

Wyniki badania dzieci i młodzieży (wiek 7 -17 lat)

Krzysztof Ostaszewski, Michał Kucharski,
Jakub Stokwiszewski
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Konferencja projektu EZOP II
Warszawa, 15-16 listopada 2021 r.





Tytułem wstępu

Dwa reprezentatywne populacyjne badania zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce

1. T. Wolańczyk (2002) – kwestionariusze (CBCL, TRF, YSR)
2. J. Moskalewicz, J. Wciórka (red.) EZOP II (2021) –
kwestionariusz MINI Kid

Próba



Próba z ogólnej populacji dzieci i młodzieży w wieku 7-17 lat

- Dobór losowy (PESEL)
- Dzieci 7-11 lat (N=1002), średnia wieku 8,7 lat
- Młodzież 12-17 lat (N=1186), średnia wieku 14,2 lata
- Realizacja przed pandemią - 2018/ 2019

Próba



Charakterystyka społeczno-demograficzna

- 50,1% chłopców, 49,9% dziewcząt
- 44% mieszkała na wsi, 56% w miastach o różnej wielkości
- Wykształcenie rodziców: 18% zasadnicze, 48% średnie, 32% wyższe
- 11% rodzin badanych dzieci korzystało z pomocy społecznej

EZOP II: Metoda



- Kwestionariusz MINI Kid (Sheehan i wsp. 2010)
- Wersja 7.0.2 oparta na klasyfikacji DSM-5
- Ocena 24 zaburzeń zdrowia psychicznego (24 moduły)
- Moduły - sekcje pytań przesiewowych (screening) i sekcje diagnostyczną (zależną od wyniku screeningu)

- Wywiady indywidualne (CAPI)
- Ankieterzy starannie przeszkoleni (5-dniowe szkolenie z egzaminem końcowym)
- Dzieci (7-11 lat) badane z udziałem rodziców
- Młodzież (12-17 lat) bez rodziców, chyba, że rodzice nie wyrażali zgody na badanie bez ich udziału

Pytania (przykład fobia społeczna) przesiewowe i diagnostyczne



- **Czy w ostatnim miesiącu** czułeś(-aś) się niespokojny(-a) lub zakłopotany(-a), gdy Twoi rówieśnicy na ciebie patrzyli?
- **Czy w ostatnim miesiącu** obawiałeś(-aś) się, że zostaniesz wyśmiany(-a) (na przykład, gdy wypowiadasz się przy całej klasie albo, gdy jesz lub piesz przy innych)? (TAK /NIE)

- Czy te sytuacje prawie zawsze powodowały u Ciebie niepokój lub strach?
- Czy obawiałeś(-aś) się i unikałeś(-aś) tych sytuacji przez przynajmniej 6 miesięcy?
- Czy te lęki powodowały poważne problemy w domu, w szkole, z przyjaciółmi lub w innych ważnych dla ciebie sprawach?

Plan prezentacji



1. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych
2. Inne wyniki (PbP, objawy autyzmu)
3. Uwarunkowania społeczno-demograficzne zaburzeń
4. Potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży
5. Zdziwienia / znaki zapytania
6. Wnioski i rekomendacje

Punkt 1



Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym w Polsce

Skoncentrowano się na szacowaniu zaburzeń w **bieżącej perspektywie czasowej:**

kilka ostatnich dni (epizody manii)

ostatni miesiąc (np. fobie), **ostatnie 6 miesięcy** (np. ADHD)

12 miesięcy (np. zaburzenia związane z piciem alkoholu)

Co badano?

Zaburzenia internalizacyjne	Zaburzenia nastroju	Zaburzenia eksternalizacyjne
1. Lęk uogólniony	10. Zaburzenia depresyjne	12. Zaburzenia zachowania
2. Zaburzenia paniczne	11. Epizody manii	13. Opozycyjno-buntownicze
3. Agorafobia		14. ADHD
4. Fobia społeczna	23. Epizody hipomanii	15. Odżywiania
5. Fobie swoiste	24. Zaburzenia dwubiegunowe typ 1 i 2	16. Związane z piciem alkoholu
6. Lęk separacyjny		17. Związane z używaniem SPA
7. Obsesyjno-kompulsyjne		18. Tendencje samobójcze
8. PTSD		19. Tiki
9. Adaptacyjne	Inne	
	20. Przeżycia bliskie psychotycznym	
	21. Objawy zaburzeń ze spektrum autyzmu	
	22. Wydarzenia traumatyczne	

Internalizacyjne (bieżące)

Zaburzenia wg DSM-5	Dzieci 7-11 lat		Młodzież 12-17 lat		Razem 7-17 lat	
	%	w tys.	%	w tys.	%	w tys.
Lęk uogólniony	0,2		0,6		0,4	
Napady paniki	0,0		0,0		0,0	
Agorafobia	0,0		0,2		0,1	
Fobia społeczna	1,1		0,6		0,9	
Fobie swoiste	7,0		4,7		5,7	
Lęk separacyjny	0,2		0,4		0,3	
Obsesyjno-kompulsyjne	0,3		0,7		0,5	
PTSD	0,1		0,1		0,1	
Adaptacyjne	0,0		0,3		0,1	
Jakiegolwiek internaliz.	8,1	159,7	6,6	150,0	7,3	309,7

Afektywne (bieżące)

Zaburzenia wg DSM-5	Dzieci 7-11 lat		Młodzież 12-17 lat		Razem 7-17 lat	
	%	w tys.	%	w tys.	%	w tys.
Zaburzenia depresyjne	0,4		1,5		1,0	
Epizody manii	0,5		1,2		0,9	
Dwubiegunowe typu 1*						
Jakiegokolwiek afektywne	0,8	16,6	2,4	53,9	1,7	70,5

* Rozpoznanie zaburzeń dwubiegunowych typu 1 pokrywały się z rozpoznaniem epizodu manii, dlatego nie ma w tabeli wyników

Eksternalizacyjne dzieci i młodzież (bieżące*)

Zaburzenia wg DSM-5	Dzieci 7-11 lat		Młodzież 12-17 lat		Razem 7-17 lat	
	%	w tys.	%	w tys.	%	w tys.
Zaburzenia zachowania	0,7		1,6		1,2	
Opozycyjno-buntownicze	0,3		1,1		0,7	
ADHD	2,0		2,0		2,0	
Tiki	0,9		1,9		1,5	
Jakiegolwiek eksternalizacyjne	3,1	60,7	5,1	111,3	4,0	172,0

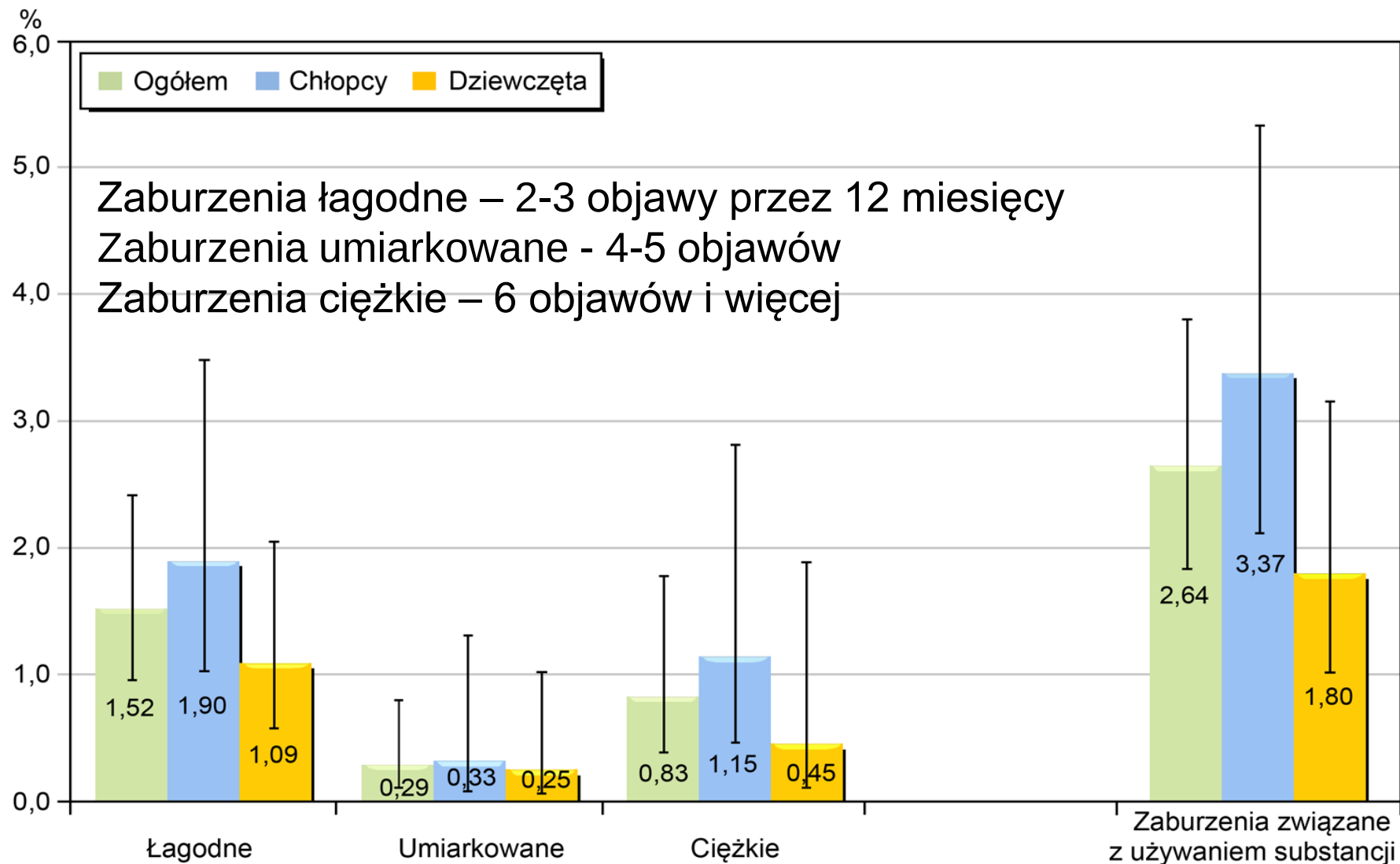
* Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi poszczególnych zaburzeń psychicznych rozpoznania zaburzeń stawiano w oparciu o pytania dotyczące okresu ostatniego roku, ostatnich 6 miesięcy, ostatniego miesiąca, ostatnich 2 tygodni lub ostatnich kilku dni

Eksternalizacyjne okresu dojrzewania (bieżące)



Zaburzenia wg DSM-5	Młodzież 12-17 lat	
	%	w tys.
Zaburzenia odżywiania łącznie	2,6	59,2
Anoreksja	2,2	
Bulimia	0,3	
Napadowe objadanie się	0,2	
Związane z używaniem substancji psychoaktywnych	4,2	96,3
Związane z piciem alkoholu	2,5	
Związane z używaniem SPA	2,6	
Eksternalizacyjne okresu dojrzewania	6,3	143,1

