

Rodzinne czynniki ryzyka rozwoju depresji u dorastających

Family environment risk factors of depression in adolescence

Elżbieta Greszta

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie
Zakład Neuronalnych i Psychicznych Podstaw Zaburzeń Rozwoju
Kierownik: prof. dr hab. E. Szeląg

Summary

General psychosocial theories of developmental psychopathology assert that family environment plays a significant role in forming both adaptive and maladaptive functioning of children. Also virtually all theories of depression assert that faulty parent-child relationships play a major role in the aetiology of this disorder. According these theoretical formulations familial risk factors have been the focus of most research on depression in adolescence. Several studies have shown that insecure attachment and parenting characterized by coldness, rejection, harsh discipline and unsupportive behaviour is positively related to adolescent depressive symptoms. Some research indicates that authoritative parenting, conceptualized as a composite of warmth, accept-involvement, firm control, and democratic discipline, is associated with the least depressive symptoms among adolescents. Pathogenetic factors within the family environment, such as parental depression, changes of family structure, violence or neglect, can also contribute to depression in adolescence. A causal relationship between anomalous parenting and depression is probably the interplay among genetic, cognitive, emotional, interpersonal and family environmental factors.

Słowa klucze: depresja, okres dorastania, środowisko rodzinne

Key words: depression, adolescence, family environment

Wprowadzenie

Przeprowadzono w Polsce wiele gruntownych badań epidemiologicznych, demograficznych i obrazu klinicznego w odniesieniu do depresji okresu dorastania [m.in. 1, 2, 3]. Na tym tle widoczny jest niedobór badań nad uwarunkowaniem tego zaburzenia.

Wśród istotnych czynników ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży wskazywane są negatywne aspekty środowiska rodzinnego [m.in. 4]. Do tej pory podjęto niewiele badań poszukujących czynników ryzyka rozwoju depresji w środowisku rodzinnym. Przeprowadzono pojedyncze badania wśród dzieci

przed okresem dorastania [5], we wczesnej fazie dorastania [6], młodzieży starszej (studentów) [7] i dorosłych [8]. Warto zatem zaprezentować prace, zamieszczone w piśmiennictwie zagranicznym, dotyczące związków między różnymi aspektami środowiska rodzinnego a rozwojem depresji u dorastających. Podjęto także próbę – na podstawie tego przeglądu – integracji dotychczasowych wyników badań.

Badania nad uwarunkowaniem depresji okresu dorastania rozpoczęto na świecie dopiero w latach dziewięćdziesiątych. Środowisko rodzinne – obok czynników biologicznych – jest najczęściej badanym czynnikiem ryzyka rozwoju depresji w tej fazie życia. Badania te dotyczą związków między depresją a różnymi właściwościami rodzicielskimi, takimi jak typ przywiązania czy style wychowawcze, oraz patogenicznymi zjawiskami, które mogą zaistnieć w środowisku rodzinnym, takimi jak depresja rodziców czy przemoc. Część podejmowanych projektów badawczych opiera się na środowiskowych modelach psychopatologii rozwojowej, które kładą nacisk na procesy uczenia się i które wskazują, że podstawowym czynnikiem ryzyka, zwiększającym prawdopodobieństwo rozwoju zaburzeń, są warunki stworzone dziecku w środowisku rodzinnym. Część prac opiera się bezpośrednio na znanych teoriach depresji (poznawczej, przywiązania, interpersonalnej i innych). Ma to uzasadnienie w założeniach tych teorii, które odwołują się do doświadczeń dzieciństwa i wskazują, że sposób, w jaki rodzice traktują swoje dzieci, może przyczyniać się do rozwoju depresji lub podatności na nią. Są to te same teorie, które były formułowane na podstawie badań dorosłych i w odniesieniu do dorosłych. Obecnie są one sprawdzane w stosunku do depresji pojawiającej się w okresie dorastania.

Rodzinne czynniki ryzyka

1. Niepewne przywiązanie

Teoria przywiązania zakłada, że czynnikiem predysponującym do depresji są zakłócenia w tworzeniu się więzi z osobą znaczącą [9]. Według tej teorii dziecko z niepewnym przywiązaniem (opiekunowie niedostatecznie dostępni i niedostatecznie wrażliwie reagujący) ma niskie poczucie własnej wartości i widzi innych jako zagrażających lub takich, na których nie można polegać. Stanowi to podstawę rozwoju późniejszej depresji. Pierwsze badania, sprawdzające te hipotezy w populacji dorastających, rozpoczęły się dopiero na początku lat 90. Potwierdziły, że bezpieczne przywiązanie (secure attachment) łączy się u adolescentów z niższym poziomem depresji, natomiast przywiązanie niepewne (insecure attachment) – z wyższym [m.in. 10]. Ponadto, wykazano empirycznie, że obraz siebie jest czynnikiem pośredniczącym między niepewnym przywiązaniem do rodziców a depresją dorastających [11]. Jedną z prób wyjaśnienia mechanizmu powstawania depresji, w kontekście teorii przywiązania, jest hipoteza niewytworzenia się u dziecka zdolności regulacji stanów afektywnych. Ta zdolność może się nie rozwinąć, gdy relacje z najważniejszym opiekunem są oparte na niepewnym przywiązaniu. Aby dziecko mogło wytworzyć umiejętność regulacji swoich stanów afektywnych, główny opiekun musi być dostępny, umieć łagodzić negatywne stany emocjonalne dziecka i tolerować okazywane przez nie emocje [za: 12]. Badania prób

klinicznych potwierdzają związek między brakiem kontroli emocjonalnej, niewydolnością opiekuńczą rodziców a depresją u dorastających [np. 13].

