

## Depresja i palenie papierosów – powszechne problemy zdrowotne wśród polskich 14-latków. Wyniki badania SOPKARD-Junior

### Depression and smoking – widespread health problems among 14-year-old adolescents in Poland. The results of the SOPKARD-Junior survey

Anna Pakalska-Korcala<sup>1</sup>, Klaudia Suligowska<sup>2,3</sup>, Tomasz Wolańczyk<sup>4</sup>,  
Tomasz Zdrojewski<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Gdańskie Centrum Zdrowia, Dzienny Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży

<sup>2</sup> Gdański Uniwersytet Medyczny, Zakład Prewencji i Dydaktyki

<sup>3</sup> Gdański Uniwersytet Medyczny,

Zakład Technik Dentystycznych i Zaburzeń Czynnościowych Narządu Żucia

<sup>4</sup> Warszawski Uniwersytet Medyczny, Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego

#### Summary

**Aim.** Assessment of prevalence and co-prevalence of depression and substance abuse among Sopot youth.

**Material and method.** In the years 2006–2007, 316 subjects participated in a psychological examination as part of the SOPKARD-Junior program. The assessment was made using the *Beck Depression Inventory*, the *Krakow Depression Inventory* and a proprietary questionnaire evaluating the frequency of psychoactive substance use. Adolescents with depressive symptoms in the questionnaire study underwent a psychiatric examination.

The SOPKARD-Junior program is a multidisciplinary epidemiologic study that comprehensively assesses the health of the population of 14-year-old junior secondary school students in Sopot.

**Results.** Symptoms of depression were detected in 29.4% of subjects: 37.4% of girls (G) and 20.9% of boys (B) ( $p < 0.05$ ). In the psychiatric examination, an episode of depression was diagnosed in 4.1% of students (G: 5.5%; B: 2.6%). The rates of substance use (occasional or regular) were: cigarettes – 20.2 % of students (G: 24% and B: 16.4%;  $p < 0.05$ ), alcohol – 45.9% (G: 50.9% and B: 40.5%;  $p < 0.05$ ), and illicit drugs – 6.3% (G: 6.2% and B: 6.6%; n.s.). Teenagers with depressive symptoms smoke cigarettes and drink alcohol significantly more often than those without depressive symptoms (smoking rates: 30.1% vs. 16.1%;  $p < 0.05$ ; alcohol drinking rates: 61.3% vs. 39.5%;  $p < 0.05$ ).

**Conclusions.** (1) Significant prevalence of depressive symptoms was detected among the adolescents in the study. (2) Girls smoke cigarettes and drink alcohol significantly more frequently than boys. (3) The occurrence of depressive symptoms in adolescents almost doubles the risk of tobacco and alcohol use.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia depresyjne, palenie papierosów, nastolatki

**Key words:** depressive disorder, smoking, adolescent

## Wstęp

Rozpowszechnienie zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych wzrasta z dekady na dekadę. Zaburzenia psychiczne wieku rozwojowego rzadko miewają samoistne remisje i często wiążą się z poważnymi konsekwencjami psychospołecznymi, takimi jak: przedwczesne rodzicielstwo, niestabilne związki małżeńskie, uzależnienia, samobójstwa [1]. Ponadto większość zaburzeń psychicznych u dorosłych ma swe korzenie w dzieciństwie i okresie dojrzewania. Zatem zapobieganie im w dzieciństwie zapobiega ich wystąpieniu w dorosłości.