Zaburzenia związane z używaniem substancji (innych niż alkohol i nikotyna)



Kryteria diagnostyczne DSM-V zaburzeń zw. z używaniem substancji



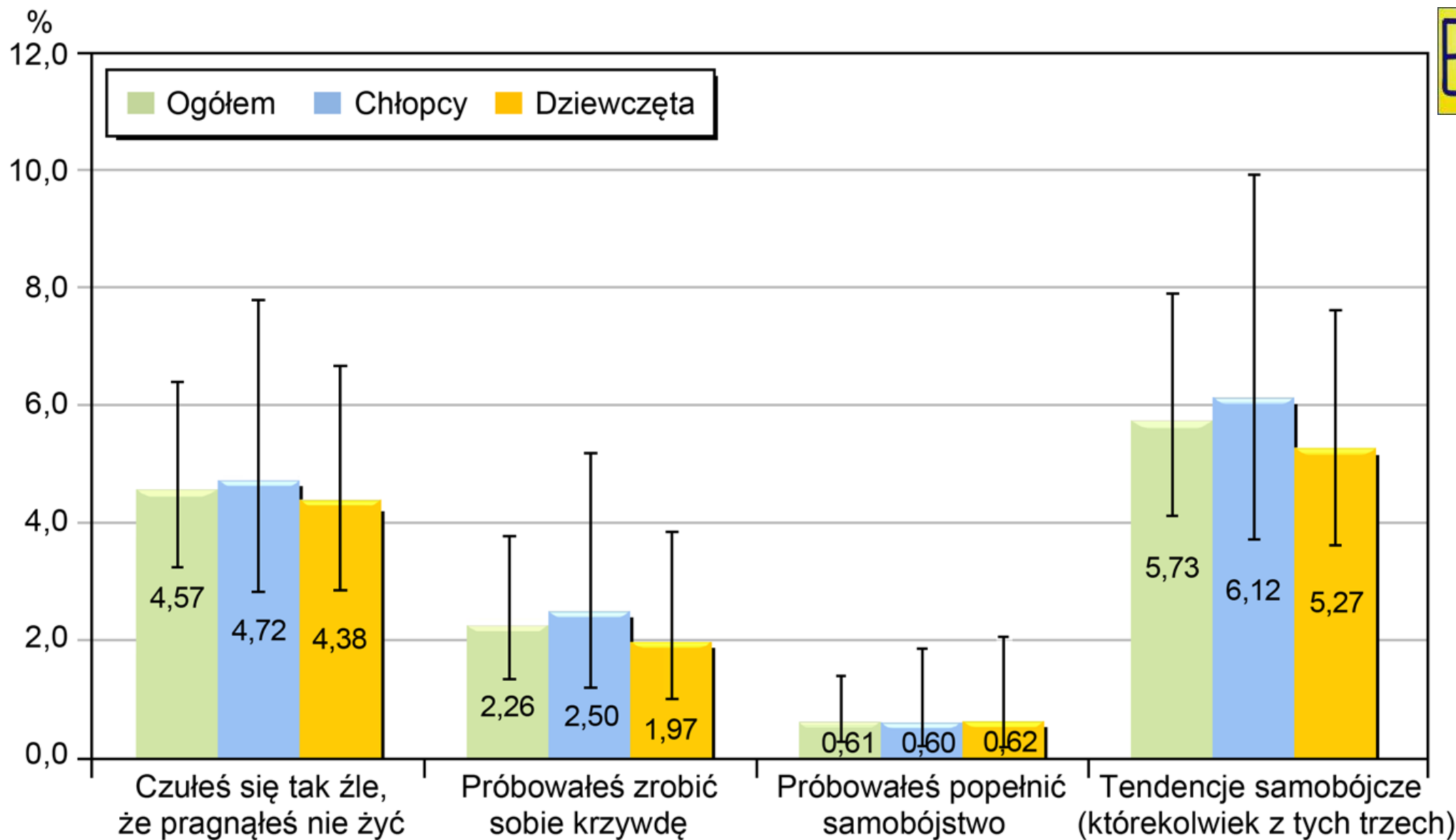
1. Substancja często używana w dużych ilościach lub przez okres dłuższy niż zamierzony
2. Trwałe pragnienie lub bezskuteczne próby przerwania albo kontrolowania
3. Duża ilość czasu jest poświęcana na działania niezbędne do pozyskania substancji, używania
4. Pragnienie, silna potrzeba lub przymus używania substancji
5. Używanie substancji powoduje trudności w wypełnianiu ważnych obowiązków w pracy, szkole lub w domu
6. Używanie pomimo świadomości problemów społecznych lub międzyludzkich, wywołanych przez skutki jej używania.
7. Porzucenie lub zmniejszenie częstości wykonywania czynności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych z powodu używania substancji
8. Powtarzające się używanie substancji w sytuacjach, w których jest to fizycznie ryzykowne
9. Używanie pomimo świadomości istnienia trwałych lub nawracających problemów fizycznych z powodu używania substancji.
10. Rozwój tolerancji
11. Zespół odstawienny

Tendencje samobójcze



	Młodzież 12-17 lat	
	%	w tys.
Tendencje samobójcze (myśli, próby) (kiedykolwiek w życiu)	5,7	130,9
Ocena ryzyka zamachu samobójczego w ostatnim miesiącu (bieżąca)		
Niskie ryzyko	4,9	111,0
Średnie ryzyko	0,5	10,9
Wysokie ryzyko	0,4	9,0

Tendencje samobójcze (kiedykolwiek w życiu)



Jakiegokolwiek zaburzenia psychiczne (bieżące)

Jakiegokolwiek zaburzenie wg DSM-5	Dzieci 7-11 lat		Młodzież 12-17 lat		Razem 7-17 lat	
	%	w tys.	%	w tys.	%	w tys.
EZOP II	11,0	216,0	15,4	352,1	13,4	568,1
Inne wyniki do porównania						
T. Wolańczyk (2002); wiek 11-19 lat					ok.9,0	
Polanczyk i wsp. (2015); 27 krajów (wiek do 18 r.ż.)					13,4	
Barican i wsp. 2021; 11 krajów (4-18 lat)					12,7	
EZOP II (młodzi dorośli 18-29 lat)					18,7	



Punkt 2

- Inne wyniki (oszacowanie grup ryzyka)

Przeżycia bliskie psychotycznym (kiedykolwiek w życiu)

Sześć rodzajów przeżyć bliskich psychotycznym	Razem 7-17 lat	
	%	w tys.
1. Spisek	3,1	
2. Owładnięcie umysłu	2,2	
3. Dedykowany przekaz	2,6	
4. Utrata kontroli nad swoim umysłem	2,7	
5. Dziwaczność / niezrozumiałość	4,2	
6. Głosy / wizje	2,2	
Jeden rodzaj	5,9	
Dwa rodzaje	2,5	
Trzy rodzaje lub więcej (grupa ryzyka)	1,9	79,4

Objawy zaburzeń ze spektrum autyzmu (kiedykolwiek w życiu)

Kryterium A i B	Razem 7-17 lat	
	%	w tys.
Kryterium A. Trudności w komunikacji z innymi i w interakcjach społecznych (np. trudności w nawiązaniu bliższych znajomości, niewerbalnej komunikacji)	7,5	
Kryterium B. Powtarzające się wzory zachowań, zainteresowań i czynności (np. przywiązanie do rutynowych czynności i nietypowych zainteresowań)	19,0	
Współwystępowanie kryterium A i B (grupa ryzyka)	3,3	142,0

