

## Zaburzenia nastroju u młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie – czynniki ryzyka

### Mood disorders in adolescents admitted to psychiatric units – risk factors

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź, Polska

Adres do korespondencji: Martyna Anna Wiśniewska, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, e-mail: martyna.anna.wisniewska@gmail.com

 <https://doi.org/10.15557/PiPK.2024.0006>

#### ORCID iDs

1. Martyna Anna Wiśniewska <https://orcid.org/0009-0007-1655-6854>
2. Agnieszka Gmitrowicz <https://orcid.org/0000-0003-4315-8775>
3. Rafał Szmajda <https://orcid.org/0000-0002-4003-9204>

#### Streszczenie

**Wprowadzenie i cel:** W ostatnich latach odnotowuje się wzrost rozpowszechnienia zaburzeń nastroju w populacji rozwojowej, jak również wskazuje się na ich atypowość, objawy maskujące rozpoznanie i wysokie ryzyko autoagresji. Główne cele pracy obejmowały określenie rozpowszechnienia zaburzeń nastroju w populacji młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie oraz wyłonienie istotnych czynników ryzyka wystąpienia tych zaburzeń, a ponadto ustalenie zaburzeń współwystępujących, w tym zachowań autoagresywnych. **Materiał i metody:** Materiałem do badań była anonimowa baza danych 1311 pacjentów w wieku 13–18 lat, leczonych w okresie 10 lat (w latach 2006–2015) na stacjonarnym oddziale młodzieżowym. Z badanej populacji wyłoniono grupę pacjentów z zaburzeniami nastroju. **Wyniki:** Rozpoznanie zaburzeń nastroju/afektywnych ustalono u 13,5% hospitalizowanych nastolatków. Średnia wieku pacjentów z tym rozpoznaniem wynosiła 16 lat. Zaobserwowano istotną statystycznie zależność między diagnozą zaburzeń nastroju a próbą samobójczą w wywiadzie (u >50%), występowaniem samouszkodzeń (u >54%), trudnościami w nauce, wagarowaniem i powtarzaniem klasy. **Wnioski:** Ustalono, że czynnikami ryzyka związanymi z wystąpieniem zaburzeń afektywnych w badanej populacji były próby samobójcze w wywiadzie, trudności w nauce, wagarowanie, powtarzanie klasy i samouszkodzenia w wywiadzie.

**Słowa kluczowe:** psychiatria dzieci i młodzieży, zaburzenia afektywne, czynniki ryzyka

#### Abstract

**Introduction and objective:** In recent years, there has been an increase in the prevalence of mood disorders in the developmental population. Their atypical nature, symptoms masking the diagnosis, and a high risk of auto-aggressive behaviours are also noticeable. The aim of the study was to determine the prevalence of mood disorders in the population of psychiatrically hospitalised adolescents. **Materials and methods:** The research material was an anonymous database of 1,311 patients aged 13–18 years, treated for 10 years (2006–2015) in a stationary youth ward. A group of patients with mood disorders was selected from the study population. **Results:** Mood/affective disorders were diagnosed in 13.5% of hospitalised adolescents. The mean age of patients with this diagnosis was 16 years. A statistically significant relationship was observed between the diagnosis of mood disorders and a history of suicide attempts (in >50%), self-injury (in >54%), learning difficulties, truancy, and repeating a grade. **Conclusions:** It was found that a history of suicide attempts, learning difficulties, truancy, repeating a grade, and a history of self-injury were risk factors for affective disorders in the study population.

**Keywords:** child and adolescent psychiatry, affective disorders, risk factors

## WSTĘP

Zauważalny w przestrzeni publicznej wzrost występowania zaburzeń psychicznych wśród młodzieży jest zjawiskiem niepokojącym. Jak pisze Antosik-Wójcińska (2020), problemy psychiczne mogą dotyczyć około 10–20% dzieci i młodzieży. Przekłada się to na aktywność badawczą w obszarze zagrożeń zdrowia psychicznego populacji rozwojowej. Duże znaczenie mają badania epidemiologiczne oraz monitorowanie czynników poprzedzających rozwój określonych zaburzeń psychicznych i ich przebiegu, z uwzględnieniem współwystępowania stanów chorobowych, oraz ocena skuteczności wdrażanych metod terapeutycznych. Utrzymujący się od kilkunastu lat kryzys w psychiatrii dzieci i młodzieży, mimo reformy wdrażanej w tej dziedzinie od 2018 roku przez Ministerstwo Zdrowia (Ministerstwo Zdrowia, 2023), jest wynikiem narastającej liczby zachowań samobójczych i zamierzonych samouszkodzeń wśród nastolatków. Należy podkreślić narastanie tego kryzysu wraz z czasem trwania pandemii choroby koronawirusowej (*coronavirus disease 2019*, COVID-19) w Polsce, ogłoszonej 20 marca 2020 roku. Wpływ pandemii na znaczący wzrost liczby prób samobójczych w populacji polskiej młodzieży w kolejnych latach [w 2020 – 708 (lockdown), w 2021 – 1286, w 2022 roku – 1858] wymaga odrębnych badań (dane Komendy Głównej Policji – statystyka.policja.pl, 2023; Rogers *et al.*, 2021).