2. Negatywne postawy rodzicielskie

Badania pokazały, że postawa rodziców cechująca się chłodem, odrzuceniem i dystansem ma związek z pojawieniem się symptomów depresyjnych u adolescentów [m.in. 14, 15, 16]. Zaobserwowano, że członkowie rodzin z depresyjnym dorastającym dzieckiem okazywali sobie mniej serdeczności, częściej szukali samotności i zajęć bez interakcji z innymi (np. czytanie) [17]. Stwierdzono znaczące różnice pod względem werbalnej i niewerbalnej komunikacji w stosunkach z rodzicami między adolescentami z depresją o klinicznym nasileniu a adolescentami bez depresji. Z wyższym nasileniem depresji wiązał się m.in. niedobór ekspresji uczuć w relacji z rodzicami [18]. I odwrotnie – w wielu badaniach udowodniono ujemny związek między rodzicielskim ciepłem i akceptacją a depresją adolescentów [m.in. 14, 19, 20]. (Ten związek został wykazany także w badaniach polskich: ojcowie niedepresyjnych adolescentów istotnie częściej – niż ojcowie adolescentów depresyjnych – werbalnie wyrażali własne zadowolenie z zachowań i osiągnięć swoich dzieci [6].) Teoretycy psychologii poznawczej zakładają, że zarówno pozytywny, jak i negatywny stosunek rodziców w dzieciństwie może zostać zinternalizowany i stać się u dziecka ważną cechą reprezentacji siebie, biorąc tym samym udział w kształtowaniu samooceny [21]. Związek między negatywną postawą uczuciową rodziców a niską samooceną został potwierdzony empirycznie. Ponadto wykazano, że niska samoocena – wynikająca z negatywnej relacji z rodzicami – wiąże się z depresją [22].

3. Brak rodzicielskiego wsparcia

W wielu badaniach wykazano, że dorastający, którzy nie doświadczali rodzicielskiego wsparcia w wystarczającym stopniu, byli bardziej depresyjni niż ci, którzy mogli być pewni wsparcia rodziców. Badano dużą grupę adolescentów z populacji ogólnej (średnia wieku 17,1 roku) i stwierdzono, że postrzeganie rodziców jako źródła wsparcia jest kluczowym czynnikiem chroniącym przed rozwojem depresji [23]. Wsparcie ze strony rodziców może chronić dorastających zarówno przed wystąpieniem, jak i nawrotem depresji [m.in. 24, 25]. Im młodszy wiek badanych adolescentów, tym ważniejsza jest rola rodzicielskiego wsparcia, jako czynnika chroniącego przed depresją [19]. Wykazano ponadto, że wsparcie jest specyficzne dla depresji. Analizowano związek między trzema aspektami wsparcia (otrzymywane wsparcie, dostarczane wsparcie oraz poczucie bliskości z rodzicami) a różnymi zaburzeniami u adolescentów. Dla wszystkich wymienionych aspektów wsparcia – najsilniejszą korelację otrzymano w przypadku symptomów depresyjnych [26]. Wyjaśnienie mechanizmu związku między depresją a wsparciem społecznym opiera się na tzw. „buforowej teorii wsparcia”. Według tego interakcyjnego modelu wsparcie społeczne osłabia związek między negatywnymi wydarzeniami życiowymi a ryzykiem rozwoju depresji. Społeczne wsparcie przypuszczalnie podnosi skuteczność, samoocenę i zaufanie do siebie, tym samym

zwiększa u jednostki poczucie, że potrafi skutecznie poradzić sobie z negatywnymi wydarzeniami życiowymi [za: 27]. Duża liczba prac mówiących o związku między wsparciem a depresją powoduje powszechne przekonanie, że buforowa teoria wsparcia uzyskała jednoznaczne potwierdzenie empiryczne [27, 28]. Okazuje się jednak, że badania prospektywne nie wykazały buforowego efektu wsparcia w przypadku dorastających. W jednym z badań tylko jedna z dziesięciu testowanych buforowych interakcji „stres – wsparcie” była istotna, w innych – żadna z hipotez omawianej zależności nie potwierdziła się [za: 29].

