



„Wychowanie w Rodzinie” t. XXXI (1/2024)

nadesłany: 3.04.2024 r. – przyjęty: 4.07.2024 r.

Arkadiusz KAMIŃSKI*

Karolina Zofia KAMIŃSKA**

(Nie)zasadność pobytu dzieci i młodzieży z problemami psychiatrycznymi w ośrodkach wychowawczych w Polsce – studium przypadku

(No)justification for the stay of children and adolescents with psychiatric problems in educational centers in Poland – a case study

Abstrakt

Cel. Opieka psychiatryczna dzieci i młodzieży jest procesem złożonym, ponieważ obejmuje nie tylko młodego pacjenta, lecz także jego środowisko, w tym rodzinę. To, że pacjent może zachowywać się agresywnie, nie musi być koniecznie związane z jego niedostosowaniem społecznym *per se*, ale może stanowić objaw zaburzenia psychicznego, który odpowiednio leczony, jest w stanie poprawić stan pacjenta. Celem pracy jest zwrócenie

* **e-mail:** kaminskiarek4@wp.pl

Uniwersytet Wrocławski, Instytut Pedagogiki, Dawida 1, 50-527 Wrocław, Polska
University of Wrocław, Institute of Pedagogy, Dawida 1, 50-527 Wrocław, Poland
ORCID: 0000-0003-0042-5968

** **e-mail:** karolina.kaminska311@gmail.com

Studenckie Towarzystwo Naukowe Śląskiego Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach,
Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice, Polska
Student Scientific Society of the Silesian University of Silesia in Katowice, Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice, Poland
ORCID: 0009-0006-4346-2215

uwagi na problematykę umieszczania w ramach Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych (MOW) młodzieży z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi i psychotycznymi. **Materiały i metody.** Niniejszy artykuł stanowi opis przypadku 16-letniej wychowanki MOW. Dziewczynka była kilkakrotnie hospitalizowana na Oddziałach Psychiatrycznych z powodu zaburzeń afektywnych, psychotycznych, a także zaburzeń zachowania. Podczas pobytu w MOW przeprowadzono z nią wywiad kliniczny oraz częściowo ustrukturyzowany kwestionariusz K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) w wersji polskiej, mający na celu określenie objawów psychopatologicznych oraz wczesną diagnozę zaburzeń psychotycznych, lękowych, zachowania i zaburzeń afektywnych, takich jak depresja i choroba afektywna dwubiegunowa. Skorzystano także z dostępnej dokumentacji medycznej.

Wyniki i wnioski. W MOW mogą znajdować się wychowankowie z zaburzeniami psychicznymi wymagającymi odpowiedniego leczenia farmakologicznego, terapeutycznego, a nawet hospitalizacji na Oddziałach Psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Dostęp do specjalistycznej opieki psychiatrycznej w placówkach MOW jest trudny, a konsultacje psychiatryczne nie zawsze się odbywają, co ma niebagatelny wpływ na kondycję psychiczną młodzieży tam skierowanej. Warto zwrócić także uwagę na ogólnopolski charakter problemów związanych z diagnozowaniem oraz opieką psychiatryczną wśród dzieci i młodzieży, który dotyczy nie tylko podopiecznych takich placówek, lecz także dzieci i młodzieży wychowujących się w tzw. normalnych środowiskach rodzinnych.

Słowa kluczowe: choroba afektywna dwubiegunowa, schizofrenia, zaburzenia psychotyczne, niedostosowanie społeczne, Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy.

Abstract

Aim. Child and adolescent psychiatric care is a complex process because it involves not only the young patient but also his wider environment, including the family. The fact that a patient may behave aggressively is not necessarily related to social maladjustment *per se*, but may be a symptom of a psychiatric disorder that, if properly treated, may improve the patient's condition. The aim of this study is to highlight the problematic placement of adolescents with affective and psychotic mental disorders in Youth Educational Centres (MOW).

Materials and methods. This article presents a case report of a 16-year-old female resident of a MOW. The girl was hospitalized several times in psychiatric wards because of affective, psychotic, and conduct disorders. During her stay in the MOW, a clinical interview and a semi-structured questionnaire K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) in the Polish version were conducted with her to identify psychopathological symptoms and enable early diagnosis of mental disorders. Available medical documentation was also reviewed.

Results and conclusion. There might be pupils in MOW with mental disorders that require appropriate treatment or even hospitalization. Access to specialized psychiatric care in MOW institutions is difficult and psychiatric consultations do not always take place, which has a significant impact on the mental condition. It is also worth noting the nationwide character of problems related to the psychiatric care of children and adolescents, which concerns not only the residents of such institutions but is a problem very often occurring among children and adolescents brought up in the so-called “normal family environments”.

Keywords: bipolar disorder, schizophrenia, social maladjustment, psychotic disorders, Youth Educational Centre.

Wstęp

Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze (MOW) to instytucje, których zadaniem jest przeciwdziałanie niedostosowaniu społecznemu w populacji dzieci i młodzieży, rozumianemu jako wagarowanie, kradzieże, występki chuligańskie, wynoszenie z domu cennych rzeczy, używanie papierosów, alkoholu czy substancji psychoaktywnych. W wielu przypadkach ośrodki te stają się jednak, z uwagi na braki systemowe i pojawiające się potrzeby, specyficznymi instytucjami o charakterze opiekuńczo-wychowawczym, gdzie przebywające dzieci i młodzież funkcjonują przez wiele lat. Pełnią one wtedy, mimo że nie powinno to być ich istotą, formę swoistej placówki zaspokajającej część potrzeb typowo rodzinnych.