Kluczowym etapem w ustalaniu przyczyn tych zachowań (będących już odrębnymi kategoriami w jedenastej wersji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – International Classification of Diseases 11<sup>th</sup> Revision, ICD-11) jest pełne badanie psychiatryczne, ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń nastroju/afektywnych, w przypadku których jednym z kryteriów diagnostycznych są myśli i czyny samobójcze.

Według klasyfikacji ICD-10 (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, 1997) do zaburzeń nastroju należą: epizod maniakalny, zaburzenia afektywne dwubiegunowe (choroba afektywna dwubiegunowa – ChAD), epizod depresji (w tym epizod łagodny, umiarkowany, ciężki bez objawów psychotycznych i z objawami psychotycznymi, inne epizody depresyjne, epizod depresyjny nieokreślony, zaburzenia depresyjne nawracające, uporczywe zaburzenia nastroju, cyklotymia, dystymia). Trzeba jednak pamiętać, że objawy zaburzeń nastroju/afektywnych występują również w zaburzeniach somatogennych, zaburzeniach zachowania i emocji oraz w reakcjach na ciężki stres i adaptacyjnych, a także w przebiegu używania substancji psychoaktywnych (ICD-10).

Kryteria diagnostyczne rozpoznawania depresji i ChAD u dzieci i młodzieży są takie same jak u dorosłych. Jednak ze względu na zachodzące zmiany rozwojowe w tej grupie dostrzegalne są problemy diagnostyczne i związane z leczeniem. Przebieg zaburzeń afektywnych u adolescentów może być atypowy (Antosik-Wójcińska, 2020).

U młodzieży w przebiegu zaburzeń afektywnych znacząco wzrasta ryzyko myśli samobójczych i prób suicydalnych

oraz zachowań autodestrukcyjnych (Gmitrowicz, 2015). Występujące w tej grupie zaburzenia poznawcze są związane zazwyczaj z zaburzeniami koncentracji i w konsekwencji niepowodzeniami szkolnymi. Mogą one być pierwszymi symptomami choroby, które pozostają niezauważone (Bomba, 2012). Adolescenci w przebiegu depresji mogą się wykazywać rozdrażnieniem, zmiennością nastroju, niską tolerancją frustracji, skargami na dolegliwości somatyczne, wybuchami złości, wycofaniem z kontaktów społecznych (Antosik-Wójcińska, 2020). Mogą też występować zaburzenia zachowania, ryzykowne zachowania seksualne czy autoagresywne. Z przeglądu publikacji wynika, że wymienione objawy, podobnie jak męczliwość, trudności w rozpoczynaniu działań, poczucie nudy, brak uczucia przyjemności, późne chodzenie spać, zaniedbanie higieniczne, mogą „maskować” chorobę (Pużyński, 2009; Radziwiłłowicz, 2020).

Autorzy artykułu, mając na uwadze trudności w rozpoznawaniu zaburzeń nastroju u adolescentów, podjęli się badania populacji nastolatków leczonej psychiatrycznie w warunkach oddziału szpitalnego w okresie 10 lat. Badanie dotyczyło rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych, różnych czynników ryzyka wystąpienia depresji, ChAD, jak również czynników oraz zaburzeń współistniejących, w tym zachowań autoagresywnych.

## EPIDEMIOLOGIA ZABURZEŃ NASTROJU W ŚWIETLE BADAŃ

Analizując ostatnie dziesięciolecia, można zaobserwować narastanie częstości zachorowań na depresję w grupie dzieci i młodzieży, szczególnie gdy uwzględni się zaburzenia adaptacyjne o obrazie depresji (Wendołowska, 2017). Według badań Carra (2004) częstość występowania depresji u młodzieży waha się w zakresie 2–8%. Z innych badań wynika, że epizod depresyjny rozpoznaje się przed ukończeniem 18. roku życia nawet u 20% nastolatków (McCauley *et al.*, 2001). Wyniki badania EZOP II, opublikowane pod koniec 2021 roku (Moskalewicz i Wciórka, 2021), wskazują, że w okresie całego życia u około 3,85% dorosłej ludności Polski wystąpiła depresja. Przy czym w przypadku populacji rozwojowej (12–17 lat) kiedykolwiek w życiu chorowało na depresję 4% (z nieco większym rozpowszechnieniem u chłopców), a w ciągu ostatnich 2 tygodni („bieżące”) – aż 1,5% (w tym wypadku proporcje płci są zbliżone). Jakikolwiek zaburzenia afektywne „bieżące” były stwierdzane u 2,4%. Natomiast tendencje samobójcze (myśli, próby) kiedykolwiek w życiu potwierdzało aż 5,7% nastolatków.