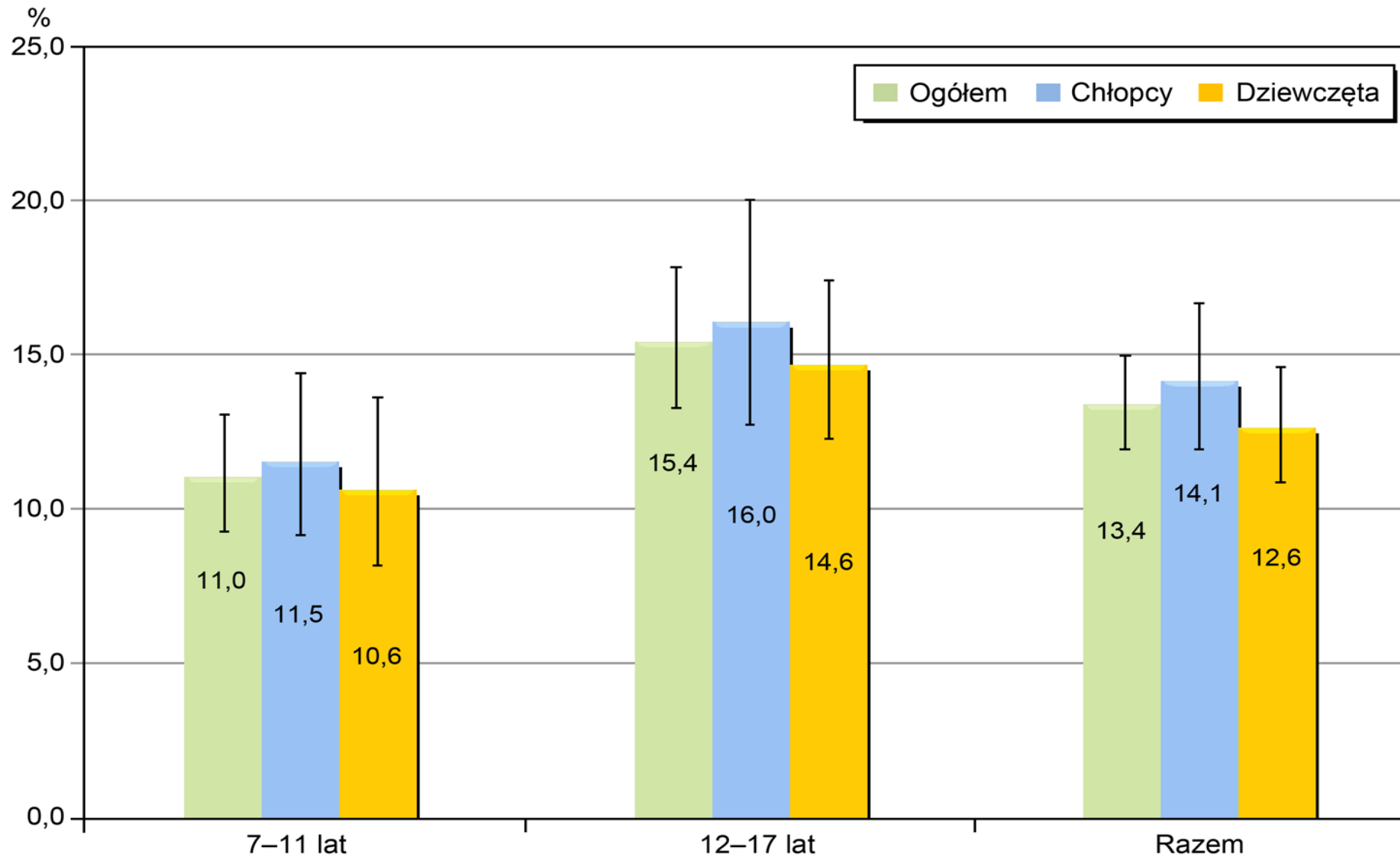


Punkt 3

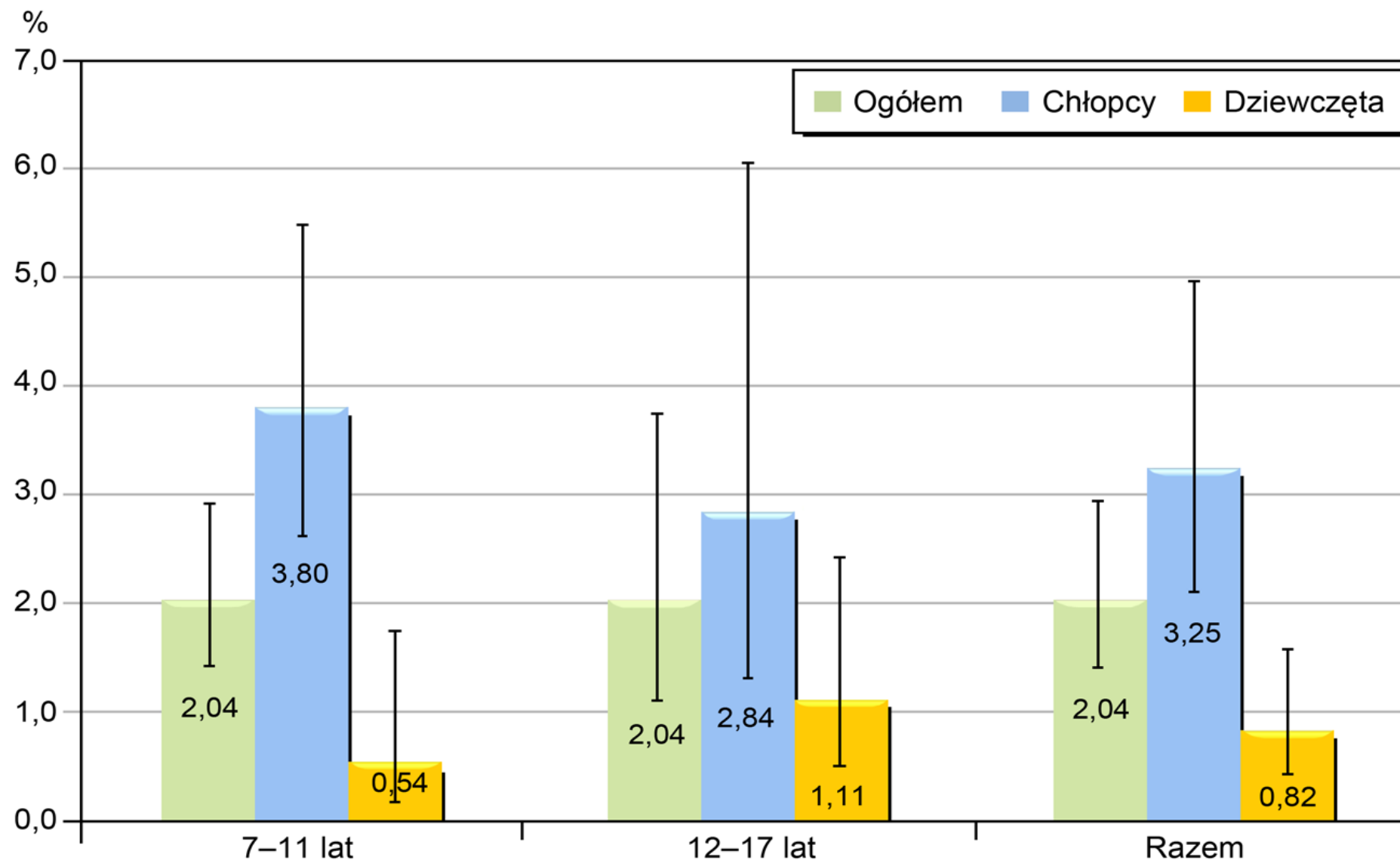
Uwarunkowania społeczno-demograficzne zaburzeń psychicznych
wśród dzieci i młodzieży szkolnej

- Płeć
- Wiek
- Status socjalny rodziny
- Wykształcenie rodziców
- Miejsce zamieszkania

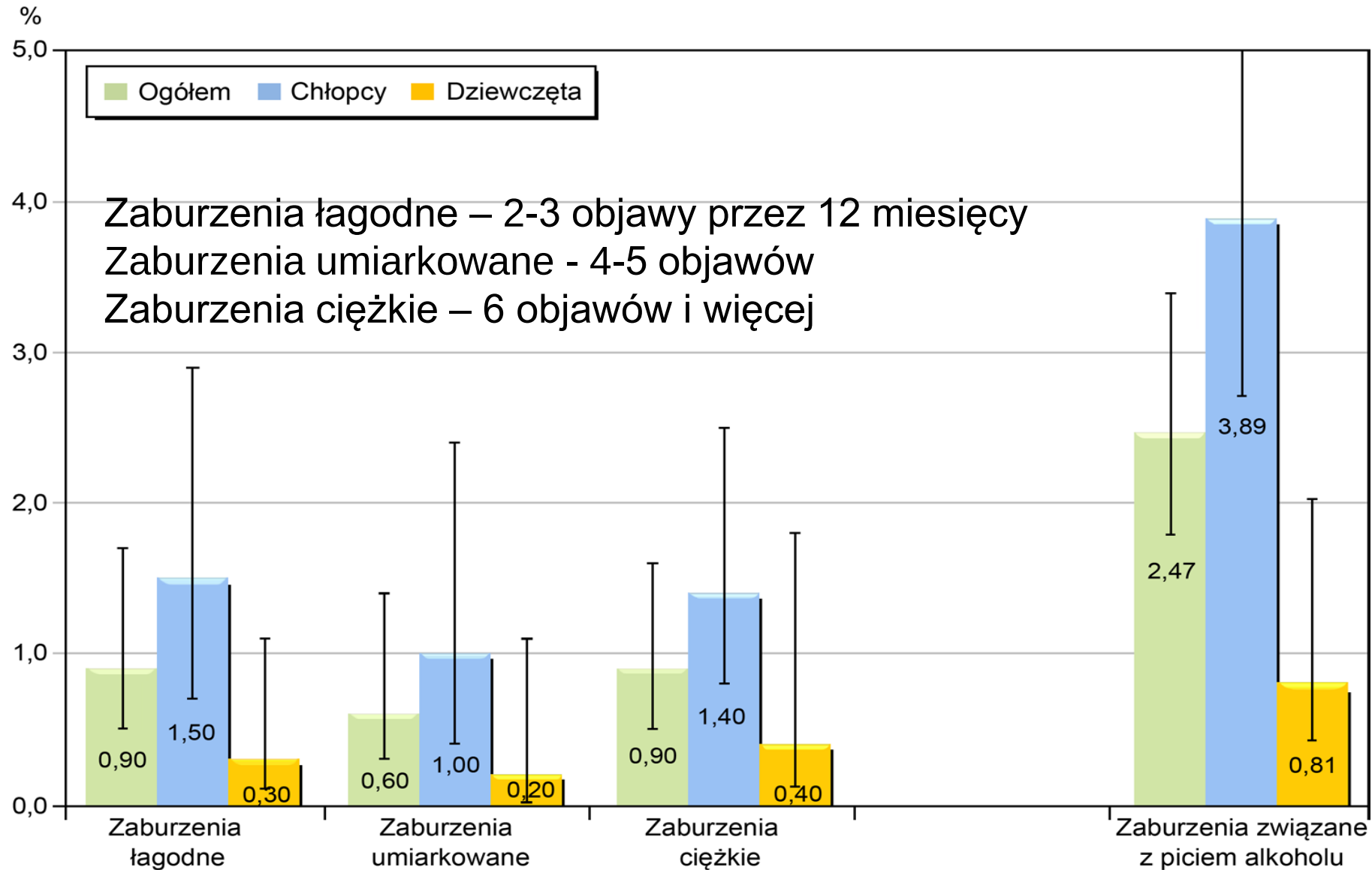
Płeć a jakiegolwiek zaburzenia psychiczne