W praktyce klinicznej obserwujemy stale narastającą liczbę młodzieży zgłaszającej się do leczenia z powodu takich zaburzeń psychicznych, jak zaburzenia depresyjne i uzależnienia. Dostępność pomocy i liczba psychiatrów dziecięcych są bardzo zróżnicowane w krajach europejskich (od jednego psychiatry przypadającego na 5300 osób poniżej 20 r.ż. do jednego psychiatry przypadającego na 51 800 osób poniżej 20 r.ż.). W Polsce wskaźnik ten jest jednym z najniższych w Europie. Ponadto kategoria „zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży” stanowi proporcjonalnie małą część budżetu zdrowia psychicznego [2]. Spośród dzieci i młodzieży cierpiących na depresję aż 7% może popełnić samobójstwo we wczesnych latach dorosłości (NIMH) [3]. Statystyki WHO wykazują, że samobójstwo zajmuje trzecie miejsce wśród przyczyn śmierci osób między 15. a 24. rokiem życia oraz czwarte miejsce w wypadku osób między 10. a 14. rokiem życia. Uzależnienia od tytoniu i alkoholu należą do najpowszechniejszych problemów zdrowotnych na świecie. Pierwszy kontakt z substancjami uzależniającymi, eksperymentowanie z nimi oraz ich szkodliwe używanie najczęściej pojawia się w okresie adolescencji [4].

Za granicą prowadzonych jest wiele podłużnych badań oceniających częstość zaburzeń psychicznych u młodzieży, których wyniki stanowią podstawę do opracowania programów profilaktycznych w tej grupie wiekowej [5]. W Polsce brakuje takich programów badawczo-interwencyjnych. Poznanie rozpowszechnienia zaburzeń zdrowia psychicznego w populacji polskiej młodzieży oraz opracowanie nowoczesnych programów prewencyjnych miałyby ogromne znaczenie kliniczne.

SOPKARD-Junior jest epidemiologicznym programem badawczo-interwencyjnym – pierwszym w Polsce, który w sposób całościowy ocenia stan zdrowia młodzieży. W ramach programu przeprowadzono pomiary antropometryczne, badania kardiologiczne, metaboliczne, endokrynologiczne, nefrologiczne oraz psychologiczne i psychiatryczne. Wstępne doniesienia programu SOPKARD-Junior wskazują, że tylko 1/3 badanej młodzieży była zdrowa i wolna od czynników ryzyka sercowo-naczyniowego [6]. Wyniki badań dotyczących rozpowszechnienia depresji i uzależnień w tej grupie młodzieży ujawniają, że odsetek zdrowej młodzieży jest jeszcze mniejszy.

Celem części psychologiczno-psychiatrycznej programu SOPKARD-Junior była ocena rozpowszechnienia oraz współwystępowania depresji i używania substancji psychoaktywnych wśród 14-letniej młodzieży Sopotu.

### Material

Badanie SOPKARD-Junior jest przeprowadzane corocznie, począwszy od 2006 roku. Projekt jest realizowany w szkołach przy współpracy z dyrektorami szkół oraz pedagogami i pielęgniarkami szkolnymi. Do wzięcia udziału w badaniu zapraszani są w danym roku wszyscy 14-letni uczniowie uczęszczający do sopockich szkół (w roku 2006 i 2007 były to klasy drugie sopockich gimnazjów). Udział w badaniu jest dobrowolny, zasady udziału w badaniu objaśniane są przez personel lekarski podczas zebrań rodzicielskich w szkołach.

W roku 2006 i 2007 badaniem psychologiczno-psychiatrycznym objęto 316 osób (60,2% wszystkich uczniów). U pozostałych nie uzyskano zgody na badanie. Frekwencja wynosiła: 59,2% w 2006 roku, 72,2% w 2007 roku. Projekt został zaakceptowany przez Niezależną Komisję Bioetyczną do spraw Badań Naukowych przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym (Nr NKEBN/510/2006).

### Metoda

#### I etap badań – badania kwestionariuszowe

1. Do oceny rozpowszechnienia objawów depresyjnych posłużono się *Skalą depresji Becka* (w roczniku 2006) oraz *Krakowskim Inwentarzem Depresyjnym IO „B1”* (w roczniku 2007).