W innych badaniach ChAD rozpoznano u około 1,8% dzieci i młodzieży (Radziwiłłowicz, 2020). Autorka stwierdziła poza tym, że 20% chorych (w tym dorosłych, młodzieży i dzieci) podaje szczyt zachorowań w okresie od 15. do 19. roku życia. Podobne dane podaje Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association, APA) (Gałeczek *et al.*, 2018), informując też, że wskaźniki te u kobiet są 1,5–3-krotnie wyższe niż u mężczyzn, począwszy od okresu

wczesnej adolescencji. Przyjmuje się, że prawdopodobieństwo zachorowania na depresję wzrasta wraz z wiekiem dziecka (koreluje dodatnio z dojrzewaniem płciowym). Ze względu na wzrost rozpowszechnienia, a także znaczące konsekwencje, jest to jeden z najpoważniejszych problemów wieku rozwojowego.

Dynamiczny rozwój badań na temat ChAD wśród dzieci i adolescentów jest więc w pełni uzasadniony (Fristad i Nick, 2017). W ostatnim czasie obserwuje się zwiększenie częstości rozpoznawania ChAD wśród populacji dzieci i młodzieży (Cichoń *et al.*, 2020), jednak w zależności od kraju i rodzaju badań doniesienia na ten temat są zróżnicowane. W większości publikacji autorzy stwierdzają, że 30–60% dorosłych chorych zgłasza początki wystąpienia objawów ChAD przed 20. rokiem życia (Antosik-Wójcińska, 2020). Odnotowano wzrost liczby wizyt nastolatków u lekarza z powodu tej choroby (1994–1995 – 0,0025%, 2002–2003 – 1%) (Moreno *et al.*, 2007). W innych badaniach zaobserwowano wzrost liczby hospitalizacji młodzieży z rozpoznaniem szeroko pojętych zaburzeń afektywnych (w tym ChAD typu I i typu II, nieokreślonych i cyklotymii) (Harpaz-Rotem *et al.*, 2005). Autorzy opisali zwiększenie liczby rozpoznań ChAD z 11% w roku 1995 do 18% w roku 2000. Dane z badań Holtzman i wsp. (2015) wskazują, że u 21,9% chorych objawy ChAD wystąpiły przed ukończeniem 12. roku życia, a nawet wcześniej. 43% osób z tą chorobą obserwowało jej objawy w wieku 13–18 lat (Holtzman *et al.*, 2015). Aż 25–40% chorujących zwraca uwagę na fakt, że pierwszy epizod objawów wystąpił u nich w okresie dzieciństwa lub adolescencji.

## CZYNNIKI RYZYKA WYSTĄPIENIA DEPRESJI W ŚWIETLE BADAŃ

Strzyżewski i Nowakowska (1983) definiują stresujące wydarzenia życiowe jako te, które są związane z utratą lub poczuciem przeciążenia. W połączeniu z cechami osobowości mogą warunkować rozwój objawów depresyjnych lub znacząco oddziaływać na obraz kliniczny rozpoznanej choroby. Autorzy zwracają uwagę na wydarzenia, które mają szczególne znaczenie, a są to m.in.: konflikty małżeńskie/rodzinne, śmierć bliskiej osoby, zawody emocjonalne, konflikty interpersonalne, zmiany statusu finansowego, przewlekłe choroby. Jak stwierdzili Hammen i wsp. (2000), takimi czynnikami mogą być negatywne wydarzenia życiowe, jakie miały miejsce w wieku dziecięcym.

W powstawaniu depresji ważną rolę odgrywają nadużycia seksualne, wykorzystanie seksualne, nadużycia psychiczne lub fizyczne (Pine *et al.*, 2002).

Wise i wsp. (2001) zbadali wpływ wydarzeń traumatycznych z okresu dzieciństwa na ryzyko rozwoju depresji w dorosłości w populacji kobiet z tym rozpoznaniem. Okazało się, że jakiegokolwiek wydarzenia traumatyczne w wywiadzie zwiększały ryzyko wystąpienia depresji 2,5-krotnie. Ponadto zaobserwowano 3,3-krotny wzrost tego ryzyka u osób z doświadczeniem nadużyć fizycznych i seksualnych

w dzieciństwie. Same nadużycia fizyczne zwiększały to ryzyko 2,4-krotnie (Rajewska-Rager i Rybakowski, 2008). Baldessarini i Tondo (2003) ustalili, że 70–91% osób z myślami samobójczymi lub podjętymi próbami samobójczymi miało zdiagnozowane choroby lub zaburzenia psychiczne. Dominującymi rozpoznaniem były: zaburzenia nastroju (ChAD, zaburzenia depresyjne), nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia lękowe, zaburzenia zachowania. Koncentrując się na ryzyku prób samobójczych, cytowani badacze podkreślili, że jest ono najwyższe w ChAD. W innych badaniach w populacji ogólnej z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych odsetek osób, u których ryzyko wystąpienia prób samobójczych było wysokie, wynosił ponad 60% (Bottlender *et al.*, 2000; Jeon *et al.*, 2010; Raja i Azzoni, 2004). Metaanaliza z 2017 roku oceniająca ryzyko prób samobójczych w populacji dzieci i młodzieży z zaburzeniami nastroju wykazała, że jest ono najwyższe u osób z rozpoznaniem ChAD. Drugi w kolejności był epizod depresyjny, a następnie samodzielne epizody maniackalne/hipomaniackalne (De Crescenzo *et al.*, 2017). Badania amerykańskie potwierdzają natomiast tezę, że najpowszechniejsze rozpoznanie wśród adolescentów podejmujących próby samobójcze to zaburzenia depresyjne (McManama *et al.*, 2012).