4. Nieprawidłowe style wychowawcze

Z klinicznych obserwacji rodzin z depresyjnymi dziećmi wynika, że przeważającą metodą wychowawczą rodziców są kary i inne restrykcje, polegające na pozbawianiu społecznych, emocjonalnych, materialnych nagród [za: 30]. Badania, zarówno grup klinicznych, jak i populacji ogólnej potwierdziły, że surowa dyscyplina w dzieciństwie wpływa na pojawienie się symptomów depresyjnych [14, 31, 32]. (Warto zwrócić uwagę, że w niektórych badaniach otrzymano odmienne wyniki. Surowa i ostra dyscyplina w dzieciństwie łączyła się raczej z zachowaniem antyspołecznym pojawiającym się w okresie dorastania – niż z depresją [33].) Interesujące badania przeprowadzono na blisko 4-tysięcznej próbie z populacji ogólnej adolescentów w wieku 15 lat. Sprawdzano związek między depresją dorastających a czterema rodzicielskimi stylami wychowawczymi: autokratycznym, autorytatywnym, pobłażliwym i niezaangażowanym. Okazało się, że adolesecenci mający autorytatywnych rodziców charakteryzują się najniższym poziomem depresji, a mający rodziców niezaangażowanych – najwyższym; dorastające dzieci rodziców pobłażliwych i autokratycznych mają pośredni poziom depresji [17]. Podobne wyniki otrzymano w innych badaniach. Praktyki wychowawcze oparte na umiarkowanej kontroli i efektywnej dyscyplinie (rodzice autorytatywni) wiązały się z niższym poziomem symptomów depresyjnych u dorastających [14]. Prawdopodobnie takie praktyki wychowawcze tworzą bardziej stabilne i bezpieczne środowisko dla dzieci, co sprzyja rozwojowi poczucia pewności siebie. Natomiast tzw. „polityka wolnej ręki” (laissez-faire parenting style), wyrażająca się niskim poziomem zaangażowania w czasie interakcji - wiąże się z wyższym poziomem depresji [34].

5. Przemoc w rodzinie

Czynnikiem rodzinnym zwiększającym ryzyko depresji u dzieci i dorastających jest doświadczanie przemocy w domu [m.in. 25, 35]. Wśród przyczyn depresji występuje tzw. zespół maltretowanego dziecka. Dzieci maltretowane (psychicznie lub fizycznie) wykazują z reguły ciężkie zaburzenia emocjonalne, w tym nasilone objawy depresji w dzieciństwie lub adolescencji [36]. Przemoc zwiększa ryzyko wystąpienia depresji, ale nie jest specyficznym czynnikiem ryzyka dla tego zaburzenia. Przegląd badań nad przemocą w dzieciństwie pokazał, że wiąże się ona nie z symptomatologią depresyjną, ale raczej z wyższym poziomem agresji, z nadpobudliwością psychoru-

chową, z deficytem uwagi, z zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi, zaburzeniami zachowania i z zespołem stresu pourazowego [37].

6. Depresja rodziców

Depresja jednego lub obojga rodziców jest jednym z najczęściej badanych czynników ryzyka depresji okresu dorastania. Większość badań potwierdza związek między depresją rodziców a depresją dorastających [np. 38]. Stopień ryzyka depresji dla jednostek pochodzących z takich rodzin jest oceniany na 15% do 60% [39]. Część badaczy uważa, że głównym czynnikiem przyczyniającym się do rozwoju depresji zarówno w dzieciństwie, jak w okresie dorastania – jest właśnie depresja jednego lub obojga rodziców [np. 40, 41]. Transmisję depresji z rodzica na potomka mogą powodować następujące mechanizmy: (1) predyspozycja genetyczne, (2) emocjonalna niedostępność rodziców i (3) dysfunkcjonalność relacji rodzinnych (np. niska spójność rodziny, wrogość, konflikty rodzinne i małżeńskie, rozwód, słabe umiejętności rodzicielskie). Depresja ogranicza zdolność rodziców do zaspokajania potrzeb dziecka. Zmniejsza ich zdolność do skutecznego pełnienia obowiązków rodzicielskich, ponieważ osłabia zaangażowanie. Ponadto depresyjni rodzice są bardziej drażliwi, bezradni i nieprzewidywalni w okazywaniu uczuć. Udowodniono empirycznie, że nastrój depresyjny znacząco nasila surowe i wrogie zachowania wychowawcze. Depresyjni rodzice wykazują mniej konsekwencji w dyscyplinie, gorszą komunikatywność, brak emocjonalności i większy krytycyzm niż rodzice, którzy nie cierpią na depresję [za: 42, 43].