*Skala depresji Becka* jest narzędziem powszechnie stosowanym na świecie do pomiaru nasilenia objawów depresyjnych u młodzieży od 13. roku życia i u dorosłych. Powstała w 1981 roku, składa się z 21 pytań oceniających nasilenie poszczególnych objawów depresji, jest skalą samooceny. Osoba badana proszona jest o zaznaczenie jednej odpowiedzi najlepiej odzwierciedlającej jej uczucia i zachowania w ciągu ostatnich 2 tygodni. Każde z pytań dotyczy jednego objawu depresji, np. obniżonego nastroju, poczucia winy, anhedonii, myśli samobójczych. Pytania zawierają 4-punktową skalę (od 0 do 3), która odzwierciedla nasilenie danego objawu depresji – od jego braku do dużego nasilenia tego objawu. Całkowity wynik jest sumą punktów uzyskanych z 21 pytań (maksymalna liczba punktów – 63, minimalna – 0). Wskaźnik rzetelności alfa Cronbacha dla *Skali depresji Becka* wynosi 0,87 [7]. Wykazano, że u młodzieży skala ta jest dobrym wskaźnikiem efektów leczenia i ma dobre właściwości psychometryczne [8].

*Krakowski Inwentarz Depresyjny* jest narzędziem opracowanym i wystandaryzowanym na populacji polskiej przez zespół Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie pod kierownictwem prof. dr. hab. med. Jacka Bomby. W wersji „B1” uwzględnia specyfikę obrazu psychopatologicznego depresji we wczesnej oraz średniej fazie dorastania

i jest przystosowany do badania nasilenia objawów depresji w grupie wiekowej od 13. do 15. roku życia. Składa się ze 104 stwierdzeń, na które badany odpowiada, mając do wyboru dwie odpowiedzi: „tak” albo „nie”. W inwentarzu 89 stwierdzeń odpowiada objawom psychopatologicznym, opisanym językiem zrozumiałym w tej fazie rozwoju. Pozostałe stwierdzenia to włączona do arkusza „skala kłamstwa”. Normy IO „B1” zostały opracowane według skali stenowej dla wyniku całościowego oraz dla poszczególnych skal. Ogólny wynik odpowiadający 7.–10. stenowi pozwala na przesiewowe rozpoznanie depresji. Wynik surowy  $\geq 26$  (przeliczony dla całego arkusza IO „B1”) odpowiada 7. stenowi. Wskaźnik rzetelności dla skali ogólnej KID IO „B1” alfa Cronbacha wynosi 0,94 [9].

2. Do oceny rozpowszechnienia palenia tytoniu, nadużywania alkoholu i narkotyków zastosowano własny kwestionariusz oceniający częstość przyjmowania używek (zarówno w roku 2006, jak i 2007).

Przyjęto następujące kryteria:

- okazjonalne palenie papierosów: rzadziej niż raz w tygodniu;
- regularne palenie papierosów: raz w tygodniu lub częściej;
- okazjonalne picie alkoholu: kilka razy w roku lub rzadziej;
- regularne picie alkoholu (nadużywanie): raz w miesiącu lub częściej;
- okazjonalne zażywanie narkotyków: osoba miała kontakt z narkotykami (raz lub kilka razy w życiu);
- regularne zażywanie narkotyków (nadużywanie): wielokrotny kontakt z narkotykami, zażywanie, gdy jest okazja.