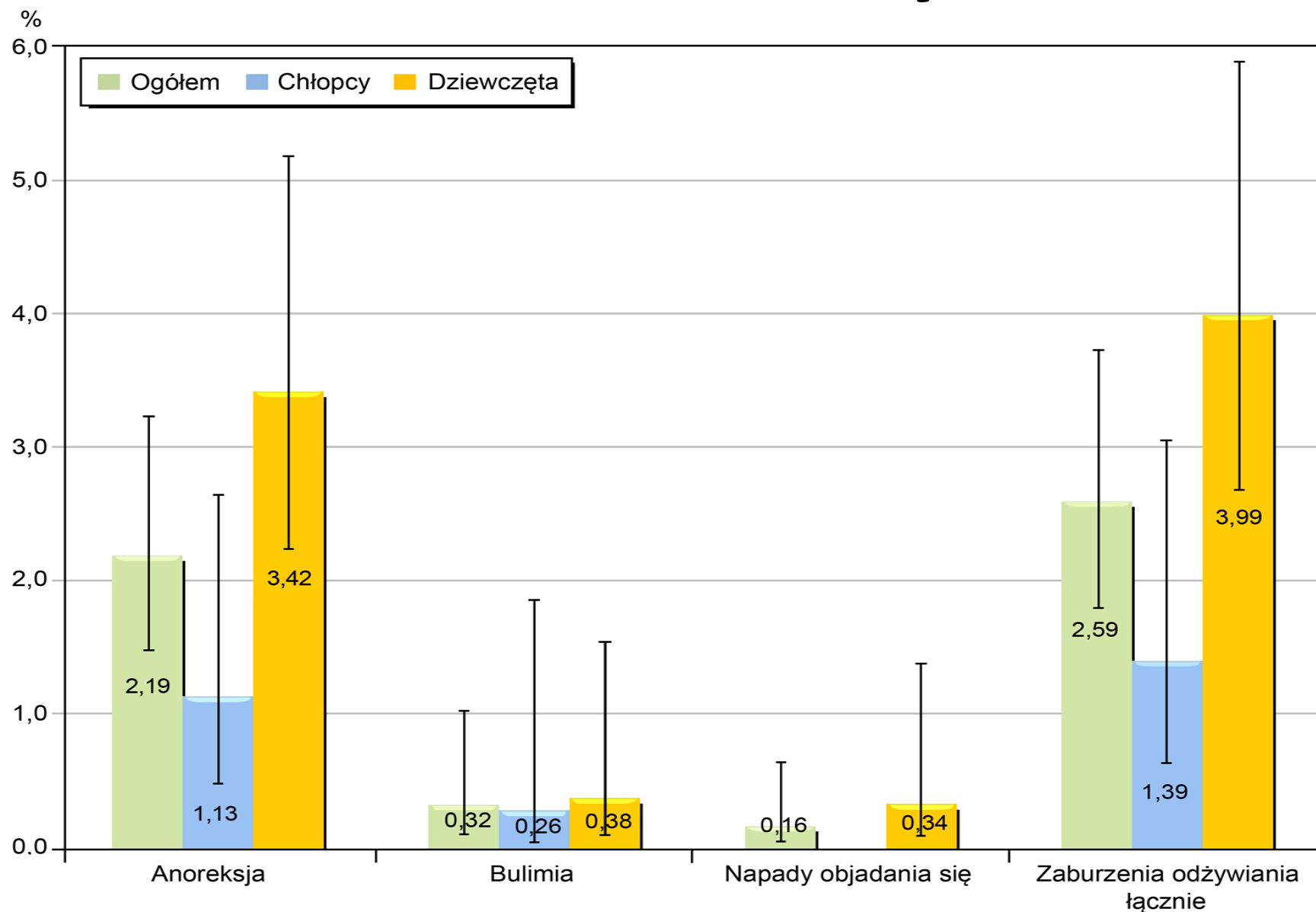
Płeć a rozpowszechnienie ADHD



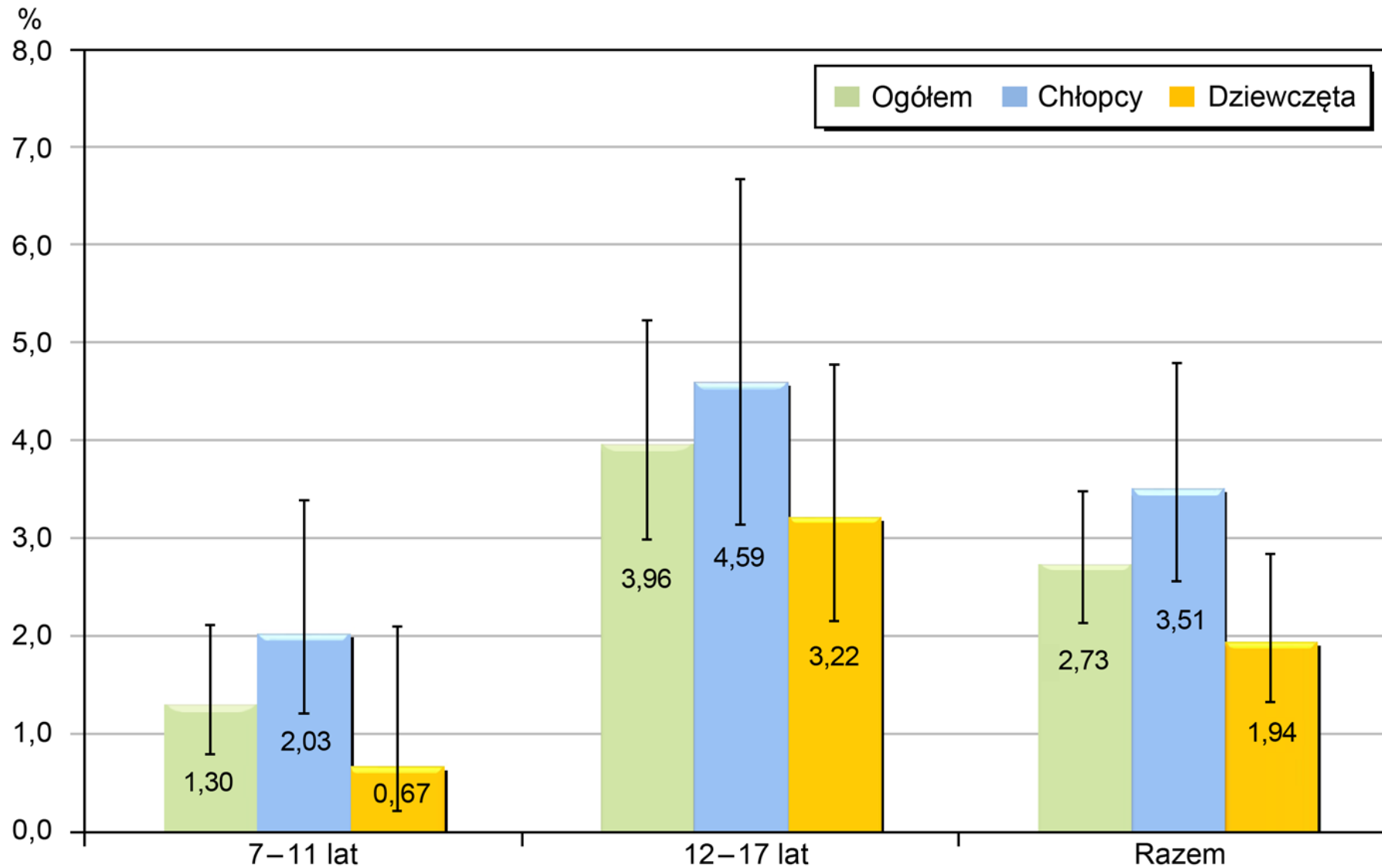
Płeć a zaburzenia związane z piciem alkoholu