Zgodnie z danymi Ośrodka Rozwoju Edukacji, który pośredniczy w procesie umieszczania nieletnich w MOW, w 2023 roku na terenie Polski istniało 91 takich placówek. Podstawowym zadaniem tych instytucji jest ponowna, skorygowana socjalizacja nieletnich. Odbywa się ona pod wpływem celowych oddziaływań wychowawców za pomocą specjalnie dobranych metod i środków, właściwych danemu otoczeniu. Zadania MOW to przede wszystkim likwidowanie wszelkich przejawów niedostosowania społecznego, które są szkodliwe zarówno dla otoczenia, jak i dla samej jednostki, przygotowanie nieletniego do ponownej adaptacji społecznej, podjęcia pracy zawodowej oraz życia zgodnego ze społecznie i prawnie obowiązującymi normami i zasadami. Wychowankom zapewnia się możliwość wypełnienia obowiązku szkolnego (na terenie MOW funkcjonują szkoły), uczestnictwo w zajęciach pozalekcyjnych, pomoc w nauce, udział w zajęciach resocjalizacyjnych, socjoterapeutycznych i rewalidacyjnych, przygotowanie do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie i całodobową opiekę (Dobijański, Kamiński, 2020).

Istotnym problemem dotyczącym funkcjonowania placówek o charakterze MOW jest kwestia występowania niezdiagnozowanych zaburzeń psychiatrycznych wśród

jej wychowanków. W 2021 roku przeprowadzono badanie ankietowe na temat rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wśród wychowanków MOW w Polsce. Na pytania odpowiadali dyrektorowie placówek. Wykazano, że jedynie w 2 spośród 94 funkcjonujących wtedy placówek nie występowały problemy zdrowia psychicznego. Przedstawione dane wskazywały, że 33% wychowanków wymaga specjalistycznej opieki psychiatrycznej z uwagi na zdiagnozowane zaburzenia psychiczne, np. zaburzenia zachowania, nastroju, lękowe i schizofrenię, a 40% to podopieczni z diagnozą uzależnień od substancji psychoaktywnych. Objawy depresyjne zgłaszało aż 76% wychowanków. W niemalże wszystkich placówkach odbywają się konsultacje psychiatryczne (98%), brak jednak informacji, jak częste są konsultacje i jaka jest ich efektywność. W prawie każdym MOW dostępne jest indywidualne wsparcie psychologiczno-pedagogiczne (94%), choć aż 83% dyrektorów tych ośrodków określiło dostęp wychowanków do specjalistycznej opieki psychiatrycznej jako utrudniony lub bardzo utrudniony (Paluch, 2021). Na podstawie tego badania można jednak dowiedzieć się, że dany problem występował w placówce w 2020 roku, choć nie jest znana skala jego nasilenia wśród wychowanków. Warto więc przeprowadzić dalsze badania w tym zakresie, szczególnie z użyciem zwalidowanych kwestionariuszy wśród wychowanków.

Czy struktura ośrodków wychowawczych jest odpowiednim miejscem dla osób z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak schizofrenia lub choroba afektywna dwubiegunowa? Osoby z wymienionymi zaburzeniami wymagają stałej opieki psychiatrycznej w trybie ambulatoryjnym (podstawą leczenia jest odpowiednia farmakoterapia dobrana przez specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży), a nierzadko zdarza się, że potrzebują hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym. Ponadto biorąc pod uwagę aspekt środowiskowy takich miejsc, widać, że ośrodki wychowawcze nastawione na pomoc młodzieży niedostosowanej społecznie mogą nie być odpowiednim miejscem dla osób z diagnozą psychiatryczną, ze względu na np. stałą obecność innych wychowanków mogących stygmatyzować osoby zaburzone psychicznie. Dodatkowym negatywnym elementem w pracy z takimi wychowankami staje się brak, albo duże ograniczenie, ich kontaktów ze środowiskiem rodzinnym, wynikający z patologicznego charakteru tych środowisk, częstych konfliktów rodzinnych, odległości między placówkami a ich domami rodzinnymi czy też brakiem „należytej ochoty” ze strony rodzin zastępczych oraz domów dziecka do współpracy z nieletnimi przebywającymi na terenie młodzieżowych ośrodków wychowawczych. Aspekt środowiskowy jest zaś istotnym elementem rehabilitacji psychiatrycznej osób zaburzonych psychicznie w każdym przedziale wiekowym (Pawłowska, Fijałkowska-Kiecka, Potembska, Domański, Lewczuk, 2015).

Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) w populacji dzieci i młodzieży może charakteryzować się nieco innym przebiegiem niż wśród dorosłych. Klasyczny jej obraz u dorosłych charakteryzują epizody depresji i manii lub hipomanii. ChAD w okresie dojrzewania charakteryzuje natomiast większa skłonność do występowania epizodów