Analizując funkcje samouszkodzeń (takie jak redukcja napięcia, rozwiązanie konfliktu interpersonalnego) oraz m.in. nasilenie objawów depresji, Radziwiłłowicz i Lewandowska ustaliły (2017), że siła korelacji pomiędzy nasileniem depresji a funkcjami samouszkodzeń jest na niskim lub umiarkowanym poziomie. Nasilenie objawów depresji wiąże się ze wzrostem istotności funkcji okaleczeń.

Warzocha i wsp. (2008) przeprowadzili badanie, którego celem było określenie zależności między stosowaniem samouszkodzeń a rozpoznaniem zaburzeń psychicznych, podejmowanymi w przeszłości próbami samobójczymi, doznawaniem przemocy, sytuacją rodzinną u młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie. Nie wykazano związku pomiędzy dokonywaniem samouszkodzeń a rodzajem rozpoznania u pacjentów. Przedstawione badania sugerują, że zaburzenia afektywne w populacji młodzieży są zjawiskiem istotnym. Właściwa diagnoza stanowi podstawę do rozpoczęcia terapii. Każdy błąd może się wiązać z poważnymi konsekwencjami dla zdrowia i życia młodego pacjenta. Dlatego istotne jest określenie czynników, które mogą się przyczyniać do rozwoju zaburzeń afektywnych i innych zazwyczaj współwystępujących.

## CELE PRACY

Cele szczegółowe obejmowały:

- ocenę występowania zaburzeń afektywnych w badanej populacji pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie;
- określenie średniego wieku występowania zaburzeń afektywnych w badanej grupie;
- określenie w wyłonionej grupie pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych:
  - częstości występowania prób samobójczych,
  - częstości występowania samouszkodzeń;

- określenie czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń afektywnych w badanej grupie;
- wskazanie, jak sytuacja rodzinna i szkolna wpływają na ryzyko wystąpienia zaburzeń afektywnych.

## MATERIAŁ

Badaną populację stanowiło 1311 pacjentów Oddziału Psychiatrii Młodzieżowej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Materiałem do badań była baza danych\* pacjentów w wieku 13–18 lat. Baza zawierała rekordy pacjentów leczonych na oddziale stacjonarnym w okresie 10 lat (2006–2015). Komisja bioetyczna nie wniosła sprzeciwu wobec wykorzystania wskazanej anonimowej bazy danych.

## METODY

W opracowaniu statystycznym zebranego materiału zastosowano metody opisowe oraz metody wnioskowania statystycznego. W celu opisanego badanej grupy chorych i jej podgrup w analizie cech jakościowych obliczono wskaźniki struktury. Zgodność rozkładów cech ilościowych z rozkładem normalnym oceniano za pomocą testu Shapiro–Wilka. Ze względu na brak zgodności rozkładu zmiennych ilościowych z rozkładem normalnym w analizach stosowano metody nieparametryczne. Dla scharakteryzowania wartości przeciętnej dla cech ilościowych obliczono medianę (*Me*). Za miarę rozrzutu przyjęto rozstęp międzykwartyłowy. W ocenie istotności różnic wartości przeciętnych w dwóch grupach niezależnych korzystano z testu *U* Manna–Whitneya. Dla cech wyrażonych w skali nominalnej badano strukturę i oceniano częstość występowania poszczególnych klas. Porównania między grupami dla danych wyrażonych jako proporcje oceniano za pomocą testu niezależności  $\chi^2$  ( $\chi^2$ ).

Dla wszystkich analiz za maksymalną dopuszczalną wartość prawdopodobieństwa popełnienia błędu I rodzaju (tj. odrzucenia prawdziwej hipotezy zerowej) przyjęto  $\alpha = 0,05$ .

## WYNIKI

W badanej populacji 60,8% stanowiły kobiety, 39,2% mężczyźni. Średnia wieku badanych wynosiła 16,04 roku (odchylenie standardowe, *standard deviation*, *SD* 1,49). Najczęstszym rozpoznaniem w tej populacji były zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (28,9% pacjentów). Diagnozę zaburzeń afektywnych (F30–F39) postawiono u 177 osób, co stanowiło 13,5% ogółu ustalonych głównych rozpoznań. Rozkład częstości diagnoz w badanej populacji przedstawia tab. 1.