7. Niewydolne środowisko rodzinne

Według modelu społeczno-środowiskowego do depresji może przyczyniać się niewydolne środowisko rodzinne. Badania pokazały, że rodzice adolescentów z symptomami depresyjnymi mają deficyty w umiejętnościach rodzicielskich i rozwiązywaniu rodzinnych problemów, i tym samym stwarzają niesprzyjające, stresujące środowisko [31]. W takiej sytuacji środowisko nie stanowi wystarczających zasobów (np. jako potencjalne źródło wsparcia), które mogą zostać użyte jako ochrona (bufor) przed niekorzystnymi skutkami stresorów dotyczących adolescenta, prowadzących w efekcie do depresji. Ponadto, niewydolne środowisko rodzinne może zostać uwewnętrznione jako negatywne myślenie, predysponujące jednostkę do depresji. Cechy środowiska rodzinnego, które wiążą się z depresją to niski status społeczny, brak jednego rodzica, wielodzietna rodzina i ograniczone wsparcie społeczne. Do stresu rodzinnego zalicza się: problemy ekonomiczne rodziny (bezrobocie), skonfliktowane relacje wewnątrzrodzinne, rozwód rodziców, poważną chorobę członka rodziny i śmierć rodzica [32, 44, 45]. Najwięcej badań poświęcono związkowi między konfliktem w rodzinie a depresją u dorastających. Badania longitudinalne wykazały, że wyższy poziom konfliktowości w rodzinie wiązał się z wyższym poziomem symptomów depresyjnych u dorastających, zarówno w tym samym czasie, jak i prospektywnie (obserwacji dokonywano przez 12 miesięcy) [24]. Postrzeganie rodzinnego konfliktu jako nasilonego jest związane z wyższym poziomem depresji we wczesnej fazie dorastania, choć związek ten

zmniejsza się w późnej adolescencji [19, 25]. Brak stabilności małżeńskiej rodziców, np. konflikt małżeński, separacja lub rozwód, mogą także przyczynić się do rozwoju depresji u dorastających [np. 46]. Niektóre badania nad związkiem między depresją dorastających a utratą jednego z rodziców z powodu rozwodu lub separacji dawały jednak sprzeczne wyniki [32, 41]. Natomiast depresja adolescentów w istotny sposób łączyła się ze śmiercią rodzica [47].

8. Zaburzenia systemu rodzinnego

Teoria systemowa dostarcza użytecznego paradygmatu do rozumienia mechanizmu powstawania i utrzymywania się depresji u adolescentów. Depresję adolescentów można wyjaśnić, m.in., jako efekt nie zakończonych powodzeniem procesu separacji i indywiduacji. Stierlin [za: 48] zwraca uwagę, że należy mówić raczej o procesie koindywiduacji, ponieważ ten proces nie zależy jedynie od adolescenta, ale wymaga aktywnych zmian w rodzicach. Według teorii systemowej członkowie rodziny (głównie rodzice) mogą blokować proces uniezależniania się adolescenta z powodu zagrożenia homeostazy systemu rodzinnego [49]. Niewiele jest badań, które próbowały wykorzystać model systemowy do badania depresji okresu dorastania. Wykazano istotne związki między depresją adolescentów a dysfunkcjonalnymi właściwościami rodziny, takimi jak triangulacja czy splątanie, i depresją dorastających [50, 51] a spójnością rodziny [52] i jej adaptacyjnością [53].

Problemy w badaniu rodzinnych czynników ryzyka depresji

Badania powiązań między czynnikami rodzinnymi a symptomatologią depresyjną dorastających najczęściej mają charakter przekrojowy, toteż związki przyczynowe między opieką rodzicielską a depresją nie są jeszcze definitywnie rozstrzygnięte. Stwierdzono na przykład, że adolescenty z wyższym poziomem depresji jednocześnie skarżą się na niższy poziom rodzicielskiego wsparcia, ciepła, bliskości i intymności oraz na wyższy poziom (w porównaniu z grupą kontrolną) – wrogości i odrzucenia. Ponieważ respondenci byli badani w trakcie epizodu depresji, określenie kierunku zależności nie jest możliwe. Nie wiadomo, czy depresja została spowodowana brakiem więzi i odrzuceniem, czy też odrzucenie pojawiło się jako skutek zachowań depresyjnych [54]. Z badań longitudinalnych wynika, że związki przyczynowe między opieką rodzicielską a depresją mogą mieć inny charakter niż wykazywany w badaniach przekrojowych [55]. Na przykład stwierdzono, że jakość przywiązania może zależeć od tego, czy badani dorastający doświadczają depresji czy też nie. Depresyjni dorastający, szczególnie ci z poważną depresją, zgłaszali mniej bezpieczne przywiązanie z rodzicami niż niedepresyjna grupa kontrolna lub grupa kontrolna nieleczona psychiatrycznie. Natomiast dorastający z wyleczoną depresją wykazywali poziom bezpiecznego przywiązania zbliżony do niepsychiatrycznej grupy kontrolnej [56]. W badaniu, w którym oceniano interakcje między rodzicami i dziećmi 4 miesiące po wystąpieniu epizodu depresyjnego, okazało się, że dysfunkcjonalność tej interakcji zmniejszyła się. A zatem, zakłócenia w stosunkach między rodzicami i dziećmi mogły być raczej

rezultatem symptomów depresyjnych niż na odwrót [57]. Niektóre badania wykazały, że rodzice depresyjnych dorastających zwiększali swoje wspierające zachowanie w odpowiedzi na ich zachowanie depresyjne (i w ten sposób wzmacniali symptomy depresyjne) [58], a inne – że rodzice depresyjnych adolescentów zmniejszają wobec nich zachowania wspierające [59]. Z pozoru niejednoznaczne i sprzeczne wyniki badań można próbować wyjaśnić w modelu systemowym, w którym nie rozpatruje się związków przyczynowo-skutkowych, lecz zależności cyrkularne (kołowe).