Płeć a zaburzenia odżywiania



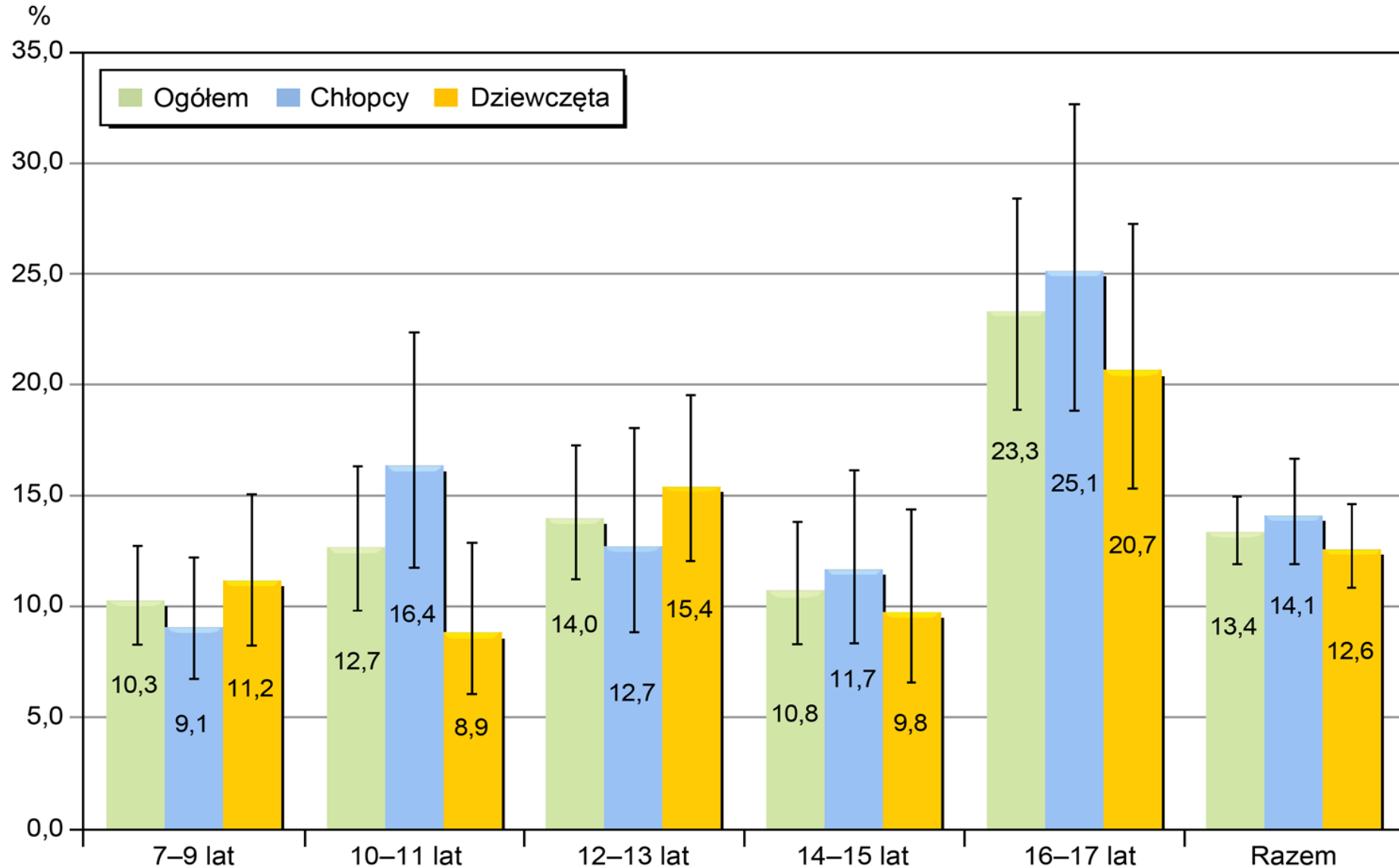
Płeć a zaburzenia depresyjne



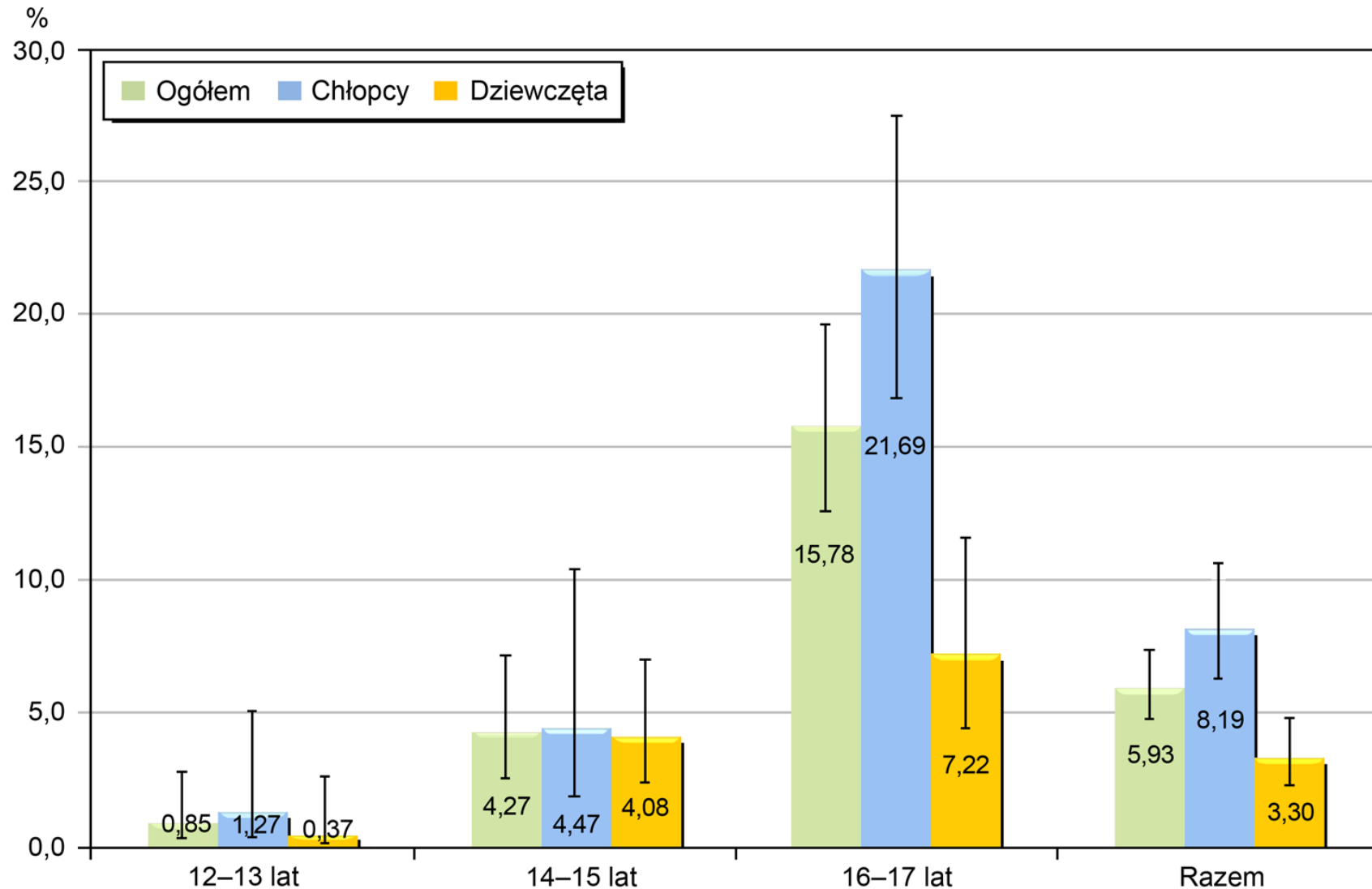
Płeć

- Płeć nie różnicuje w istotny sposób rozpowszechnienia jakichkolwiek zaburzeń psychicznych
- Chłopcy istotnie częściej niż dziewczęta przejawiają:
 - zaburzenia związane z piciem alkoholu (3,9% vs 0,8%)
 - zaburzenia uwagi i nadaktywności (ADHD) (3,3% vs 0,8%)
- Wbrew wcześniejszym doniesieniom płeć nie różnicuje istotnie zaburzeń depresyjnych i zaburzeń odżywiania. Może to wynikać z niewielkiej liczby osób z takimi rozpoznaniemami w naszej próbie respondentów

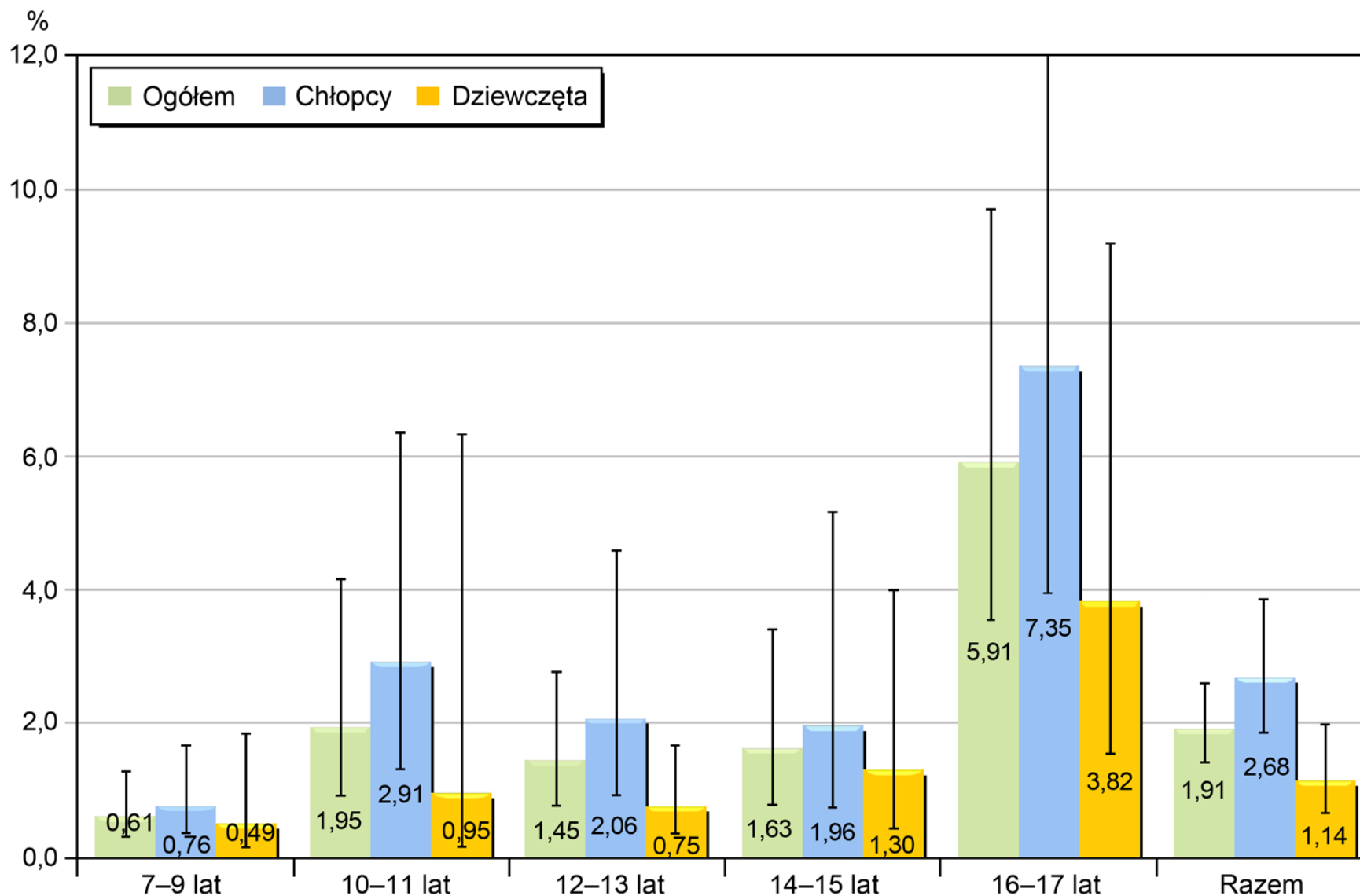
Wiek a jakiegolwiek zaburzenia



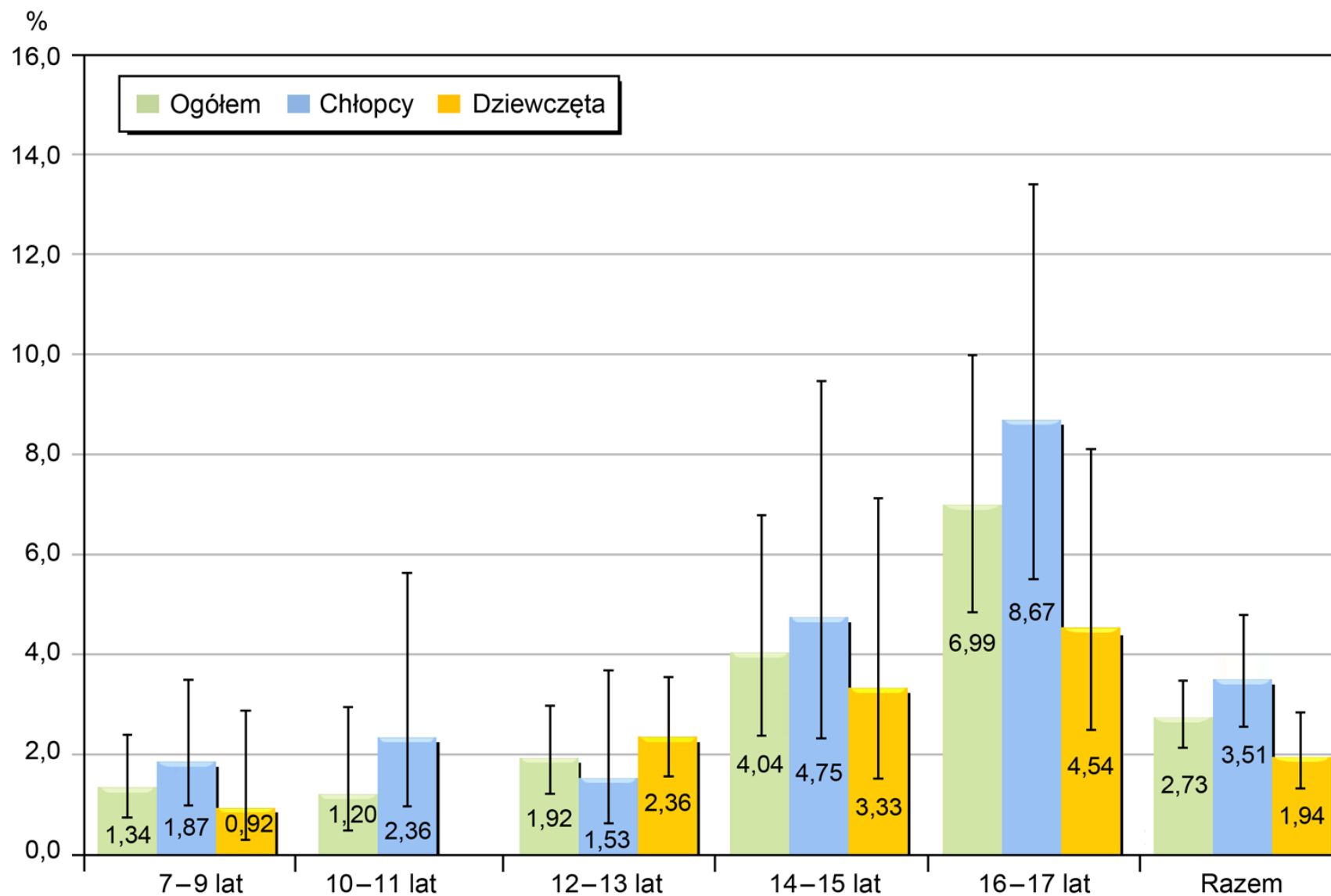
Wiek a zaburzenia związane z piciem alkoholu