mieszanych, nawrotów, krótszych odstępów między epizodami, przebiegu *rapid cycling* (szybkich faz), związanych z nadużywaniem substancji, co z pewnością może budzić w młodym człowieku agresję, drażliwość oraz chwiejność nastroju, które odpowiadają za zachowania nieakceptowane przez społeczeństwo i/lub nielegalne w świetle prawa (Janiri i in., 2021). W jednym z badań udowodniono zasadność tych rozważań, gdyż, jak donosiły wyniki, rozpowszechnienie kontaktu z policją w ciągu życia było istotnie wyższe wśród młodzieży z ChAD w porównaniu ze zdrową grupą kontrolną (36% vs 3%) (Barton i in., 2021), a rozpoznanie depresji i/lub choroby afektywnej dwubiegunowej w ciągu całego życia może być predyktorem późniejszego osądzenia przestępczości wśród młodzieży (Mallett, Stoddard Dare, Seck, 2009). Objawy psychotyczne mogą występować w przebiegu każdej z faz ChAD. Najczęściej są to urojenia, np. wielkościowe, prześladowcze i ksobne. Mogą pojawić się także pseudohalucynacje, np. słuchowe, czyli doznania głosowe słyszane z nieadekwatnej przestrzeni i komentujące działania pacjenta (Gałęcki, Szulc, 2018). Ze względu na nieswoisty obraz ChAD u młodzieży może więc stanowić poważny problem diagnostyczny dla klinicystów, a opóźnianie diagnozy pogarsza rokowanie psychospołeczne pacjentów (Joslyn, Hawes, Hunt, Mitchell, 2016). Artykuł ma na celu zwrócenie uwagi na problematykę umieszczania w ramach MOW młodzieży z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi i psychotycznymi. Na podstawie opisu przypadku jednej z wychowanek MOW zastanowimy się, czy młodzieżowy ośrodek wychowawczy to odpowiednie miejsce dla takich osób, stawiając na szali proces ich ewentualnej resocjalizacji oraz rehabilitację, jaką powinni otrzymać.

Opis przypadku

Analizowany przypadek dotyczy 16-letniej dziewczyny, która została skierowana do MOW na podstawie art. 26 ustawy *o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich* (Ustawa, 2022) z powodu nadużywania substancji psychoaktywnych – alkoholu i narkotyków, braku realizacji obowiązku szkolnego oraz ucieczek z placówek wychowawczych i leczniczych.

Z wywiadu rodzinnego wynika, że jedna z jej starszych siostr ma chorobę afektywną dwubiegunową, a druga zaburzenia depresyjne. We wczesnym dzieciństwie narażona była na przemoc domową ze strony ojca uzależnionego od alkoholu. Rodzice rozwiedli się, a dziewczyna od tej pory zamieszkiwała raz u matki, raz u ojca. Już od przedszkola miała problemy z adaptacją społeczną, w wieku sześciu lat występowało u niej moczenie nocne, lecz dopiero od ósmego roku życia pozostaje pod opieką poradni pedagogicznej ze względu na trudności emocjonalne. W 2019 r. była ofiarą przemocy seksualnej ze strony starszego sąsiada. Od kilku lat regularnie samookaleczała się, była u niej widoczna chwiejność nastroju oraz zachowania buntowniczo-opozycyjne,

szczególnie skłonność do agresji. Z jej relacji wynika, że w tamtym czasie korzystała z konsultacji psychiatrycznych oraz psychoterapii. Próby leczenia lamotryginą, risperidonem oraz aripiprazolem (nie pamiętała dawek) nie skutkowały według niej poprawą, w związku z czym zrezygnowała z przyjmowania leków.

Objawy psychopatologiczne stopniowo nasilały się, aż doszło do incydentu napadu agresji w domu – w odpowiedzi na polecenie matki, by posprzątała rozlany płyn z podłogi, zagroziła jej nożem, za co w asyście policji została przewieziona do szpitala na oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży. Po wyjściu ze szpitala skierowano ją na pobyt w ośrodku terapii zaburzeń lękowych i depresyjnych. W tamtym czasie opisywano u niej postawę wielkościową, brak samokrytycyzmu i szereg agresywnych zachowań względem rówieśników. Zdecydowano o wprowadzeniu farmakoterapii złożonej z kwetiapiny (25 mg) oraz aripiprazolu (7,5 mg). Po pięciu tygodniach została dyscyplinarnie wypisana za drugą ucieczkę, która była jednoznaczna ze złamaniem zawartego kontraktu behawioralnego, brak współpracy z zespołem terapeutycznym i agresję wobec innych. Ze względu na brak poprawy zrezygnowano z leczenia kwetiapiną, zostawiono aripiprazol w tej samej dawce. W tamtym czasie dziewczyna przeczyła omamom i urojeniom. Po powrocie do domu kurator sądowy zawnioskował o skierowanie jej do MOW jako ośrodka zapobiegawczego typu interwencyjnego. Została tam umieszczona.

Pięć miesięcy później podczas ambulatoryjnej konsultacji psychiatrycznej zgłosiła duże nasilenie myśli samobójczych, a lekarz zalecił przyjmowanie aripiprazolu (15 mg), perazyny (75 mg) i mitrazapiny (30 mg). Wkrótce potem, na przepustce z MOW, pod wpływem myśli samobójczych pocięła prawe przedramię, co skutkowało kolejną hospitalizacją. Przy przyjęciu znaleziono u pacjentki w pochwie i jamie ustnej ostre przedmioty, a według relacji jej mamy w ostatnim czasie dziewczynka próbowała zadzierzgnąć się słuchawkami oraz jednorazowo połknęła dużą dawkę nagromadzonych leków (brak informacji jakich i jak dużo). Podczas pobytu na oddziale psychiatrycznym wykonano badania TK i EEG, w których nie wykazano odchyleń. Stwierdzono cechy zaburzenia stresowego pourazowego, powikłanego zaburzeniami zachowania, silnie związane z oddziaływaniem środowiska i cechami nieprawidłowo kształtującej się osobowości. Zdecydowano o odstawieniu perazyny, pozostawiając w leczeniu aripiprazol (15 mg) i mirtazapinę (30 mg). Już po miesiącu doszło do kolejnej hospitalizacji. Pacjentka zgłaszała urojenia o charakterze prześladowczym, jednocześnie negując omamy. W jej zachowaniu widoczne były zachowania impulsywne, w trakcie spotkań żywo podejmowała tematykę broni palnych oraz realizacji myśli samobójczych. W tamtym czasie często prowokowała hiperwentylacją utraty przytomności, w tym raz na oddziale. Ze względu na przemoc wobec zwierząt, brak poszanowania emocji innych osób, lekceważenie norm, niską tolerancję frustracji oraz obwinianie innych osób o bycie źródłem konfliktu stwierdzono mieszane zaburzenia zachowania i emocji – rozwój osobowości w kierunku osobowości dyssocjalnej. Na oddziale przyjmowała substancje

