupę wyjątkowo heterogenną. Kryteria diagnostyczne odnoszą się bowiem jedynie do poziomu zachowań, bez uwzględnienia złożoności



Another factor contributing to the impulsivity and mood shifts in teenagers from the studied group, thus impeding their control of self-destructive behaviours in a situation of crisis, is the greater popularity of psychoactive substances mentioned in the introduction. The correlation, however, remains elusive, as the use of psychoactive substances may be the sequelae of conduct disorders, where the patient challenges certain social norms, whereas in other cases it is a form of self-therapy (e.g. the use of amphetamine by individuals with hyperactivity traits who never received therapy).

The opportunities for the comparison of the findings of this study with data from other Polish or foreign centres are limited due to the scarcity of publications investigating the issue in question. Some similarities may be found in an Italian study from 2016, reporting the changes in the Italian population of adolescents hospitalised due to mental health issues, including the growing prevalence of all psychiatric hospitalisations (a five-fold increase identified between 2010 and 2015) and the prevalence of conduct disorders at the level of 22% (in our study: 28% in the 2014–2015 cohort) (Di Lorenzo et al., 2016). The remaining findings of that study, however, even though interesting, hardly facilitate comparison with our study due to the applied eligibility criteria (not only patients with conduct disorders). One of the limitations of our study was the small sample size, especially regarding the 1990–1991 cohort. Another difficulty is the fact that patients diagnosed with conduct disorders are a highly heterogeneous group. The diagnostic criteria apply solely to the displayed behaviours, not accounting for the complexity of their family/care status and intramental mechanisms. Hence, this group comprises individuals whose difficulties are in a way their response to an unstable family situation at a given stage of life, those whose difficulties with controlling their behaviour stem from abnormal personality development or attachment disorders as well as those in whom they are an element of the clinical picture following a trauma experience. Also, the amount of information included in the analysed medical records varied, with the identification of certain variables requiring guesswork or interpretation of the available data. For example, the direct indications for hospital admission, especially stated in the records from 1990–1991, were frequently not clearly specified. The recorded information was typically limited to statements such as “the patient’s condition has declined” or “exacerbation of symptoms,” suggesting the failure of outpatient mental health care. The above mentioned methodological difficulties warrant considerable caution in interpreting both the results of our study and formulating hypotheses aimed at explaining the observations.

## CONCLUSIONS

The collected data, demonstrating a surge in hospital admissions and self-destructive behaviours in the studied population, which are also reflected by clinical practice, are certainly alarming, indicating the need for further research and more detailed analysis and reflection.

sytuacji opiekuńczo-wychowawczej i mechanizmów intrapsychicznych. Do grupy tej mogą więc trafiać zarówno osoby, których trudności są niejako przejawem adaptacji do niestabilnej sytuacji opiekuńczej w danym okresie, jak i osoby, u których trudności z kontrolą zachowań wiążą się z nieprawidłowym rozwojem osobowości lub zaburzeniami więzi czy też stanowią element obrazu klinicznego po doświadczeniu traumy. Ponadto analizowane historie chorób zawierały różną ilość informacji, a określenie niektórych zmiennych wymagało wnioskowania albo interpretowania danych. Przykładowo: bezpośrednie powody przyjęcia do szpitala, szczególnie w historiach chorób z lat 1990–1991, często nie były jasno wskazane. Zapisy zwykle ograniczały się do stwierdzenia „pogorszenie” bądź „nasilenie objawów”, co sugerowało niepowodzenie leczenia ambulatoryjnego. Powyższe trudności metodologiczne sprawiają, iż do prezentowanych wyników należy podchodzić z dużą ostrożnością, podobnie jak do hipotez potencjalnie wyjaśniających obserwacje.

## WNIOSKI

Nie ulega wątpliwości, że dane wskazujące na wzrost częstości hospitalizacji oraz zachowań autoagresywnych w badanej grupie, pokrywające się w pełni z obserwacjami klinicznymi, są niepokojące oraz wymagają dalszych badań i pogłębienia refleksji.