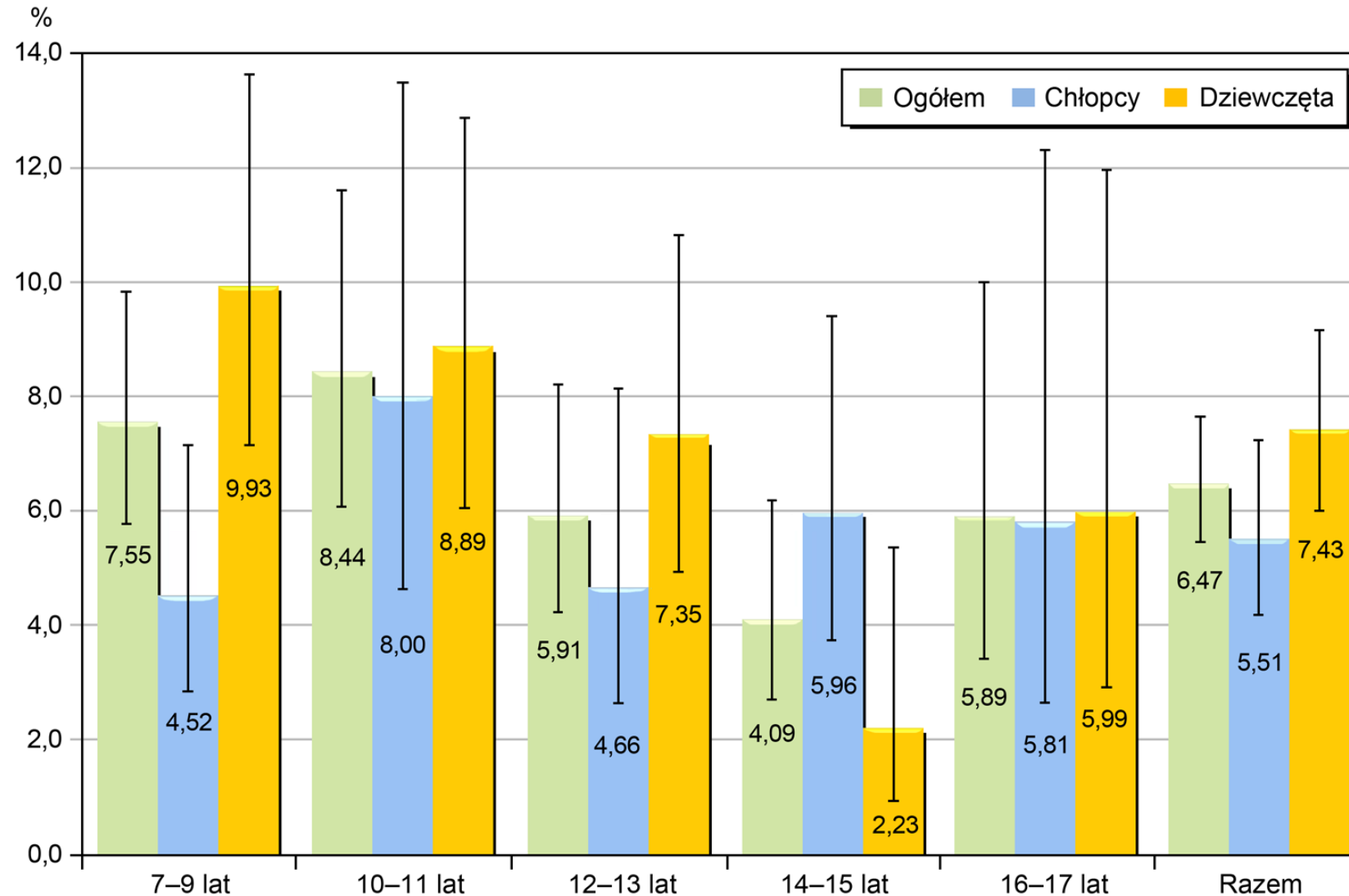
Wiek a zaburzenia zachowania



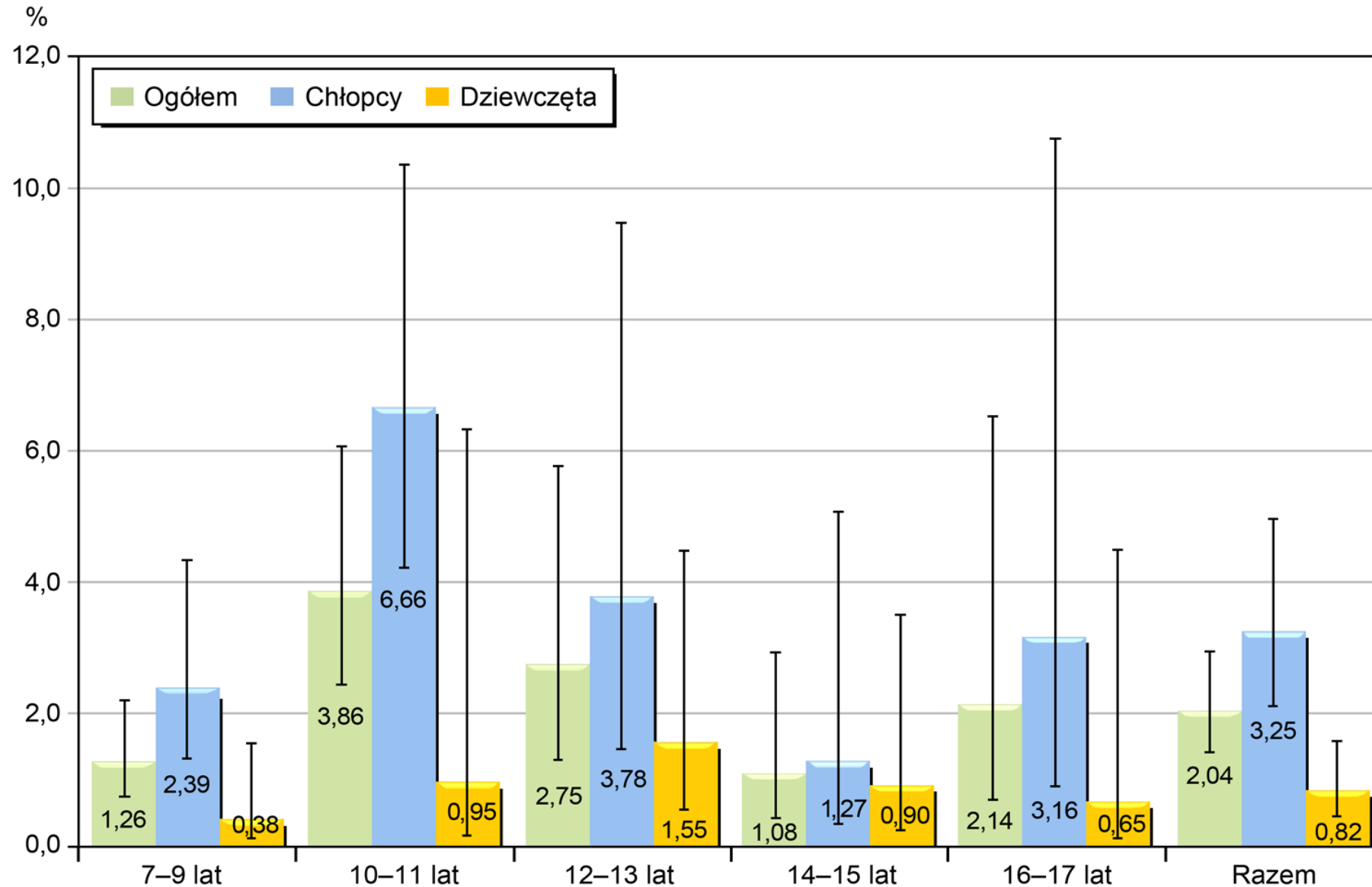
Wiek a depresja (kiedykolwiek w życiu)



Wiek a zaburzenia lękowe (fobie i lęk separacyjny)