psychoaktywne, za co została wypisana. W 2021 r. była hospitalizowana ponownie po przyjęciu 30 tabletek dekstrometofanu, 30 tabletek kodeiny oraz mając 0,23 promila alkoholu we krwi. Chętnie rozmawiała z psychologiem, mówiąc o samouszkodzeniach i myślach samobójczych. W farmakoterapii wciąż utrzymywano arypiprazol (15 mg). W późniejszym czasie dwukrotnie odwiedziła Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) z powodu zażycia substancji psychoaktywnych.

Następnej hospitalizacji na oddziale psychiatrii dzieci i młodzieży z powodu myśli suicydalnych i samookaleceń towarzyszyły urojenia nagłaśniania myśli, urojenia ksbobno-prześladowcze, urojenia winy, omamy wzrokowe i słuchowe, pseudohalucynacje wzrokowe, odwrócenie rytmu dobowego, gonitwa myśli, zmienność nastroju i nasilone objawy lękowe. Dziewczynka jednocześnie zaniedbywała higienę. Rodzina podaje, że w ostatnim czasie często siedziała w swoim pokoju przy zasłoniętych oknach, mówiła do siebie, wykrzykiwała wulgaryzmy do okna. Twierdziła, że ktoś jest w domu i jej szuka, jednocześnie przemieszczała się po domu z nożem. Tworzyła rysunki o makabrycznej treści oraz polała ścianę czerwoną farbą. W kontakcie z psychologiem jej afekt był nieadekwatny, wykazywała wesołkowatość, skracała dystans oraz opowiadała o fantazjach związanych ze stosowaniem agresji na innych osobach. U pacjentki rozpoznano zaburzenie afektywne dwubiegunowe – epizod mieszany z towarzyszącymi objawami psychotycznymi. W farmakoterapii zastosowano arypiprazol (15 mg), olanzapinę (20 mg) oraz risperidon w formie syropu (4 ml), osiągając wyrównanie nastroju oraz aktywizację pacjentki w grupie terapeutycznej. Zalecono jej wtedy zmianę ośrodka wychowawczego na ośrodek leczniczo-terapeutyczny psychiatryczny, jednak została w MOW.

W 2023 r., podczas badania w ramach oceny cech dwubiegunowych u wychowanków ośrodków wychowawczych w Polsce, przeprowadzono z pacjentką kwestionariusz K-SADS w wersji polskiej (The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia). Szczególną uwagę badaczy zwrócił wtedy fakt odmienności pacjentki pod względem zaawansowania objawów psychicznych – inne wychowanki zgłaszały głównie objawy zaburzenia opozycyjno-buntowniczego, ona zaś uzyskała wysokie wyniki w zakresie objawów depresji (częściej w przeszłości), manii (zwłaszcza wielkościowości) oraz psychotycznych. Podawała, że 2–3 lata temu miała omamy słuchowe (szczególnie imperatywne), wzrokowe, dotykowe, ugłośnienie myśli oraz urojenia prześladowcze i odsłonięcie oraz że obecnie nadal zdarza jej się mieć omamy słuchowe niewerbalne, pochodzące najczęściej „z zewnątrz” jej głowy, oraz urojenia prześladowcze. Pacjentka zgłaszała „obecność w sobie trzech postaci”, które odpowiadają jej emocjom. Podczas wywiadu wykazywała splotony afekt. Odpowiadała w linii zadawanego pytania – krótko i niewyraźnie. Unikała kontaktu wzrokowego. Wykonywała dużo nerwowych ruchów oraz miała problemy z koncentracją. W pewnym momencie wywiadu, kiedy okazało się, że w pokoju obok była inna wychowanka, nagle wybuchła

placzem i wybiegła. Okazało się, że miała w ośrodku duży problem z nawiązaniem relacji z innymi dziewczętami, mówiła, że jest wyśmiewana i nazywana „chorą psychicznie”. Opowiadała, że nie czuła się tam dobrze. Placówka umożliwiła dziewczynie dostęp do konsultacji psychiatrycznych, które odbywają się średnio co trzy miesiące, próbowano także psychoterapii, ale nie chciała jej kontynuować.