W badanej grupie pacjentów z zaburzeniami afektywnymi 130 osób stanowiły kobiety (73%), a 47 – mężczyźni (27%).

\*Anonimowa baza danych dot. pacjentów gromadzona była w ramach badań statutowych Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Wykorzystywano ją także do innych celów badawczych.

Diagnoza (zakres)	<i>n</i>	%
F00–09	32	2,4
F10–19	51	3,9
F20–29	206	15,7
F30–39	177	13,5
F40–48	379	28,9
F50–59	48	3,7
F60–61	6	0,5
F70–79	76	5,8
F80–89	24	1,8
F90–98	280	21,4
Inne diagnozy	32	2,4
Ogółem	1311	100,0

*n* – liczba pacjentów przypisanych do określonych grup diagnostycznych; % – procentowy ich rozkład w całości populacji.

Tab. 1. Rozkład częstości diagnoz postawionych w badanej populacji hospitalizowanej młodzieży

Zmienna	Zaburzenia afektywne		Wartość testu ( <i>df</i> )	<i>p</i>
	Nie <i>n</i> = 1134	Tak <i>n</i> = 177		
Wiek (lata), mediana (RMK)	17 (16–17)	16 (15–17)	4,264*	<0,0001
Płeć – <i>n</i> (%): • kobiety • mężczyźni	667 (58,8) 467 (41,2)	130 (73,4) 47 (26,6)	13,797 (1)**	0,0002

RMK – rozstęp międzykwartyłowy; *df* – liczba stopni swobody dla testu  $\chi^2$ ; *p* – wartość dwustronnego asymptotycznego prawdopodobieństwa testowego, w każdym przypadku zależności były istotne.  
\* Wartość testu *U* Manna–Whitneya dla grup o *n* > 20.  
\*\* Statystyka testu  $\chi^2$  (*df*).

Tab. 2. Charakterystyka badanej populacji

Zmienna	Zaburzenia afektywne		Statystyka testu*	<i>p</i>
	Nie	Tak		
Liczba hospitalizacji, mediana (RMK)	1 (1–2)	1 (1–2)	0,456	0,6485

RMK – rozstęp międzykwartyłowy; *p* – wartość dwustronnego asymptotycznego prawdopodobieństwa testowego.  
\* Wartość testu *U* Manna–Whitneya dla grup o *n* > 20.

Tab. 3. Rozkład liczby hospitalizacji w badanej grupie (zmienne ilościowe)

Średnia wieku pacjentów z diagnozami F30–F39 wynosiła 16 lat (15–17). Rozkład płci i wieku w badanej populacji przedstawia tab. 2.

Pacjenci przebywający na oddziale z rozpoznaniem F30–F39 byli hospitalizowani średnio jeden raz. Liczba hospitalizacji wynosiła 1–2. Różnica nie była istotna statystycznie. Rozkład liczby hospitalizacji przedstawiono w tab. 3.

Wśród pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych oceniono prawdopodobieństwo wystąpienia prób samobójczych. Stwierdzono istotną statystycznie zależność między głównym rozpoznaniem (zaburzenia afektywne) hospitalizowanych pacjentów a prawdopodobieństwem próby samobójczej w wywiadzie ( $\chi^2 = 92,793$ ,  $p < 0,001$ ). Wystąpiła też istotna statystycznie zależność

Zmienna	Poziom	Zaburzenia afektywne		$\chi^2$ (df)	p
		Nie	Tak		
Konflikty, n (%)	Tak	745 (65,9)	126 (71,2)	1,942 (1)	0,1634
	Nie	386 (34,1)	51 (28,8)		
Utrzymanie rodziców, n (%)	Tak	231 (20,4)	31 (17,5)	0,79 (1)	0,3742
	Nie	902 (79,6)	146 (82,5)		
Brak oparcia, n (%)	Tak	712 (62,9)	123 (69,5)	2,879 (1)	0,0897
	Nie	420 (37,1)	54 (30,5)		
Wykorzystanie seksualne, n (%)	Tak	95 (8,4)	11 (6,2)	0,986 (1)	0,3207
	Nie	1035 (91,6)	166 (93,8)		
Przemoc fizyczna, n (%)	Tak	320 (28,3)	38 (21,5)	3,607 (1)	0,0575
	Nie	810 (71,7)	139 (78,5)		
Odrzucenie przez rówieśników, n (%)	Tak	617 (54,5)	84 (47,5)	3,054 (1)	0,0805
	Nie	515 (45,5)	93 (52,5)		
Zawód uczuciowy, n (%)	Tak	385 (34,0)	63 (35,6)	0,170 (1)	0,68
	Nie	747 (66,0)	114 (64,4)		
Rozwód rodziców, n (%)	Tak	482 (42,6)	72 (40,7)	0,236 (1)	0,6274
	Nie	649 (57,4)	105 (59,3)		
Wagary, n (%)	Tak	634 (56,0)	77 (43,5)	9,638 (1)	<b>0,0019</b>
	Nie	498 (44,0)	100 (56,5)		
Powtarzanie klas, n (%)	Tak	335 (29,6)	32 (18,1)	10,011 (1)	<b>0,0016</b>
	Nie	798 (70,4)	145 (81,9)		
Trudności w nauce, n (%)	Tak	833 (73,6)	108 (61,0)	11,957 (1)	<b>0,0005</b>
	Nie	299 (26,4)	69 (39,0)		
Przerwanie nauki, n (%)	Tak	282 (24,9)	49 (27,7)	0,632 (1)	0,4265
	Nie	851 (75,1)	128 (72,3)		
Próby samobójcze w wywiadzie, n (%)	Tak	398 (35,1)	89 (50,3)	15,602 (1)	<b>0,0001</b>
	Nie	736 (64,9)	87 (49,1)		
Samouszkodzenia w wywiadzie, n (%)	Tak	476 (42,0)	96 (54,2)	-	<b>0,0023</b>
	Nie	657 (58,0)	81 (45,8)		