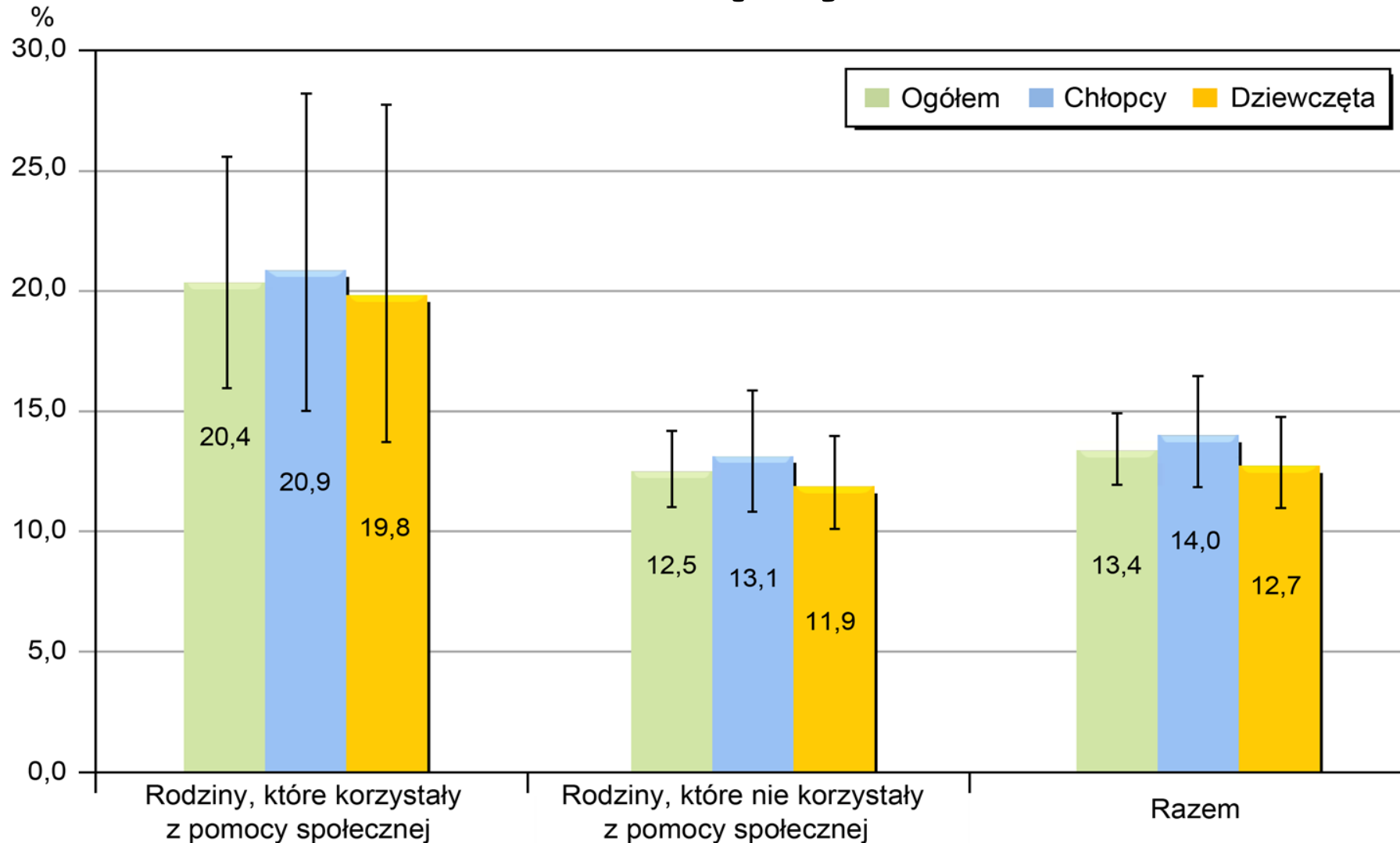
Wiek a ADHD



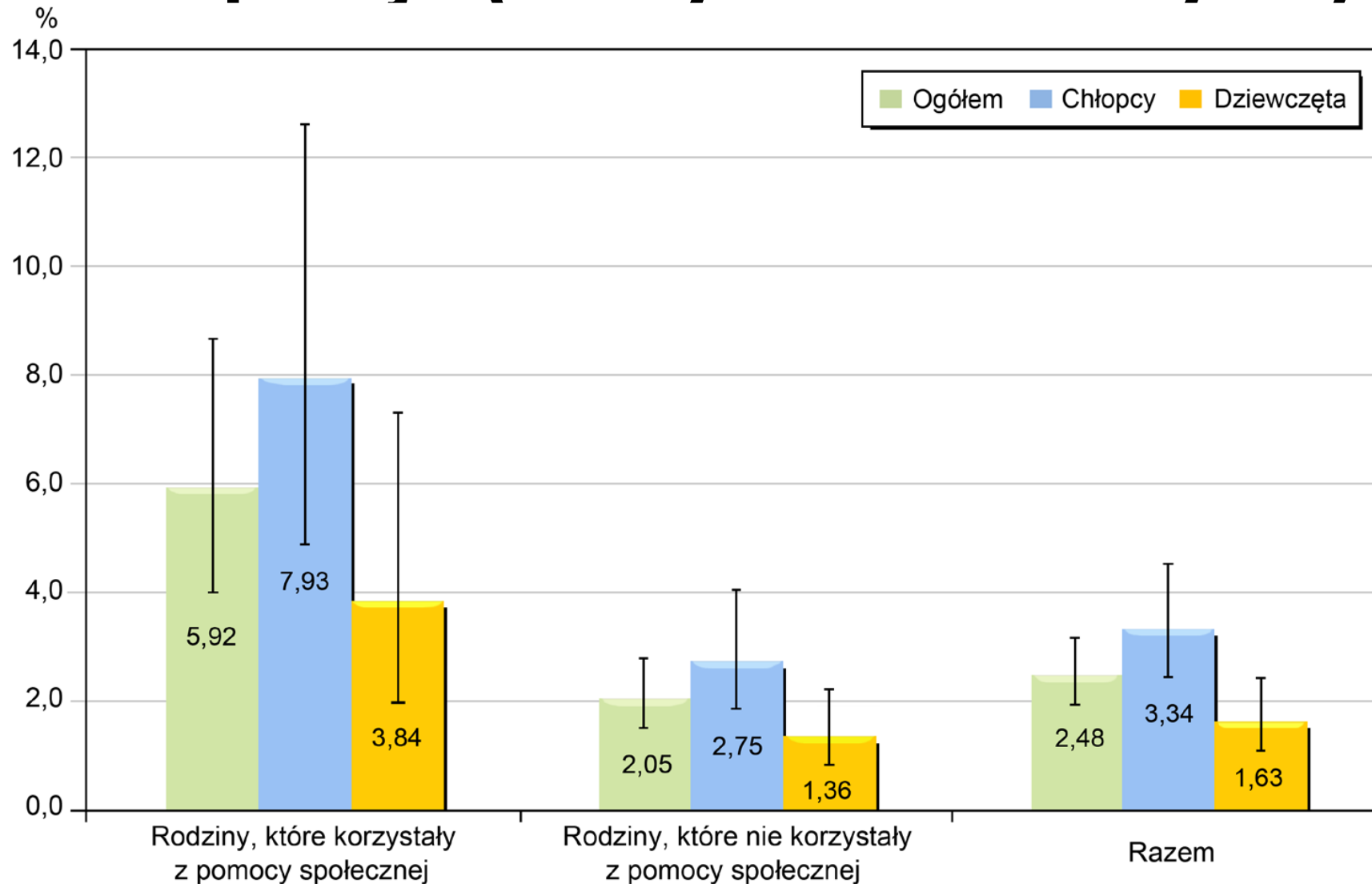
Wiek

- Wraz z wiekiem rosną wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Największe wzrosty odnotowano w przypadku:
 - zaburzeń związanych z piciem alkoholu
 - zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych
 - zaburzeń zachowania i opozycyjno-buntowniczych
 - zaburzeń depresyjnych
- Zmniejszenie się wskaźników rozpowszechnienia wraz z wiekiem:
 - fobie i inne zaburzenia lękowe
 - ADHD
- Największe wskaźniki rozpowszechnienia odnotowano w wieku 16-17 lat

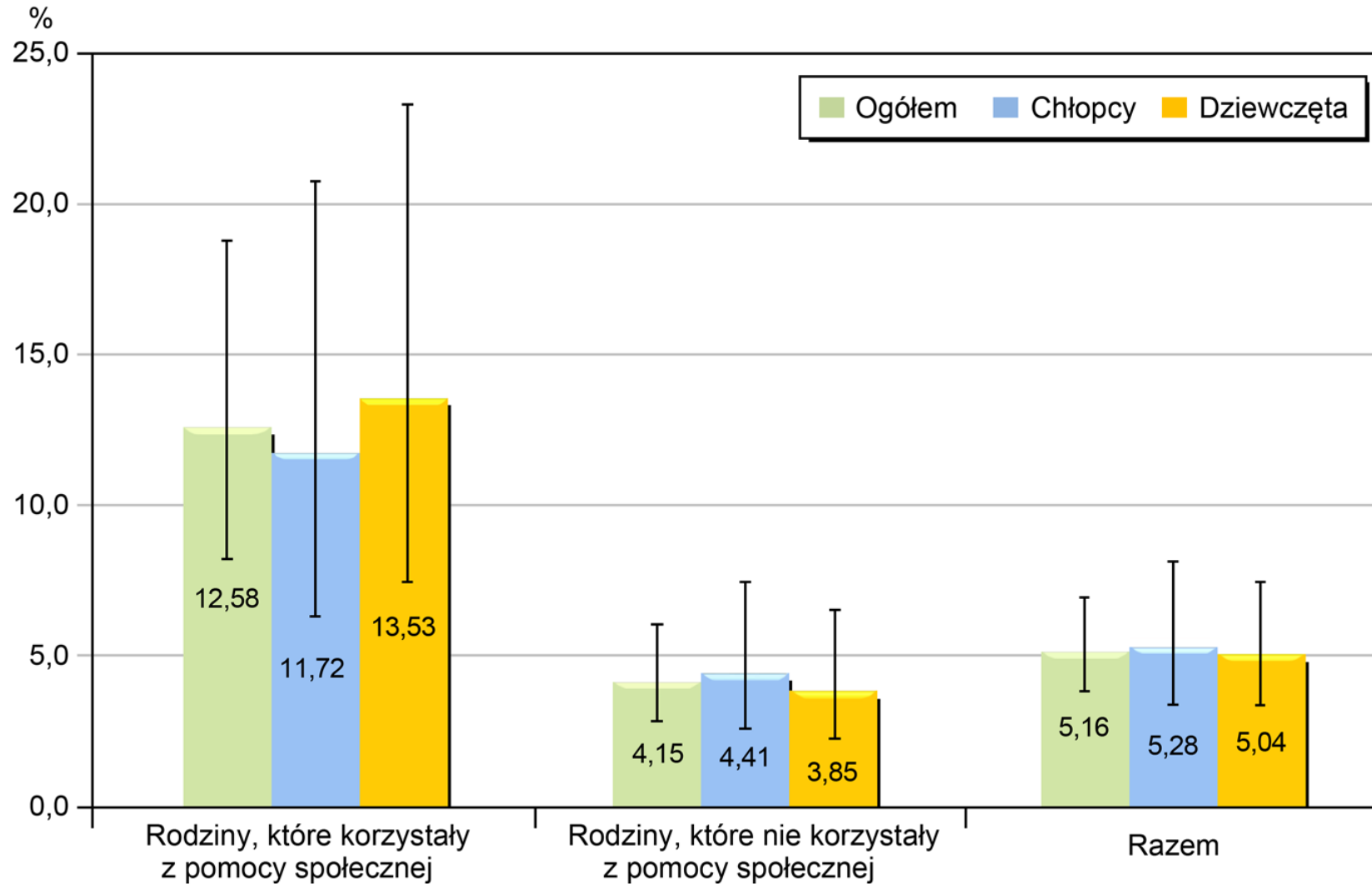
Status socjalny rodziny a jakiegokolwiek zaburzenia psychiczne



Status socjalny rodziny a depresja (kiedykolwiek w życiu)



Status socjalny rodziny a tendencje samobójcze



Status socjalny rodziny

- Status socjalny rodziny jest istotnym czynnikiem różnicującym rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży
- Dzieci i młodzież z rodzin korzystających z pomocy społecznej (w ostatnim roku) mają istotnie wyższe wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych niż ich rówieśnicy z rodzin, które nie korzystają z tej pomocy (z wyjątkiem epizodów manii, zaburzeń lękowych, ADHD i zaburzeń odżywiania)

Wykształcenie rodziców

- Wykształcenie rodziców nie różnicuje w istotny sposób rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży (z kilkoma wyjątkami)
 - Zaburzenia lękowe – większe rozpowszechnienie u dzieci rodziców z wyższym wykształceniem
 - ADHD – większe rozpowszechnienie u dzieci rodziców z wykształceniem zasadniczym zawodowym

Miejsce zamieszkania

- Miejsce zamieszkania ma niewielkie znaczenie dla rozpowszechnienia **jakichkolwiek zaburzeń psychicznych** u dzieci i młodzieży (w przypadku poszczególnych zaburzeń stwierdzono kilka zależności ze względu na miejsce zamieszkania)
- U młodych mieszkańców miast (szczególnie u chłopców) widać tendencję do nieco większego rozpowszechnienia tych zaburzeń
- Największe rozpowszechnienie zaobserwowano w dużych miastach (powyżej 200 tys. mieszkańców), a najmniejsze u uczestników badań mieszkających na wsi

Punkt 4

- Ocena potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży w wieku szkolnym