Na ostatnią, trzymiesięczną hospitalizację na początku roku 2023 pacjentka została skierowana z Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego ze względu na nagły atak agresji wobec wychowawców, wypowiadała myśli o samookaleczeniach. Przy przyjęciu była okresowo płaczliwa, na początku nie można było z nią nawiązać kontaktu werbalnego, jej nastrój był zmienny, a afekt blady. Negowała myśli suicydalne, urojenia i omamy. Na oddziale przeprowadzono neuroobrazowanie (w normie), Diagnostyczny Kwestionariusz Osobowościowy (wersję eksperymentalną), w którym uzyskała bardzo wysoki wynik w skali schizofrenii, a cechami wyróżniającymi ją były ekscentryczność i izolowanie się od innych ludzi. Pacjentka dobrze zaadaptowała się do oddziału, nawiązywała kontakt z rówieśnikami, brała udział w zajęciach i słuchała zaleceń. Nie zaobserwowano u niej procesu psychotycznego lub epizodu depresyjnego/maniakalnego. Zdecydowano o odstawieniu leków (arypiprazolu i olanzapiny), nie obserwując pogorszenia stanu dziecka. Zalecono dalsze leczenie w ramach Poradni Zdrowia Psychicznego i psychoterapię indywidualną.

Dyskusja

Opieka psychiatryczna dzieci i młodzieży jest procesem złożonym, ponieważ obejmuje nie tylko młodego pacjenta, lecz także jego środowisko, w tym rodzinę. Taka opieka powinna odbywać się kompleksowo na różnych poziomach, w zależności od stanu nasilenia zaburzeń psychicznych, a jej celem powinno być utrzymanie pacjenta w środowisku domowym, szkolnym, a także wśród rówieśników. To, że pacjent może zachowywać się agresywnie, nie musi być koniecznie związane z jego niedostosowaniem społecznym *per se*, ale może stanowić objaw zaburzenia psychicznego, które odpowiednio leczone jest w stanie poprawić stan pacjenta. Dlatego nie należy takiego pacjenta izolować, lecz zauważyć niepokojące cechy mogące być cechami prodromalnymi, np. schizofrenii albo choroby dwubiegunowej, a następnie umożliwić takiej osobie poprawę stanu psychicznego w odpowiednich dla niego warunkach. Badania wskazują, że to właśnie objawy agresji i drażliwości są najczęstszymi objawami ChAD w populacji dzieci i młodzieży, podczas gdy u dorosłych są to głównie zaburzenia poznawcze (Safer, Zito, Safer, 2012; Van Meter, Burke, Findling, Youngstrom, 2016). Schizofrenia jest chorobą, której typowe objawy ujawniają się zazwyczaj na początku trzeciej dekady życia, jednak mogą one pojawić się już u dzieci i młodzieży, np. schizofrenia o wczesnym początku (EOS,

early-onset of schizophrenia), która dotyczy osób pomiędzy 13. a 18. r.ż. Najczęstszymi objawami prodromalnymi schizofrenii o wczesnym początku są: pogorszenie funkcji poznawczych, izolowanie się, kłopoty z relacjami w grupie rówieśniczej, problemy w relacjach rodzinnych, obecne objawy lęku bądź depresji, dziwaczne zachowania, zaburzenie rytmów dobowych, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne oraz drażliwość i/lub zachowania agresywne (Shioiri, Shinada, Kuwabara, Someya, 2007). U omawianej pacjentki zachowania agresywne pojawiły się w bardzo wczesnym wieku i poprzedzały wystąpienie urojeń i omamów. To właśnie na podstawie tych objawów została skierowana do MOW. W tamtym czasie jednak już pewne objawy mogły zwrócić uwagę na to, że pacjentka może przejawiać wczesne objawy ChAD. Dziewczynka wykazywała wtedy postawę wielkościową i brak krytycyzmu, który jest bardzo charakterystyczny dla epizodu maniakalnego, a samookaleczenia dodatkowo mogą wskazywać na epizod mieszany. Objawy te jednak zostały nieco „zamaskowane” przez zaburzenia zachowania i zaburzenia opozycyjno-buntownicze prezentowane przez pacjentkę, takie jak lekceważenie norm (ucieczki z ośrodka), napady agresji (atak z nożem na matkę), a w późniejszym czasie także agresja wobec zwierząt oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych. Na pierwszy rzut oka może wydawać się, że są to tylko przejawy niedostosowania społecznego pacjentki i najlepszym wyborem będzie dla niej właśnie MOW. Mimo pobytu w MOW pacjentka nadal była jednak agresywna, a kolejnym hospitalizacjom towarzyszyły dosyć specyficzne samouszkodzenia (wkładanie ostrych przedmiotów do pochwy) oraz myśli samobójcze. Przełomowym momentem okazała się hospitalizacja na oddziale psychiatrycznym, podczas której pacjentka oprócz myśli suicydalnych zgłosiła urojenia i omamy będące podstawowymi objawami psychozy. Do tego podawała odwrócenie rytmu dobowego, gonitwę myśli oraz zmienność nastroju, co skłoniło lekarzy do postawienia diagnozy ChAD (epizod mieszany z objawami psychotycznymi). Zasugerowano też wtedy zmianę MOW na ośrodek terapeutyczny, jednak z niewiadomych przyczyn pacjentka pozostała w MOW.

Diagnoza zaburzenia afektywnego dwubiegunowego, szczególnie z objawami psychotycznymi, jest diagnozą, który ma niebagatelny wpływ na życie adolescenta. U 90% osób po epizodzie maniakalnym epizod afektywny pojawił się znowu, a objawy psychotyczne towarzyszące pierwszemu epizodowi sprawiają, że wzrasta prawdopodobieństwo tego, że kolejny epizod też będzie przebiegać z objawami psychotycznymi (Gałecki i in., 2018). Zaburzenie dwubiegunowe jest czynnikiem ryzyka samobójstwa (Brent i in., 1988), zwłaszcza w połączeniu z używaniem substancji psychoaktywnych lub zaburzeń zachowania (Brent, 1995). Wielu badaczy wykazało też związek gorszego przebiegu klinicznego zaburzeń psychotycznych z wczesnym zachorowaniem, szczególnie ze względu na zaburzenia funkcji poznawczych, co może przyczynić się do zahamowania rozwoju dziecka (Rajewska-Rager, Rajewski, 2010) Ponadto wczesny początek zaburzenia dwubiegunowego wiąże się ze zwiększonym ryzykiem

używania substancji psychoaktywnych, a aż 32% badanych młodych osób z ChAD zaczyna nadużywać substancji psychoaktywnych (Goldstein i in., 2013). Problem ten wystąpił u naszej pacjentki także we wczesnym wieku.