Zintegrowany model depresji okresu dorastania

W najnowszej literaturze z psychopatologii rozwojowej pojawiają się tendencje, aby modele powstawania zaburzeń u dzieci i adolescentów miały charakter zintegrowany [np. 60]. Autor opracowania jest przekonany, że trzymanie się jednego, określonego modelu nie pozwala dostrzec innych możliwości wyjaśnienia mechanizmu danego zaburzenia, a co za tym idzie – znalezienia odpowiedniej, skutecznej metody terapii. Podjęto zatem próbę integracji przedstawionych tu wyników badań i ich teoretycznych założeń. Przegląd dotyczył jedynie rodzinnego uwarunkowania depresji, ale jednocześnie wskazał, że w związku między depresją a czynnikami rodzinnymi mogą brać udział także inne zmienne: poznawcze, emocjonalne, interpersonalne, a nawet genetyczne. (Jak wcześniej wspomniano, depresja jednego lub obojga rodziców zwiększa stopień ryzyka depresji u jednostek pochodzących z takich rodzin o 15% do 60%. Zależność ta jest tłumaczona nie tylko modelami psychospołecznymi, tj. wpływem emocjonalnej niedostępności depresyjnego rodzica i dysfunkcjonalności relacji rodzinnych, ale także modelem biologicznym, tj. przekazaniem dziecku genetycznej predyspozycji. Czynniki genetyczne mogą być odpowiedzialne za podatność adolescenta na depresję. Ta wczesna dyspozycja może być wzmacniana później doświadczeniami w rodzinie. Niewrażliwi i odrzucający rodzice mogą prowadzić u dziecka do niskiego poczucia własnej wartości, do postrzegania innych ludzi jako zagrażających lub obojętnych. Ponadto, negatywne doświadczenia rodzinne mogą tworzyć niespójne środowisko emocjonalne i społeczne, w którym dziecko nie jest w stanie efektywnie regulować swoich emocji i radzić sobie ze stresem. Zniekształcenia poznawcze (np. niskie poczucie własnej wartości) i problemy emocjonalne mogą prowadzić do depresji bezpośrednio lub pośrednio – tworząc negatywne emocje i nieadaptacyjne zachowania społeczne, będące źródłem konfliktów, odrzucenia przez innych i społecznej izolacji (problemy interpersonalne). Lub też inaczej – negatywne przekonania, problemy w relacjach społecznych i trudności w regulowaniu emocji mogą tworzyć podatność na rozwój depresji w obliczu stresu. Zintegrowany model depresji okresu dorastania można przedstawić w formie wieloelementowego, dynamicznego procesu, w którym wymienione wyżej czynniki wchodzą w interakcje, często o charakterze cyrkularnym. Przykładowo, depresja u adolescenta może powstawać w efekcie następującego łańcucha wzajemnych zależności: (1) depresja matki powoduje, że staje się ona niedostatecznie dostępna i niedostatecznie wrażliwie reagująca, co prowadzi do (2) niepewnego przywiązania, co z kolei – zgodnie z teorią przywiązania – kształtuje u dziecka (3) niskie poczucie własnej wartości i widzenie innych jako zagrażających lub takich,

na których nie można polegać. Predyspozycja do depresji przekazana genetycznie (model biologiczny) oraz (4) niskie poczucie wartości (teorie poznawcze depresji) i/lub trudności interpersonalne (teorie interpersonalne depresji) stanowią podstawę rozwoju późniejszej depresji. Depresyjne zachowanie adolescenta może początkowo zwiększać (5) wspierające zachowania rodziców, ale w końcu prowadzić do (6) braku rodzicielskiego wsparcia i (7) odrzucających postaw rodzicielskich, które w efekcie wzmacniają i podtrzymują symptomy depresyjne u dorastającego. Uruchomienie procesu depresyjnego może mieć swój początek w (1) niewygodnym środowisku rodzinnym (w obliczu stresu rodzinnego, takiego jak konflikt małżeński czy bezrobocie), które z kolei sprzyja powstawaniu (2) negatywnych postaw rodzicielskich, (3) niedoboru rodzicielskiego wsparcia czy nawet (4) przemocy w rodzinie.

Negatywne aspekty środowiska rodzinnego mogą stanowić istotne czynniki ryzyka powstawania, nasilania się i trwania symptomów depresyjnych u dorastających. Uwzględnienie czynników rodzinnych może mieć kluczowe znaczenie w diagnozie, leczeniu i profilaktyce tych zaburzeń.