## II etap badań – badanie psychiatryczne

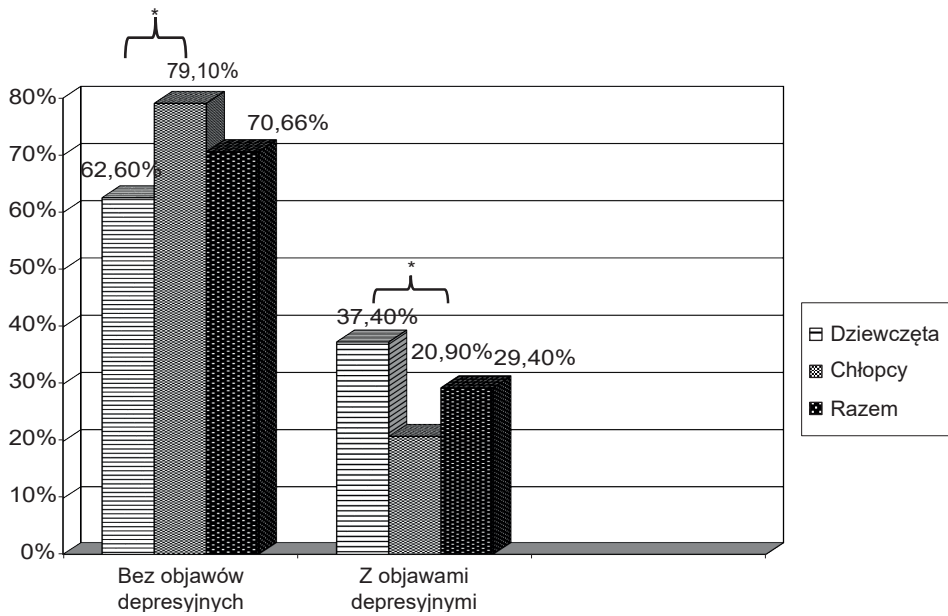
Na badanie lekarskie zaproszono młodzież z objawami depresyjnymi stwierdzonymi na podstawie badań kwestionariuszowych. Za punkt odcięcia świadcząco o obecności objawów depresyjnych przyjęto: co najmniej 10 punktów w *Skali depresji Becka* (w 2006 roku) oraz co najmniej 26 punktów ( $\geq 7$  sten) w *Krakowskim Inwentarzu Depresyjnym* (w 2007 roku). Diagnozę epizodu depresyjnego stawiano zgodnie z kryteriami DSM-IV (APA 1994) [10].

## Metody statystyczne

Różnice w rozpowszechnieniu poszczególnych zaburzeń były analizowane na podstawie testu chi-kwadrat Pearsona. Ciągłe zmienne były analizowane z użyciem wieloczynnikowej analizy wariancji (ANOVA).

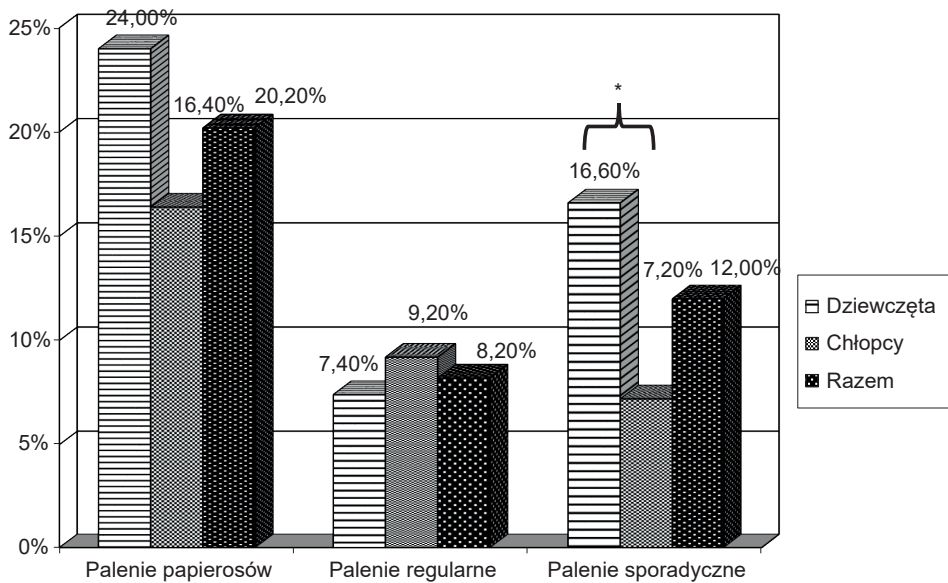
## Wyniki

Objawy depresyjne stwierdzono u 29,4% badanych (37,4% dziewcząt (Dz) i 20,9% chłopców (Chł);  $p < 0,05$ ) (rys. 1). W badaniu psychiatrycznym do najczęstszych