Skala potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży



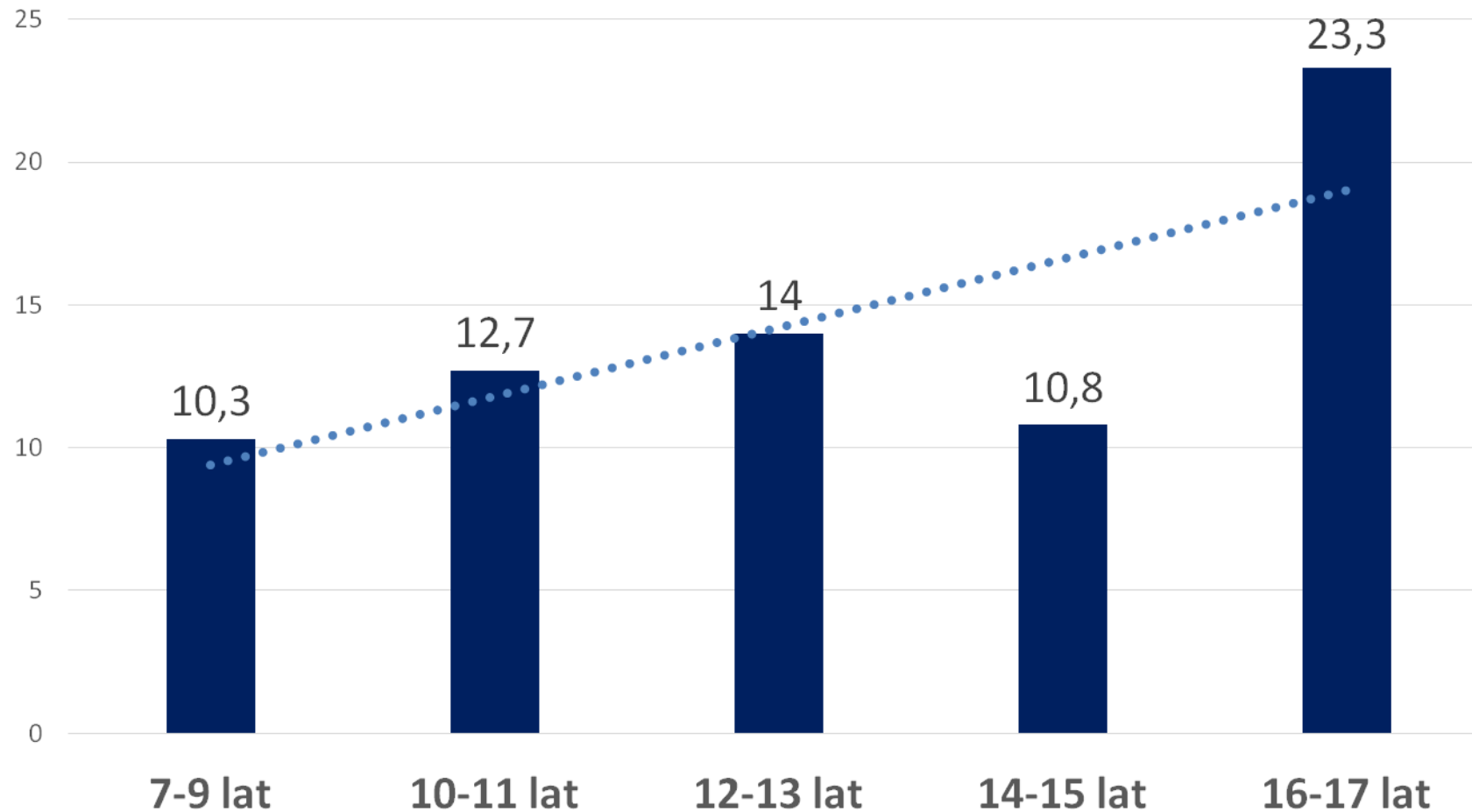
Wiek	NFZ 2019 r.	EZOP II	Szacowany % objętych opieką w ramach NFZ	System oświaty PPP	Prywatna opieka zdrowotna
7-17 lat	70 tys.	400 tys.	Mniej niż 20%	???	???
% dzieci objętych opieką specjalistyczną Przegląd badań; Barican i wsp. (2021)***					
4-18 lat	(11 krajów)		ok. 44%		

*** Barican JL, Yung D, Schwartz C, et al. Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis to inform policymaking *Evidence-Based Mental Health* Online First: 19 July 2021.

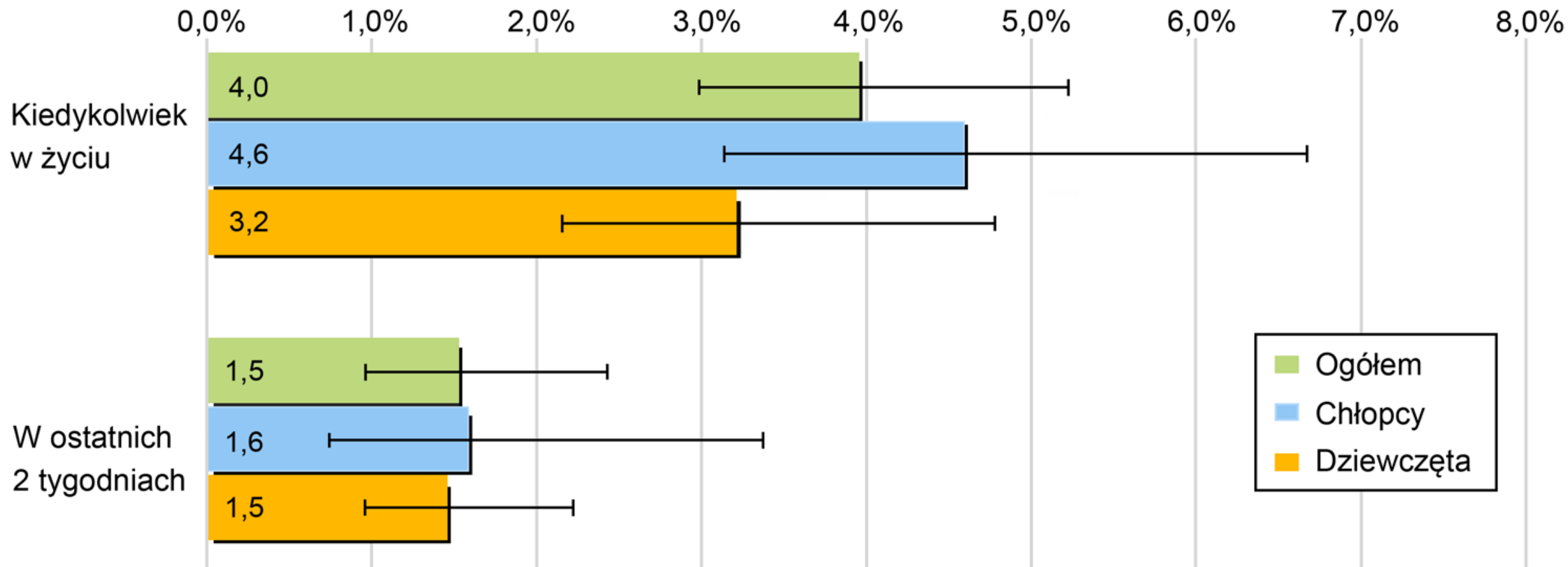
Zdziwienia / znaki zapytania

- Dlaczego w wieku 14-15 lat rozpowszechnienie jakichkolwiek zaburzeń psychicznych odbiega od obserwowanego trendu?
- Dlaczego rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych jest większe u chłopców niż u dziewcząt wbrew wcześniejszym obserwacjom empirycznym i klinicznym?
- Jaki wpływ na uzyskane wyniki miał nieoczekiwany duży udział rodziców w badaniach starszej grupy wiekowej (12-17 lat) (wyniki eksperymentu naturalnego)?

Jakiegolwiek zaburzenia a wiek dzieci / młodzieży



Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych (młodzież 12-17 lat)



Eksperyment naturalny

	Przedział czasu	Młodzież w wieku 12-17 lat		
			Wywiad przeprowadzony	
		Razem	Bez rodzica n=437 (37,2%)	Z rodzicem n=749 (62,8%)
Zaburzenia depresyjne	Kiedykolwiek w życiu	4.0	6.9	2.2**
Tendencje samobójcze	Kiedykolwiek w życiu	5.7	10.8	2.7***
Zaburzenia związane z piciem alkoholu	Ostatnie 12 miesięcy	2.5	5.8	0.5***
Zaburzenia związane z używaniem narkotyków	Ostatnie 12 miesięcy	2.6	4.3	1.7***

Podsumowanie



- W młodszej grupie wiekowej (dzieci) przeważają zaburzenia internalizacyjne, w tym przede wszystkim fobie.
- Wśród młodzieży dominują zaburzenia eksternalizacyjne (w tym zaburzenia związane z używaniem substancji)
- Większe rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych u młodzieży (w porównaniu do dzieci w wieku 7-11 lat) potwierdza, że dojrzewanie jest „wrażliwym” rozwojowo okresem życia, w którym pojawiają się nowe problemy i zaburzenia zdrowia psychicznego

Podsumowanie



Wyniki ujawniły znacznie zróżnicowanie zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży ze względu na:

- **Wiek** (największe rozpowszechnienie w najstarszej grupie wiekowej 16-17 lat)
- **Status socjalny rodziny** (znacznie większe rozpowszechnienie w rodzinach korzystających z pomocy społecznej)
- Płeć, miejsce zamieszkania i wykształcenie rodziców w mniejszym stopniu różnicują rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych niż można było się spodziewać

Ograniczenia badań



- Diagnozy zaburzeń psychicznych stawiane na podstawie algorytmu, który weryfikował kryteria diagnostyczne a nie badania klinicznego (specyfika badań populacyjnych)
- Mimo przyjętych założeń większość (ok. 63%) wywiadów z młodzieżą (12-17 lat) przeprowadzono z udziałem rodziców, co miało wpływ na niektóre wyniki

Wnioski



- Wysokie ryzyko zaburzeń u dzieci w rodzinach korzystających z pomocy społecznej. Kumulacja czynników ryzyka – potrzeba miękkich interwencji / programów w celu kompensacji tych czynników
- Zasoby i kompetencje pracowników pomocy społecznej są w tym zakresie ograniczone. Inwestowanie w rozwój kompetencji w zakresie promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki problemów zdrowia psychicznego
- Wysokie rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w wieku 16-17 lat, w którym pojawiają się nowe problemy i zaburzenia zdrowia psychicznego, wymaga lepszej współpracy systemu o oświaty i placówek pomocy psychologicznej / terapeutycznej
- Bardzo duże niezaspokojone potrzeby w zakresie pomocy specjalistycznej. Badanie EZOP II uchwyciło znacznie więcej dzieci i młodzieży z diagnozami psychiatrycznymi niż system opieki finansowany przez NFZ
- „Eksperyment naturalny” sugeruje potrzebę poszukiwania innego sposobu badania młodzieży (bez udziału rodziców). Może szkoła lub przestrzeń wirtualna byłaby lepszym miejscem?

Piśmiennictwo



- Barican JL, Yung D, Schwartz C, et al. (2021). Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis to inform policymaking *Evidence-Based Mental Health* Online First: 19 July
- Moskalewicz J., Wciórka J. (red.) (2021). *Kondycja Psychiczna Mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”*, Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- 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. (2015). *J Child Psychol Psychiatry*. ;56(3):345-65.
- Sheehan DV, Sheehan KH, Shytle RD, Janavs J, Bannon Y, Rogers JE, Milo KM, Stock SL, Wilkinson B. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *J Clin Psychiatry*. 71(3):313-26.
- Wolańczyk, T. (2002). *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce*. Warszawa: Akademia Medyczna.