Trudnością jest wczesne zauważenie cech mogących świadczyć o rozwoju choroby afektywnej dwubiegunowej lub schizofrenii w populacji dzieci i młodzieży. Aż 80% pacjentów pediatrycznych z diagnozą ChAD w badaniu Michala Goetza i współpracowników (2015) było początkowo leczonych z innego powodu niż ChAD, np. zaburzeń depresyjnych, ostrej psychozy, zaburzeń adaptacyjnych, myśli i czynności natrętnych, ADHD, zaburzeń odżywiania, zaburzeń lękowych, zaburzeń zachowania czy zaburzeń osobowości. Omawiana pacjentka także była hospitalizowana z powodu nieprawidłowo kształtującej się osobowości w kierunku osobowości dys socjalnej oraz zaburzeń odżywiania. Ponadto w ChAD często współwystępują inne zaburzenia psychiczne, najczęściej są to ADHD, osobowość typu borderline, zaburzenia lękowe, zaburzenia opozycyjno-buntownicze czy zaburzenia zachowania, a także nadużywanie substancji psychoaktywnych (Goetz i in., 2015). Jeśli chodzi o ostatnie trzy zaburzenia, pacjentka spełniała ich kryteria według klasyfikacji DSM-5.

Jakie jest postępowanie z tak młodym pacjentem z diagnozą ChAD z objawami psychotycznymi? Dane kliniczne dotyczące bezpieczeństwa stosowania leków psychotropowych u dzieci i młodzieży są ograniczone. Leczenie pacjentów z wczesnym początkiem schizofrenii albo ChAD opiera się głównie na zasadach poznanych i stosowanych u osób dorosłych, a za najbezpieczniejsze leki uważa się atypowe neuroleptyki, jak np. aripiprazol, który był stosowany u pacjentki (Rajewska-Rager, Rajewski, 2010; Cichoń, Janas-Kozik, Siwiec, Rybakowski, 2020). Jeśli chodzi o oddziaływania psychoterapeutyczne, żadna metoda psychoterapii nie jest uważana za najbardziej właściwą w leczeniu ChAD, ale największe korzyści może przynieść terapia skoncentrowana na rodzinie dla młodzieży oraz wielorodzinna psychoterapia psychoedukacyjna (Fristad, MacPherson, 2014). Skoncentrowana na rodzinie terapia dla młodzieży składa się z 21 50-minutowych sesji i trwa 9 miesięcy, a jej celem jest psychoedukacja oraz wzmocnienie umiejętności komunikacji (Goldstein i in., 2017). Wielorodzinna psychoterapia psychoedukacyjna stanowi terapię grupową dla dzieci z zaburzeniami afektywnymi oraz ich rodziców, a jej celem jest psychoedukacja, uzyskanie wsparcia grupy oraz rozwój umiejętności społecznych. W badaniu wśród dzieci w wieku od 8 do 12 lat nawet krótka, wspomagająca psychoedukacyjna psychoterapia grupowa wielorodzinna w połączeniu z farmakoterapią wiązała się z lepszym rokowaniem niż u pacjentów bez takiej formy psychoterapii (Fristad, Verducci, Walters, Young, 2009). Proces rehabilitacji psychiatrycznej jest interakcją wielu czynników, w których podstawą jest odpowiednie środowisko pacjenta. Mimo postawienia odpowiedniej diagnozy i wdrożenia odpowiedniego leczenia niesprzyjające środowisko, w którym przebywa pacjent, może utrudnić poprawę stanu psychicznego. Programy rehabilitacji psychia-

trycznej, działające między innymi przy szpitalach, pomagają pacjentom zmniejszyć ich poziom lęku i niepokoju, lepiej radzić sobie ze stresem i zasadami, nawiązywać więzi międzyludzkie i podwyższyć samoocenę (Pawłowska i in., 2015).

Kolejnym pomysłem, który może pomóc osobom takim jak pacjentka z opisywanego przypadku, są Centra Zdrowia Psychicznego. Ich założeniem jest odciążenie stacjonarnych form leczenia poprzez deinstytucjonalizację oraz ukierunkowanie leczenia psychiatrycznego i oparcia społecznego na usługi zorganizowane w środowisku życiowym pacjenta. Jest to poprawa jakości życia młodzieży i dzieci doświadczonych kryzysem psychicznym oraz ich rodzin poprzez działania podejmowane w pobliżu miejsca ich zamieszkania. Utrzymuje to osoby z zaburzeniami psychicznymi w ich środowisku, co pozwala na uniknięcie często spotykanej stygmatyzacji. Rzeczywistość nie jest jednak tak idealna. W Polsce, poza nielicznymi regionalnymi inicjatywami takich Centrów, np. w Sosnowcu, brakuje podobnych oddziaływań, które pomogłyby dzieciom i młodzieży w kryzysie psychicznym (Surma-Kuś, Pilawski, Siwiec, Janas-Kozik, 2018).