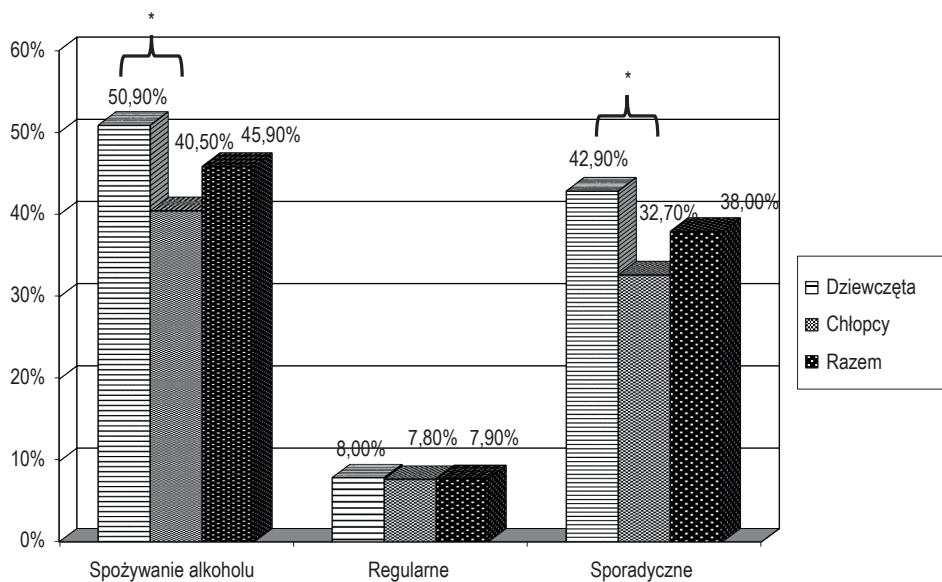
Rys. 1. Częstość objawów depresyjnych

\*  $p < 0,05$

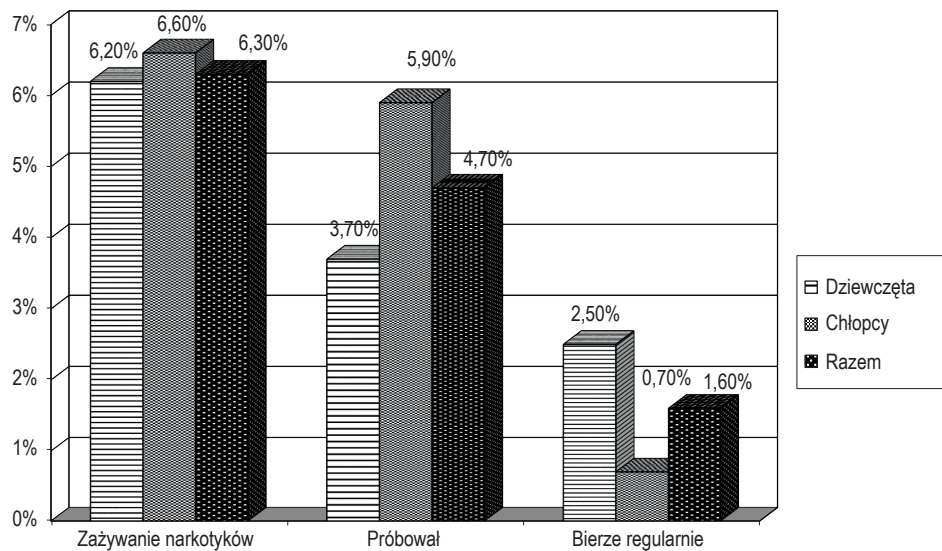


Rys. 2. Częstość palenia papierosów

\*  $p < 0,05$



Rys. 3. Częstość spożywania alkoholu

\*  $p < 0,05$ 

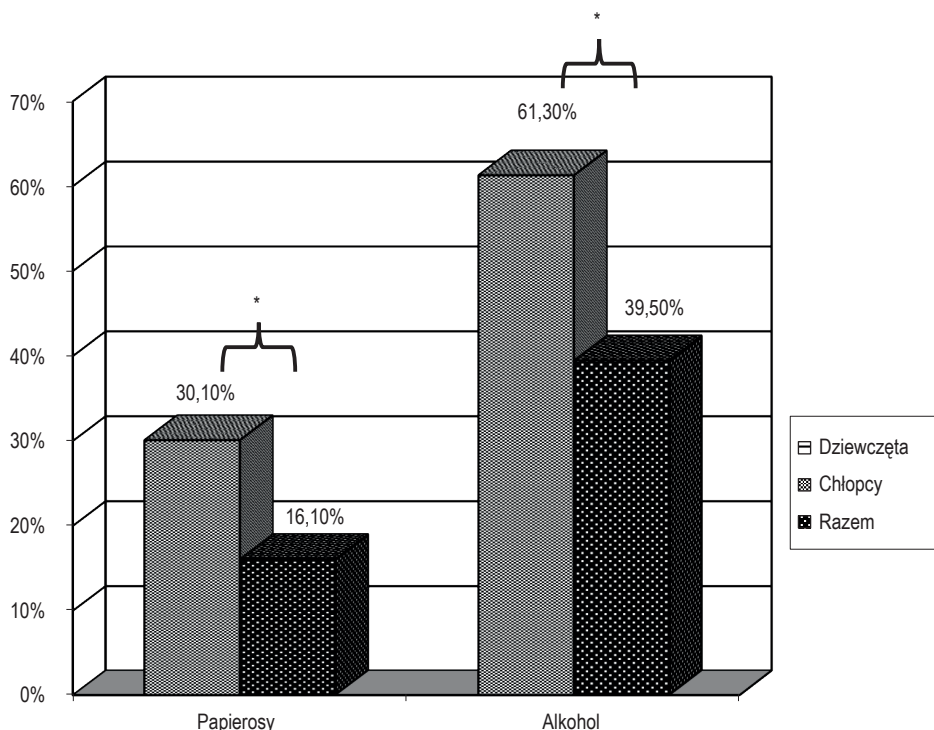
Rys. 4. Częstość zażywania narkotyków

diagnoz należały: rozpoznanie epizodu depresji – u 4,1% młodzieży (5,5% Dz i 2,6% Chł) i zaburzeń adaptacyjnych – u 5,4% (8% Dz i 2,6% Chł).

Jeśli chodzi o przyjmowanie używek (okazjonalnie i regularnie), palenie papierosów deklarowało 20,2% młodzieży (24% Dz i 16,4% Chł;  $p < 0,05$ ), picie alkoholu – 45,9% (50,9% Dz i 40,5% Chł;  $p < 0,05$ ), zażywanie narkotyków – 6,3% (6,2% Dz i 6,6% Chł; n.s.). Regularne palenie papierosów zdiagnozowano u 8,2% młodzieży (7,4% Dz i 9,2% Chł; n.s.), nadużywanie alkoholu – u 7,9% (8% Dz i 7,8% Chł; n.s.), nadużywanie narkotyków – u 1,6% (2,5% Dz i 0,7% Chł; n.s.). Częstość przyjmowania używek z podziałem na używanie regularne i sporadyczne przedstawiają rysunki 2–4.

Młodzież z objawami depresyjnymi istotnie częściej niż młodzież bez objawów depresyjnych pali papierosy (30,1% vs. 16,1%;  $p < 0,05$ ) i pije alkohol (61,3% vs. 39,5%;  $p < 0,05$ ) (rys. 5).

Uwzględniając podział na regularne i okazjonalne używanie środków psychoaktywnych, wyniki przedstawiają się następująco: regularne palenie tytoniu – 11,8% vs. 6,7% ( $p < 0,05$ ); okazjonalne palenie tytoniu – 18,3% vs. 9,4% ( $p < 0,05$ ); regularne



Rys. 5. Częstość palenia papierosów i picia alkoholu w grupach z objawami depresyjnymi i bez depresji

\*  $p < 0,05$

picie alkoholu – 11,8% vs. 6,3% ( $p = 0,05$ ); okazjonalne picie alkoholu – 49,5% vs. 33,2% ( $p < 0,05$ ).