Факторы риска развития депрессии у подрастающих детей в семейной среде

Содержание

Известные теории психопатологии развития подчеркивают, что семейная среда исполняет существенную роль в развитии как адаптационного, так и неадаптационного функционирования детей. Также почти все теории депрессии указывают на факт, что неправильные отношения между родителями и детьми играют значительную роль в этиологии этого нарушения. Согласно с теоретическими предположениями, семейные факторы риска являются предметом исследований большинства сообщений, относящихся к этиологии депрессии во время возрастания ребенка. Исследования показали, что небольшая привязанность и родительское отношение, характеризующееся холодом, отталкиванием и не поддерживающим поведением, связано с депрессивными симптомами у растущих детей. С другой стороны, авторитетный стиль воспитания, характеризующийся теплом, акцептацией поведения ребенка, точным контролем и дисциплиной, опирающихся на демократии, связан с наиболее низким уровнем депрессивных симптомов у подростков. Патогенные факторы семейной среды, такие как депрессия родителя, изменения в структуре семьи, насилие или запущенность могут способствовать развитию депрессии в периоде развития ребенка. Причинная связь между неправильном отношении родителей и депрессией является, по-видимому, интеракцией между генетическими факторами, а также познавательными, эмоциональными, интерперсональными и чертами семейной среды.

Risikofaktoren der Depression bei Adoleszenten im Familienmilieu

Zusammenfassung

Allgemeine Theorien der Adoleszenzpsychopathologie betonen, dass das Familienmilieu eine bedeutende Rolle sowohl in der adaptativen Entwicklung als auch in der nicht adaptativen Funktionsweise der Kinder erfüllt. Auch zeigen fast alle Theorien zur Depression darauf, dass die nicht richtigen Beziehungen zwischen den Eltern und den Kindern eine bedeutende Rolle in der Ätiologie dieser Störung spielen. Gemäß den theoretischen Annahmen sind die Risikofaktoren der Gegenstand der Studien der meisten Arbeiten an der Ätiologie der Depression in der Adoleszenz. Die Studien zeigten, dass eine nicht sichere Anhänglichkeit und Elternschaft, die sich mit der Kältherzigkeit und Ablehnung, dem nicht stützenden Verhalten charakterisiert, ist mit den Depressionssymptomen bei den Adoleszenten verbunden. Dagegen ist der autoritative Erziehungsstil, der sich mit Warmherzigkeit,

Engagement und entschiedener Kontrolle und demokratischer Disziplin charakterisiert, mit dem niedrigsten Level der Depressionssymptome bei den Adoleszenten verbunden. Die pathogenen Faktoren des Familienmilieus, solche wie Depression eines Elternteils, Veränderungen in der Struktur der Familie, Gewalt oder Vernachlässigung, können auch zur Entwicklung der Depression in der Adoleszenzphase beitragen. Der kausale Zusammenhang zwischen der unrichtigen Elternschaft und der Depression ist wahrscheinlich eine Interaktion zwischen den genetischen, kognitiven, emotionellen, interpersonellen Faktoren und den Eigenschaften des Familienmilieus.

Les facteurs du risque du développement de la dépression chez les adolescents vivant en famille

Résumé

Les théories générales de la psychopathologie du développement soulignent que le milieu familial joue le rôle important dans la formation du fonctionnement adaptatif et non-adaptatif des enfants. Presque toutes les théories de la dépression indiquent que les relations contraires aux règles des enfants et des parents jouent aussi le rôle signifiant dans l'étiologie de ce trouble. D'après les principes théoriques ces facteurs familiaux du risque sont souvent objet d'analyse de plusieurs recherches concernant l'étiologie de la dépression pendant la période d'adolescence. Ces recherches démontrent que les parents froids, sans attachement, rejetant ses enfants causent les symptômes dépressifs chez les adolescents. D'autre part, le style autoritaire d'éducation, les relations chaleureuses, engagées, la discipline démocratique et le contrôle ferme sont liés avec le niveau le plus bas des symptômes dépressifs chez les adolescents. Les facteurs pathogéniques de la famille tels que la dépression d'un parent, le changement de la structure de la famille, la violence ou l'abandon peuvent aussi causer le développement de la dépression chez les adolescents. Cette liaison de la mauvaise famille et de la dépression s'explique probablement par l'interaction des facteurs génétiques, cognitifs, émotifs, interpersonnels et du milieu familial.

Piśmiennictwo

1. Bomba J. *Rozpowszechnienie i obraz objawów depresyjnych u młodzieży we wczesnej fazie adolescencji*. Psychoter. 1988; 1: 37–50.
2. Witkowska-Ulatowska H. *Zaburzenia psychiczne o obrazie zespołu depresyjnego w nieleczonej populacji młodzieży klas VII szkół warszawskich (badania epidemiologiczne i demograficzne)*. Lęk. Depres. 1996; 1: 282–300.
3. Rola J. *Depresyjność młodzieży ze środowiska wielkomiejskiego i wiejskiego w okresie nauki w gimnazjum*. Psychiatr. Pol. 2005; 3: 537–548.
4. Orwid M. *Czynniki psychospołeczne w psychiatrii dzieci i młodzieży*. W: Namysłowska I. red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*, wyd. 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004, s. 41–52.
5. Bomba J, Jaklewicz H. *Wpływ czynników biologicznych i rodzinnych na przewlekłe utrzymywanie się depresji u dzieci. Badania longitudinalne*. Psychiatr. Pol. 1995; 29: 161–173.
6. Bomba J, Kurzydło B. *Przebieg rozwoju biologicznego i społecznego a występowanie zaburzeń psychicznych o obrazie depresyjnym u dzieci i młodzieży*. Psychiatr. Pol. 1990; 24: 7–14.
7. Foltyn W, Nowakowska-Zajdel E, Knopik J, Brodziak A. *Wpływ negatywnych doświadczeń z okresu dzieciństwa na występowanie depresji u studentów medycyny*. Psychiatr. Pol. 1997; 31: 465–470.
8. Zięba A, Dudek D, Jawor M. *Relacje w rodzinach generacyjnych pacjentów depresyjnych*. Psychiatr. Pol. 1998; 32: 177–186.
9. Rosenstein DS, Horowitz HA. *Adolescent attachment and psychopathology*. J. Consult. Clin. Psychiatr. 1996; 64: 244–253.