Dlaczego pacjentka ciągle przebywała w MOW? Być może właśnie z racji nie do końca sprawnie działającego systemu opieki nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży. O prawdopodobnej możliwości poprawy jej stanu psychicznego może świadczyć fakt, że podczas ostatniej hospitalizacji, poprzedzonej agresją wobec wychowawców MOW, pacjentka dzięki odpowiedniemu wsparciu środowiskowemu na oddziale potrafiła zaangażować się w zajęcia w grupie społecznościowej, nawiązywała kontakt z innymi oraz słuchała zaleceń. Poprawił się także jej stan psychiczny – negowała omamy, urojenia oraz objawy zaburzenia afektywnego. Przed hospitalizacją wprost mówiła, że w MOW nie czuje się dobrze, głównie za sprawą innych wychowanek, przez które była ciągle wyśmiewana i stygmatyzowana. Nie jest to przypadek odosobniony. W takich ośrodkach często przebywają osoby z zaburzeniami psychicznymi. Medialną sprawą był przypadek 16-latką, który nie potrafił zaadaptować się w MOW z racji na swoje zaburzenia ze spektrum autyzmu oraz niedosłuch. W MOW umieszczony był przez sąd ze względu na „postępującą demoralizację”. Chłopiec był wyśmiewany, a nawet szykanowany, i często nie rozumiał komunikacji rówieśników. Zarówno specjaliści z fundacji Autism Team, przedstawiciele Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, jak i psychologowie z MOW byli zgodni, że ośrodek, do którego trafił, nie był miejscem dla niego; nie był bowiem przystosowany do osób z takimi problemami. Sprawa skierowania go tam wstąpiła na drogę sądową.

Wnioski

Niestety w Polsce w czasie przyjęcia nieletniego do MOW konsultacje psychiatryczne nie są obowiązkowe, przez co nie zawsze się odbywają mimo ewidentnych potrzeb.

Jak wspomniano, aż 83% dyrektorów MOW w Polsce twierdzi, że dostęp do specjalistycznej opieki psychiatrycznej w ich placówce jest trudny, co ma niebagatelny wpływ na kondycję psychiczną wychowanków. Być może nałożenie takiego obowiązku, np. w pierwszych tygodniach pobytu, uchwyciłoby osoby, które nie powinny być tam kierowane, a dzięki temu młode osoby zaburzone psychicznie mogłyby otrzymać stosowną opiekę psychiatryczną w środowisku, które będzie im sprzyjać. Należy jednak zwrócić uwagę na ogólnopolski charakter problemów związanych z diagnozowaniem oraz opieką psychiatryczną wśród dzieci i młodzieży, nie tylko dotyczący podopiecznych placówek opiekuńczo-wychowawczych czy też resocjalizacyjnych, lecz także stanowiący problem bardzo często obecny wśród dzieci i młodzieży wychowujących się w tzw. normalnych środowiskach rodzinnych.

Bibliografia

- Barton, J., Khoubaeva, D., Mio, M., Timmins, V., Fiksenbaum, L. M., Mitchell, R. H., Goldstein, B. I. (2021). Prevalence and correlates of police contact amongst youth with bipolar disorder [Częstość występowania i korelaty kontaktów z policją wśród młodzieży z chorobą afektywną dwubiegunową]. *Journal of Affective Disorders*, 283, 243–248. DOI: 10.1016/j.jad.2021.01.078.
- Brent, D. A. (1995). Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: Mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress [Czynniki ryzyka samobójstw i zachowań samobójczych u nastolatków: Zaburzenia psychiczne i uzależnienia, czynniki środowiskowe w rodzinie i stres życiowy]. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(Suppl.), 52–63.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Goldstein, C. E., Kolko, D. J., Allan, M., J., Allman, C. J., Zelenak, J. P. (1988). Risk factors for adolescent suicide: A comparison of suicide victims with suicidal patients [Czynniki ryzyka samobójstw wśród nastolatków: Porównanie ofiar samobójstw z pacjentami hospitalizowanymi z tendencjami samobójczymi]. *Archives of General Psychiatry*, 45(6), 581–587. DOI: 10.1001/archpsyc.1988.01800300079011.
- Cichoń, L., Janas-Kozik, M., Siwiec, A., Rybakowski, J. K. (2020). Obraz kliniczny i leczenie choroby afektywnej dwubiegunowej u dzieci i młodzieży. *Psychiatria Polska*, 54(1), 35–50. DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/92740.
- Dobijański, M., Kamiński, A. (2020). *Niedostosowanie społeczne nieletnich: Profilaktyka i resocjalizacja*. Siedlce: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego.
- Fristad, M. A., MacPherson, H. A. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent bipolar spectrum disorders [Oparte na dowodach terapie