Depresyjne dziewczynki istotnie częściej niż ich niedepresyjne rówieśniczki okazjonalnie sięgają po papierosy (24,6% vs. 11,8%;  $p < 0,05$ ) i alkohol (57,4% vs. 34,3%;  $p < 0,05$ ). W wypadku regularnego palenia i picia alkoholu nie stwierdzono istotnych różnic (papierosy – 9,8% vs. 5,9%; n.s.; alkohol – 9,8% vs. 6,9%; n.s.). Depresyjni chłopcy istotnie częściej niż chłopcy bez objawów depresyjnych regularnie palą papierosy (15,6% vs. 7,4%;  $p < 0,05$ ) i piją alkohol (15,6% vs. 5,8%;  $p < 0,05$ ). Nie stwierdzono istotnych różnic w odniesieniu do palenia i picia okazjonalnego (papierosy – 6,3% vs. 7,4%; n.s.; alkohol – 34,4% vs. 32,2%; n.s.). Osoby depresyjne częściej niż osoby bez objawów depresyjnych sięgały po narkotyki, ale ze względu na małą liczebność grupy osób używających narkotyków nie stwierdzono istotności statystycznych.

## Dyskusja

Wyniki dotychczasowych badań nad rozpowszechnieniem zaburzeń psychicznych wykazują pewne zróżnicowanie w zależności od zastosowanych kryteriów oraz metod diagnostycznych [11]. Częstość depresji wśród młodzieży w doniesieniach z Wielkiej Brytanii i Stanów Zjednoczonych określa się w granicach 0,4–8,3%, przy stosunku K:M = 2:1 [5, 12, 13]. Depresyjny nastrój może utrzymywać się przewlekłe i stanowić czynnik ryzyka rozwoju choroby afektywnej w przyszłości. W Polsce pierwsze badania nad rozpowszechnieniem depresji u dzieci i młodzieży prowadzone były w Krakowie w latach 80. XX wieku. Wyniki badań epidemiologicznych reprezentatywnej próby nieleczonej populacji dzieci i młodzieży z zastosowaniem KID IO wykazały następujące wskaźniki rozpowszechnienia depresyjności: 31,6% u 13-latków i 27,4 u 17-latków. W replikowanych badaniach krakowskich z 2001 roku objawy depresyjne stwierdzono u 24,6% 13-latków i 27,9% 17-latków [14, 15]. W badaniach populacji 17-letniej młodzieży Gdańska i Koszalina z 2001 roku 54% stanowiły osoby depresyjne [16]. Kolejnym dużym badaniem epidemiologicznym nieleczonej populacji 13-latków było badanie Witkowskiej-Ulatowskiej, w którym objawy depresyjne wykazano u 19,3% dzieci [17].

Powyższe dane są zbieżne z wynikami badań kwestionariuszowych przeprowadzonych w ramach programu SOPKARD-Junior. Niezwykle cenna okazała się weryfikacja badań kwestionariuszowych lekarskim badaniem psychiatrycznym. SOPKARD-Junior jest badaniem epidemiologicznym, w którym oceniono rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych w grupie młodzieży na podstawie badania psychiatrycznego. U 4% badanej młodzieży rozpoznano kliniczny epizod depresji. Zatem rozpowszechnienie depresji klinicznej w miejskiej populacji polskich 14-latków jest porównywalne z częstością depresji wśród młodzieży z Europy Zachodniej czy USA. Również dwukrotnie częstsze występowanie depresji klinicznej u sopockich dziewcząt niż u chłopców koresponduje z wcześniejszymi doniesieniami na ten temat [5, 12, 13].