10. Cooper ML, Shaver PR, Collins NL. *Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence*. J. Pers. Soc. Psychol. 1998; 74: 1380–1397.
11. Kenny ME, Moilanen DL, Lomax R, Brabeck MM. *Contributions of parental attachments to view of self and depressive symptoms among early adolescents*. J. Early Adolesc. 1993; 13: 408–430.
12. Herring M, Kaslow N. *Depression and attachment in families: a child-focused perspective*. Fam. Proc. 2002; 41: 494–518.
13. Burbach DJ, Kashani JH, Rosenberg TK. *Parental bonding and depressive disorders in adolescents*. J. Child. Psychol. Psychiatry 1989; 30: 417–429.
14. Ge X, Best KM, Conger RD, Simons RL. *Parenting behaviors and the occurrence and co-occurrence of adolescent depressive symptoms and conduct problems*. Dev. Psychol. 1996; 32: 717–731.
15. Johnson BM, Shulman S, Collins WA. *Systemic patterns of parenting as reported by adolescents: developmental differences and implications for psychosocial outcomes*. J. Adolesc. Res. 1991; 16: 235–252.
16. Baron P, MacGillivray RG. *Depressive symptoms in adolescents as a function of perceived parental behavior*. J. Adolesc. Res. 1989; 4: 50–62.
17. Radziszewska B, Richardson XL, Dent CW, Flay BR. *Parenting style and adolescent depressive symptoms, smoking, and academic achievement: Ethnic, gender, and sex differences*. J. Behav. Med. 1996; 19: 289–305.
18. Diego MA, Sanders CE, Field TM. *Adolescent depression and risk factors*. Adolesc. 2001; 36: 491–498.
19. Greenberger E, Chen C. *Perceived family relationships and depressed mood in early and late adolescence: A comparison of European and Asian Americans*. Dev. Psychol. 1996; 32: 707–716.
20. Wagner BM, Cohen P, Brook J. *Parent/adolescent relationships: Moderators of the effects of stressful life events*. J. Adolesc. Res. 1996; 11: 347–374.
21. Drodge EN. *Parental representations, self-view, and interpersonal functioning of older adolescents*. J. Pers. Assess. 1997; 68: 152–164.
22. Brage D, Meredith W. *A causal model of adolescent depression*. J. Psychol. 1994; 128: 455–468.
23. McFarlane AH, Bellissimo A, Norman GR, Lange P. *Adolescent depression in a school-based community sample: Preliminary findings on contributing social factors*. J. Youth Adolesc. 1994; 23: 601–620.
24. Sheeber LB, Hops H, Alpert A, Davis B, Andrews X. *Family support and conflict: Prospective relations to adolescent depression*. J. Abnorm. Child Psychiatr. 1997; 25: 333–344.
25. Aydin B, Oztutuncu F. *Examination of adolescents' negative thoughts, depressive mood, and family environment*. Adolesc. 2001; 36: 77–83.
26. Windle M, Miller-Tutzauer C. *Confirmatory factor analysis and concurrent validity of the perceived social support-family measure among adolescents*. J. Marriage Family 1992; 54: 777–787.
27. Cohen S, Wills TA. *Stress, social support, and the buffering hypothesis*. Psychol. Bull. 1985; 98: 310–357.
28. Leavy RL. *Social support and psychological disorder: A review*. J. Comm. Psychol. 1983; 11: 3–21.
29. Burton E, Stice E, Seeley JR. *A Prospective Test of the Stress-Buffering Model of Depression in Adolescent Girls: No Support Once Again*. J. Consult. Clin. Psychiatr. 2004; 72: 689–697.
30. Stark KD, Bronik MD, Wong S, Wells G, Ostrander R. *Depressive disorders*. W: Hersen M, Ammerman RT, red. *Advanced abnormal child psychology*. NJ: Hillsdale; 2000.