$\chi^2$  – statystyka testu chi<sup>2</sup>; df – liczba stopni swobody dla testu  $\chi^2$ ;  
n – liczebność grupy, różnice w całkowitych liczebnościach w tabelach krzyżowych wynikają z braków danych, p – istotne zależności podkreślono.  
\* Różnice w sumarycznych liczebnościach wynikają z braków danych.

Tab. 4. Różnice rozkładu zmiennych w grupach badanych (zmiennie jakościowe)\*

między głównym rozpoznaniem a prawdopodobieństwem trudności w nauce, wagarowania, powtarzania klasy, samouszkodzeń w wywiadzie ( $p < 0,001$ ) (tab. 4).

43,5% pacjentów potwierdzało wagarowanie. Wśród innych istotnych problemów edukacyjnych 61% wymieniało trudności w nauce; 10% powtarzało klasę. Z tab. 4 wynika, że 71,2% pacjentów z rozpoznaniem F30–F39 deklaruowało występowanie konfliktów rodzinnych. Na utrzymaniu rodziców pozostawało 17,5%. U 40,7% osób doszło do rozwodu rodziców. 69,5% zgłaszało brak oparcia w rodzinie. 6,2% pacjentów zgłaszało występujące w przeszłości wykorzystanie seksualne. 47,5% zgłaszało odrzucenie przez rówieśników. Przemoc fizyczną zgłaszało 21,5% osób. Zawodu uczuciowego doświadczyło 35,6% badanych. Naukę przerwało 27,7%. Wymienione powyżej zależności nie uzyskały jednak istotności statystycznej.

## OMÓWIENIE

Przedstawione wyniki badań wskazują jednoznacznie, że rozpoznanie zaburzeń afektywnych nie było

najliczniej reprezentowane w badanej populacji. Wśród hospitalizowanej psychiatrycznie młodzieży u największej liczby osób (28,9% badanych) występowały zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną. Diagnozę zaburzeń afektywnych (F30–F39) postawiono u 13,5% badanych. Są to wartości niższe od uzyskanych w badaniu Harpaza-Rotema i wsp. (2005). Do 2000 roku zaobserwowali oni wzrost liczby hospitalizacji młodzieży z rozpoznaniem szeroko pojętych zaburzeń afektywnych (w tym ChAD typu I i typu II, nieokreślonych i cyklotymii) z 11% rozpoznania w 1995 roku do 18% w roku 2000.

W badanej grupie pacjentów z zaburzeniami afektywnymi większość stanowiły kobiety (73%). Średnia wieku pacjentów z rozpoznaniem F30–F39 wynosiła 16 lat (15–17). Wynik ten pokrywa się ze wskazaniami, że 20% chorych podaje szczyt zachorowań w okresie od 15. do 19. roku życia (Radziwiłłowicz, 2020). Dane z badania Holtzman i wsp. (2015) wskazują, że 43% osób z tą chorobą obserwowało jej objawy w wieku 13–18 lat, badacze ci jednak odnosili się wyłącznie do rozpoznania ChAD.

W badaniu stwierdzono istotną statystycznie zależność między głównym rozpoznaniem (zaburzenia afektywne) hospitalizowanych pacjentów a prawdopodobieństwem próby samobójczej w wywiadzie. Osoby z rozpoznaniem zaburzeń nastroju (grupa F30–F39) najczęściej dokonywały prób samobójczych i samouszkodzeń. Połowa badanych (50,6%) miała przynajmniej jedną próbę samobójczą w wywiadzie. W populacji ogólnej z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych odsetek ten wyniósł 66% (Bottlender *et al.*, 2000; Jeon *et al.*, 2010; Raja i Azzoni, 2004). Należy zauważyć różnicę tego odsetka dla obu tych populacji. Mimo wysokiego ryzyka prób samobójczych w populacji dzieci i młodzieży z zaburzeniami afektywnymi wyliczone ryzyko jest niższe niż w badaniach dotyczących populacji ogólnej.