*Praca powstała w ramach działalności Studenckiego Koła Psychiatrii Wieków Rozwojowego działającego przy Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM oraz zajęła pierwsze miejsce wśród prac z sekcji Psychiatria i Psychologia na konferencji Juvenes Pro Medicina 2017 w Łodzi.*

### Konflikt interesów

*Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.*

*This research study was conducted within the scope of activity of the Students Scientific Group of Developmental Psychiatry at the Department of Child and Adolescent Psychiatry of the University Hospital of the Jagiellonian University Medical College in Krakow, Poland. It won the best-study competition in the Psychology and Psychiatry track of the Juvenes Pro Medicina 2017 conference in Łódź.*

### Conflict of interest

*The authors do not declare any financial or personal links to other persons or organisations that might adversely impact the content of this publication or claim rights thereto.*

### References / Piśmiennictwo

- Brunner R, Kaess M, Parzer P et al.: Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry* 2014; 55: 337–348.
- Calin OD, Muscalu M, Macovei SC: Perspectives in treatment of conduct disorder in children and adolescent. *Romanian Journal of Child & Adolescent Psychiatry* 2014; 2: 10–14.
- Di Lorenzo R, Cimino N, Di Pietro E et al.: A 5-year retrospective study of demographic, anamnestic, and clinical factors related to psychiatric hospitalizations of adolescent patients. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016; 12: 191–201.
- Dudek M, Kasznia-Kocot J, Giel K: Trendy wybranych zachowań zdrowotnych młodzieży polskiej w wieku 13–15 lat na podstawie europejskich i światowych badań z lat 1995–2011. *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine* 2015; 18: 74–80.
- Dzielska A, Kowalewska A: Zachowania ryzykowne młodzieży – współczesne podejście do problemu. *Studia BAS* 2014; 2 (38): 139–168.
- Gmitrowicz A, Kostulski A, Kropiwnicki P et al.: Cutaneous deliberate self-harm in Polish School teenagers – an inter-disciplinary challenge. *Acta Derm Venereol* 2014; 94: 448–453.
- Kądziała-Olech H, Żak G, Kalinowska B et al.: Częstość zamierzonych samookaleczeń bez intencji samobójczych – Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) wśród uczniów szkół ponadpodstawowych w odniesieniu do wieku i płci. *Psychiatr Pol* 2015; 49: 765–778.
- Motyka M: Dopalacze wśród młodzieży przemyskich szkół średnich. *Probl Hig Epidemiol* 2013; 94: 205–214.
- Motyka M, Marcinkowski JT: Nowe metody odurzania się. Cz. I. Leki dostępne bez recepty wykorzystywane w celach narkotycznych. *Probl Hig Epidemiol* 2014; 95: 504–511.
- Muszyńska-Graca M, Dąbkowska B, Skiba M et al.: Rozpowszechnienie stosowania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży szkół ponadpodstawowych z wybranych miast województwa śląskiego. *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine* 2012; 15: 78–90.
- Patyk M, Gojny Ł, Kolęda P et al.: Ocena rozpowszechnienia środków psychoaktywnych wśród młodzieży gimnazjalnej województwa śląskiego. *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine* 2013; 16: 35–42.
- Pawłowska B, Potembska E, Zygo M et al.: Rozpowszechnienie samoszkodzeń dokonywanych przez młodzież w wieku od 16 do 19 lat. *Psychiatr Pol* 2016; 50: 29–42.
- Szyborski J: Wybrane problemy zdrowotne dzieci i młodzieży w Polsce. In: Szyborski J, Jakóbk K (eds.): *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*. Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2008: 215–221.
- Świątkiewicz G: Problem nadużywania legalnych psychoaktywnych farmaceutyków na tle społeczno-ekonomicznej transformacji w Polsce. *Alkohol Narkom* 2005; 18: 73–92.
- Tabak I: Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów. *Studia BAS* 2014; 2 (38): 113–138.
- Warzocha D, Gmitrowicz A, Pawelczyk T: Związek samoszkodzeń wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie z rodzajem zaburzeń psychicznych i wybranymi czynnikami środowiskowymi. *Psychiatr Pol* 2008; 42: 659–669.