31. Ge X, Conger RD, Lorenz FO, Simons RL. *Parents' stressful life events and adolescent depressed mood*. J. Health Soc. Behav. 1994; 35: 28–44.
32. Reinherz HZ, Giaconia RM, Pakiz B, Silverman AB, Frost AK, Lefkowitz ES. *Psychosocial risks for major depression in late adolescence: a longitudinal community study*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1993; 32: 1155–1163.
33. Patterson GR, de Baryshe BD, Ramsey E. *A developmental perspective on antisocial behavior*. Am. Psychol. 1989; 44: 329–335.
34. Kandel DB, Davies M. *Epidemiology of depressive mood in adolescents: An empirical study*. Arch. Gen. Psychiatry 1982; 39: 1205–1212.
35. Shugart MA, Lopez EM. *Depression in children and adolescents*. Postgrad. Med. 2002; 112: 53–59.
36. Toth SL, Manly JT, Cicchetti D. *Child maltreatment and vulnerability to depression*. Dev Psychopathol. 1992; 4: 97–112.
37. Cicchetti D, Toth SL. *A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995; 34: 541–566.
38. Kramer RA, Warner V, Olfson M, Ebanks CM, Chaput F, Weissman MD. *General medical problems among the offspring of depressed parents: A 10-year follow-up*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1998; 37: 602–611.
39. Shiner RL, Marmorstein NR. *Family environments of adolescents with lifetime depression: Associations with maternal depression history*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1998; 37: 1152–1160.
40. Downey G, Coyne JC. *Children of depressed parents: An integrative review*. Psychol. Bull. 1990; 108: 50–76.
41. Fendrich M, Warner V, Weissman MM. *Family risk factors, parental depression, and childhood psychopathology*. Dev. Psychol. 1990; 26: 40–50.
42. Sagrestano LM, Paikoff RL, Holmbeck GN, Fendrich M. *A longitudinal examination of familial risk factors for depression among inner-city African American adolescents*. J. Fam. Psychol. 2003; 17: 108–120.
43. Conger RD, Conger KJ, Elder GH, Lorenz FO. *A family process model of economic hardship and adjustment of early adolescent boys*. Child Dev. 1992; 63: 526–541.
44. Compas BE, Howell DC, Phares V, Williams RA, Giunta CT. *Risk factors for emotional/behavioral problems in adolescence: a prospective analysis of adolescent and parental stress and symptoms*. J. Consult. Clin. Psychiatr. 1989; 57: 732–740.
45. Burbach DJ, Borduin CM. *Parent-child relations and the etiology of depression: A review of methods and findings*. Clin. Psychol. Rev. 1986; 6: 133–153.
46. Aro HM, Palosaari UK. *Parental divorce, adolescence, and transition to young adulthood*. Am. J. Orthopsychiatry 1992; 62: 421–429.
47. Zall DS. *The long term effects of childhood bereavement: Impact on roles as mothers*. Omega-J. Death Dying 1994; 29: 219–230.
48. Bomba J. *Depresja młodzieńcza*. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*, wyd. 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004, s. 266–279.
49. de Barbaro B, red. *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1994.
50. Feldman SS, Rubinstein JL, Rubin C. *Depressive affect and restraint in early adolescents. Relationship with family structure, family process, and friendship support*. J. Early Adolesc. 1988; 8: 279–296.
51. Wang L, Crane DR. *The relationship between marital satisfaction, marital stability, nuclear family triangulation, and childhood depression*. Am. J. Fam. Ther. 2001; 29: 337–347.

52. Friedrich W, Reams R, Jacobs J. *Depression and suicidal ideation in early adolescents*. J. Youth Adolesc. 1982; 11: 403–407.
53. Garrison CZ, Jackson KL, Marsteller F, McKeown R, Addy C. *A longitudinal study of depressive symptomatology in young adolescents*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1990; 29: 581–585.
54. Forehand R, Brody G, Slotkin J, Fauber R, McCombs A, Long N. *Young adolescent and maternal depression: Assessment, interrelations, and family predictors*. J. Consult. Clin. Psychiatr. 1988; 56: 422–426.
55. Coyne JC. *Depression and the response of others*. J. Abnorm. Psychol. 1976; 85: 186–193.
56. Armsden GC, McCauley E, Greenberg MT, Burke PM, Mitchell JR. *Parent and peer attachment in early adolescent depression*. J. Abnorm. Child Psychiatr. 1990; 18: 683–697.
57. Puig-Antich J, Lukens E, Davies M, Goetz D, Brennan-Quattrochio J, Todak G. *Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders: II. Interpersonal relationships after sustained recovery from affective episode*. Arch. Gen. Psychiatry 1985; 42: 511–517.
58. Sheeber L, Hops H, Andrews J, Alpert T, Davis B. *Interactional processes in families with depressed and non-depressed adolescents: reinforcement of depressive behavior*. Behav. Res. Ther. 1998; 36: 417–427.
59. Hoffman JP, Su SS. *Stressful life events and adolescent substance use and depression: Conditional and gender differentiated effects*. Subst. Use Misuse 1998; 33: 2219–2262.
60. Kendall PC. *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Mechanizmy zaburzeń i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.

Otrzymano: 3.08.2005

Zrecenzowano: 6.09.2005

Przyjęto do druku: 14.11.2005

Adres: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej
03-815 Warszawa, Chodakowska 19/31