Zaobserwowano istotną statystycznie zależność między głównym rozpoznaniem a prawdopodobieństwem trudności w nauce, wagarowania, powtarzania klasy, samouszkodzeń w wywiadzie. Samouszkodzenia występowały u ponad połowy badanej młodzieży. Dane te są odmienne od analiz Radziwiłłowicz i Lewandowskiej (2017), w których siła korelacji pomiędzy nasileniem depresji a funkcjami samouszkodzeń była na niskim lub umiarkowanym poziomie. W badaniu Warzochoy i wsp. (2008) nie wykazano związku pomiędzy dokonywaniem samouszkodzeń a rodzajem ustalonego rozpoznania. Jedną z przyczyn tych rozbieżności może być czas, w którym prowadzono badania. W pierwszej dekadzie XXI wieku zaczęły dopiero występować pierwsze oznaki kryzysu w psychiatrii wieku rozwojowego w postaci narastania liczby hospitalizacji z powodu zachowań samobójczych i/lub samookaleczeń, co wiązało się później z ograniczaniem dostępności do stacjonarnych usług psychiatrycznych dla dzieci z innymi problemami psychicznymi. Specjalizacja w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży została reaktywowana w Polsce dopiero w 2006 roku (Gmitrowicz i Janas-Kozik, 2018).

Badanie pozwoliło również uzyskać dane na temat częstości występowania czynników ryzyka w badanej grupie młodzieży z rozpoznaniem F30–F39. 71,2% pacjentów z rozpoznaniem F30–F39 deklaroowało występowanie konfliktów rodzinnych. Na utrzymaniu rodziców pozostawało 17,5%. U 40,7% osób doszło do rozwodu rodziców. 69,5% zgłaszało brak oparcia w rodzinie. 6,2% pacjentów zgłaszało występujące w przeszłości wykorzystanie seksualne. 47,5% zgłaszało odrzucenie przez rówieśników. Przemoc fizyczną zgłaszało 21,5% osób. Zawodu uczuciowego doświadczyło 35,6% badanych. Naukę przerwało 27,7%. Zależności te nie uzyskały jednak istotności statystycznej. W badaniach Rajewskiej-Rager i Rybakowskiego (2008) stwierdzono tę istotność w zakresie czynników takich jak: konflikty małżeńskie/rodzinne, śmierć bliskiej osoby, zawody emocjonalne, konflikty interpersonalne, zmiany statusu finansowego, choroby przewlekłe. Otrzymane dane nie pokrywają się z dotychczasową wiedzą (Pine *et al.*, 2002; Wise *et al.*, 2001) w związku z brakiem istotności czynników wykorzystania seksualnego, nadużycia psychicznego lub fizycznego.

## WNIOSKI

1. Rozpoznanie zaburzeń nastroju/afektywnych (F30–F39 według ICD-10) ustalono u 13,5% badanych. Są to wartości niższe od oczekiwanych na podstawie literatury.
2. Średnia wieku pacjentów z rozpoznaniem F30–F39 wynosiła 16 lat (15–17). Wynik ten pokrywa się z doniesieniami z piśmiennictwa.

3. Ustalono, że czynnikami ryzyka wystąpienia zaburzeń afektywnych w badanej populacji były: próby samobójcze w wywiadzie, trudności w nauce, wagarowanie, powtarzanie klasy, samouszkodzenia w wywiadzie. Ryzyko podjęcia próby samobójczej w grupie z rozpoznaniem zaburzeń nastroju jest większe u kobiet.
4. 6,2% badanych zgłaszało występujące w przeszłości wykorzystanie seksualne. Przemoc fizyczną zgłaszało 21,5% osób z rozpoznaniem F30–F39. Zależności te nie uzyskały jednak istotności statystycznej.
5. Wśród badanych z rozpoznaniem zaburzeń nastroju u 50,6% odnotowano próby samobójcze, a u 54,2% samouszkodzenia.

W przyszłości należałoby zbadać opisane zależności, uwzględniając podział grupy badanej na rozpoznania: epizod maniakalny, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, epizod depresji bez objawów psychotycznych i z objawami psychotycznymi, inne epizody depresyjne, epizod depresyjny nieokreślony, zaburzenia depresyjne nawracające, uporczywe zaburzenia nastroju, cyklotymia, dystymia.