-
- psychospołeczne dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami ze spektrum dwubiegunowego]. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43(3), 339–355. DOI: 10.1080/15374416.2013.822309.
- Fristad, M. A., Verducci, J. S., Walters, K., Young, M. E. (2009). Impact of multifamily psychoeducational psychotherapy in treating children aged 8 to 12 years with mood disorders [Wpływ rodzinnej psychoterapii psychoedukacyjnej w leczeniu dzieci w wieku od 8 do 12 lat z zaburzeniami nastroju]. *Archives of General Psychiatry*, 66(9), 1013–1021. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.112.
- Gałecki, P., Szulc, A. (2018). *Psychiatria*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Gałecki, P., Pilecki, M., Rymaszewska, J., Szulc, A., Sidorowicz, S., Wciórka, J. (red.). (2018). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5®*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Goetz, M., Novak, T., Vesela, M., Hlavka, Z., Brunovsky, M., Povazan, M., Ptacek, R., Sebel, A. (2015). Early stages of pediatric bipolar disorder: Retrospective analysis of a Czech inpatient sample [Wczesne stadia dziecięcej choroby afektywnej dwubiegunowej: Retrospektywna analiza czeskiej próby pacjentów]. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2855–2864. DOI: 10.2147/NDT.S79586.
- Goldstein, B. I., Birmaher, B., Carlson, G. A., DelBello, M. P., Findling, R. L., Fristad, M., Kowatch, R. A., Miklowitz, D. J., Nery, F. G., Perez-Algorta, G., Van Meter, A., Zeni, Ch. P., Correll, Ch. U., Kim, H.-W., Wozniak, J., Chang, K. D., Hillegers, M., Youngstrom, E. A. (2017). The International Society For Bipolar Disorders Task Force report on pediatric bipolar disorder: Knowledge to date and directions for future research [Raport Grupy Zadaniowej Międzynarodowego Towarzystwa Zaburzeń Dwubiegunowych na temat choroby afektywnej dwubiegunowej u dzieci: Dotychczasowa wiedza i kierunki przyszłych badań]. *Bipolar Disorders*, 19(7), 524–543. DOI: 10.1111/bdi.12556.
- Goldstein, B. I., Strober, M., Axelson, D., Goldstein, T. R., Gill, M. K., Hower, H., Dickstein, D., Hunt, J., Yen, S., Kim, E., Ha, W., Liao, F., Fan, J., Iyengar, S., Ryan, N. D., Keller, M. B., Birmaher, B. (2013). Predictors of first-onset substance use disorders during the prospective course of bipolar spectrum disorders in adolescents [Predyktory pierwszego wystąpienia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych podczas prospektywnego przebiegu zaburzeń ze spektrum dwubiegunowego u nastolatków]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(10), 1026–1037. DOI: 10.1016/j.jaac.2013.07.009.
- Janiri, D., Conte, E., De Luca, I., Simone, M. V., Moccia, L., Simonetti, A., Mazza, M., Marconi, E., Monti, L., Chieffo, D. P. R., Kotzalidis, G., Janiri, L., Sani, G. (2021). Not only mania or depression: Mixed states/mixed features in paediatric bipolar disorders [Nie tylko mania i depresja: Stany mieszane w pediatrycznych zaburzeniach dwubiegunowych]. *Brain Sciences*, 11(4), 434. DOI: 10.3390/brainsci11040434.

-
- Joslyn, C., Hawes, D. J., Hunt, C., Mitchell, P. B. (2016). Is age of onset associated with severity, prognosis, and clinical features in bipolar disorder?: A meta-analytic review [Czy wiek zachorowania jest związany z nasileniem, rokowaniem i cechami klinicznymi choroby afektywnej dwubiegunowej?: Meta-analiza]. *Bipolar Disorders*, 18(5), 389–403. DOI: 10.1111/bdi.12419.
- Mallett, C. A., Stoddard Dare, P., Seck, M. M. (2009). Predicting juvenile delinquency: The nexus of childhood maltreatment, depression and bipolar disorder [Przewidywanie przestępczości nieletnich: Związek złego traktowania w dzieciństwie, depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej]. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19(4), 235–246. DOI: 10.1002/cbm.737.
- Paluch, M. (2021). *Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego w Młodzieżowych Ośrodkach Wychowawczych w 2020 roku: Wyniki badania ankietowego*. Ośrodek Rozwoju Edukacji: Warszawa 2021.
- Pawłowska, B., Fijałkowska-Kiecka, P., Potembska, E., Domański, M., Lewczuk, E. (2015). Zmiany w zakresie funkcjonowania psychospołecznego u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii objętych rehabilitacją psychiatryczną. *Psychiatria Polska*, 49(6), 1191–1202. DOI: 10.12740/PP/36019.
- Rajewska-Rager, A., Rajewski, A. (2010). Schizofrenia u dzieci i młodzieży – biologiczne uwarunkowania diagnozy i leczenia. *Psychiatria*, 7(4), 161–167.
- Safer, D. J., Zito, J. M., Safer, A. M. (2012). Age-grouped differences in bipolar mania [Różnice między grupami wiekowymi w manii w chorobie dwubiegunowej]. *Comprehensive Psychiatry*, 53(8), 1110–1117. DOI: 10.1016/j.comppsy.2012.04.011.
- Shioiri, T., Shinada, K., Kuwabara, H., Someya, T. (2007). Early prodromal symptoms and diagnoses before first psychotic episode in 219 inpatients with schizophrenia [Wczesne objawy prodromalne i diagnozy przed pierwszym epizodem psychiatrycznym u 219 pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem schizofrenii]. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(4), 348–354. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2007.01685.x.
- Surma-Kuś, D., Pilawski, Ł., Siwiec, A., Janas-Kozik, M. (2018). Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Sosnowcu – modelowy przykład psychiatrii środowiskowej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 18(4), 405–412. DOI: 10.15557/PiPK.2018.0048.
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (2022). Dz. U. 2022, poz. 1700.
- Van Meter, A. R., Burke, C., Kowatch, R. A., Findling, R. L., Youngstrom, E. A. (2016). Ten-year updated meta-analysis of the clinical characteristics of pediatric mania and hypomania [Dziesięcioletnia zaktualizowana metaanaliza charakterystyki klinicznej manii i hipomanii u dzieci]. *Bipolar Disorders*, 18(1), 19–32. DOI: 10.1111/bdi.12358.