## 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.*

## Wkład autorów

*Gromadzenie i/lub zestawianie danych: AG, RS. Napisanie artykułu: MAW, AG.*

## Piśmiennictwo

- Antosik-Wójcicka AZ: Zaburzenia afektywne. In: Remberk B (ed.): Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020: 167–182.
- Baldessarini RJ, Tondo L: Suicide risk and treatments for patients with bipolar disorder. *JAMA* 2003; 290: 1517–1519.
- Bomba J: Depresja młodzieńcza. In: Namysłowska I (ed.): Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 299–316.
- Bottlender R, Jäger M, Strauss A et al.: Suicidality in bipolar compared to unipolar depressed inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250: 257–261.
- Carr A: Depresja i próby samobójcze młodzieży. Sposoby przeciwdziałania i reagowania. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2004.
- Cichoń L, Janas-Kozik M, Siwiec A et al.: Obraz kliniczny i leczenie choroby afektywnej dwubiegunowej u dzieci i młodzieży. *Psychiatr Pol* 2020; 54: 35–50.
- De Crescenzo F, Serra G, Maisto F et al.: Suicide attempts in juvenile bipolar versus major depressive disorders: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017; 56: 825–831.e3.
- Fristad MA, Nick EA: Bipolar disorder during childhood and adolescence. In: DeRubeis RJ, Strunk DR (eds.): *The Oxford Handbook of Mood Disorders*. Oxford University Press, Oxford–New York 2017: 287–298.
- Galecki P, Pilecki M, Rymaszewska J et al. (eds.): Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5<sup>®</sup>. Wydanie piąte. Edra Urban & Partner, Wrocław 2018: 189–205.
- Gmitrowicz A: Psychiatryczne i somatyczne czynniki ryzyka samobójstwa. In: Gmitrowicz A, Makara-Studzińska M, Młodożeniec A: *Ryzyko samobójstwa u młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 103–110.
- Gmitrowicz A, Janas-Kozik M (eds.): Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. *Medical Tribune Polska*, Warszawa 2018: 3–4.
- Hammen C, Henry R, Daley SE: Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 782–787.
- Harpaz-Rotem I, Leslie DL, Martin A et al.: Changes in child and adolescent inpatient psychiatric admission diagnoses between 1995 and 2000. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 642–647.
- Holtzman JN, Miller S, Hooshmand F et al.: Childhood-compared to adolescent-onset bipolar disorder has more statistically significant clinical correlates. *J Affect Disord* 2015; 179: 114–120.
- Jeon HJ, Lee JY, Lee YM et al.: Lifetime prevalence and correlates of suicidal ideation, plan, and single and multiple attempts in a Korean nationwide study. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198: 643–646.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 1997.
- McCauley E, Pavlidis K, Kendall K: Developmental precursors of depression: the child and the social environment. In: Goodyer IM (ed.): *The Depressed Child and Adolescent*. Cambridge University Press, Cambridge 2001: 46–78.
- McManama O'Brien KH, Berzin SC: Examining the impact of psychiatric diagnosis and comorbidity on the medical lethality of adolescent suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav* 2012; 42: 437–444.
- Ministerstwo Zdrowia: Informacja o aktualnym stanie prac nad reformą w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. 2023. Available from: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacja-o-aktualnym-stanie-prac-nad-reforma-w-systemie-ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy> [cited: 22 April 2023].
- Moreno C, Laje G, Blanco C et al.: National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 1032–1039.
- Moskalewicz J, Wciórka J (eds.): Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań – raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2021.
- Pine DS, Cohen P, Johnson JG et al.: Adolescent life events as predictors of adult depression. *J Affect Disord* 2002; 68: 49–57.
- Pużyński S: Choroby afektywne (zaburzenia afektywne nawracające). In: Bilikiewicz A (ed.): *Psychiatria*. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 323–340.
- Radziwiłłowicz W: Zaburzenia emocjonalne (internalizacyjne). In: Grzegorzewska I, Cierpiakowska L, Borkowska AR (eds.): *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020: 409–450.
- Radziwiłłowicz W, Lewandowska M: Funkcje zamierzonych samookaleczeń i ich kliniczne korelaty wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie. *Psychiatr Pol* 2017; 51: 303–322.
- Raja M, Azzoni A: Suicide attempts: differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk. *J Affect Disord* 2004; 82: 437–442.
- Rajewska-Rager A, Rybakowski J: The role of stressful life events in the pathogenesis of depression. *Neuropsychiatr Neuropsychol* 2008; 3: 147–152.
- Rogers JP, Chesney E, Oliver D et al.: Suicide, self-harm and thoughts of suicide or self-harm in infectious disease epidemics: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2021; 30: e32.
- statystyka.policja.pl: Zamachy samobójcze od 2017 roku. Available from: <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html> [cited: 22 April 2023].
- Strzyżewski W, Nowakowska C: [The role of triggering factors in the pathogenesis of depressive syndromes]. *Psychiatr Pol* 1983; 17: 31–37.
- Warzocha D, Gmitrowicz A, Pawełczyk T: Związek samouszkodzeń wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie z rodzajem zaburzeń psychicznych i wybranymi czynnikami środowiskowymi. *Psychiatr Pol* 2008; 42: 659–669.
- Wendołowska A: Depresja adolescentów w świetle teorii przywiązania. *Psychoterapia* 2017; 181: 87–102.
- Wise LA, Zierler S, Krieger N et al: Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimization: a case-control study. *Lancet* 2001; 358: 881–887.