Wyniki badania SOPKARD-Junior pokazują, że co trzeci badany ma znaczne trudności z radzeniem sobie w sytuacjach stresujących. Przejawem tych trudności są



właśnie objawy depresyjne, które pojawiają się jako reakcja na stres, który przekracza możliwości adaptacyjne młodego człowieka. U osób, u których ilość i nasilenie tych objawów były niewystarczające do postawienia rozpoznania klinicznej depresji zgodnego z kryteriami DSM-IV, stawiano rozpoznanie depresyjnego przebiegu dorastania. Grupa osób z takim rozpoznaniem stanowi grupę ryzyka rozwoju potencjalnych zaburzeń w przyszłości. Obserwacja tych pacjentów pozwoli odpowiedzieć na pytanie: Ilu spośród nich zachoruje na depresję w przyszłości i czy ma sens podejmowanie działań profilaktycznych wobec tej grupy młodzieży?

Kolejnym poważnym problemem we wczesnej adolescencji jest eksperymentowanie i szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych, takich jak tytoń, alkohol i narkotyki. Wiadomo, że może ono prowadzić do uzależnień w wieku późniejszym. Spośród wszystkich substancji psychoaktywnych największe ryzyko późniejszych uzależnień odnotowano w wypadku nikotyny (36%) [18]. Dane wiążące wczesny początek używania substancji z uzależnieniem od niej są niejednoznaczne, niemniej jednak wielu badaczy wskazuje na fakt większego ryzyka uzależnień w wypadku wczesnego kontaktu ze szkodliwą substancją [19–21]. Dane dotyczące rozpowszechnienia uzależnienia od alkoholu i nikotyny są zależne od wieku oraz narodowości badanych. Wraz z wiekiem następuje istotny wzrost nadużywania substancji psychoaktywnych. W badaniach węgierskich częstość palenia tytoniu i picia alkoholu u 12-letnich dzieci wynosiła odpowiednio 19% i 24% [22]. W badaniach brazylijskich w grupie wiekowej 14–19-latków 57% potwierdza picie alkoholu (29,3% pije alkohol 1–3 razy w miesiącu, 13% co tydzień), 23% pali papierosy i 5% zażywa narkotyki [23]. Wśród młodzieży brazylijskiej w przedziale wiekowym 10–19 lat częstość palenia tytoniu wynosiła 12,1% (10,3–14%), bez istotnych różnic między płciami [24]. W grupie 15–16-letnich Słowaków do regularnego palenia przyznało się 24,8% chłopców i 14,3% dziewcząt [25].

Wyniki badania SOPKARD-Junior dotyczące rozpowszechnienia palenia tytoniu i picia alkoholu wśród 14-letniej młodzieży nie różnią się zasadniczo od innych europejskich doniesień na ten temat. Zwraca uwagę znaczne, 20% rozpowszechnienie palenia papierosów w tej grupie młodzieży oraz częstsze używanie tytoniu i alkoholu przez dziewczynki niż przez chłopców. Istotna przewaga dziewcząt nad chłopcami dotyczy okazjonalnego używania substancji psychoaktywnych. Nie stwierdzono istotnych różnic między płciami w odniesieniu do regularnego palenia papierosów oraz nadużywania alkoholu i substancji psychoaktywnych. Większość badań wskazuje na przewagę chłopców wśród młodych ludzi nadużywających substancji psychoaktywnych w większości europejskich krajów [26]. Zauważane jest jednak zjawisko stopniowego wzrostu liczby młodych kobiet nadużywających i uzależnionych od alkoholu i tytoniu. Istotna przewaga sopočkih dziewcząt nad chłopcami w zakresie palenia papierosów i picia alkoholu jest informacją ważną z punktu widzenia planowania przyszłych interwencji i działań profilaktycznych.

Uzależnienia od narkotyków dotyczą głównie osób między 18. a 30. rokiem życia, choć grupa młodzieży gimnazjalnej i licealnej nadużywająca tych substancji rośnie z roku na rok. Podobnie jak w wypadku alkoholu i nikotyny dane dotyczące rozpowszechnienia tych zaburzeń zależne są od wieku i narodowości badanych. Używanie substancji psychoaktywnych jest zjawiskiem narastającym wraz z wiekiem

– od wczesnej do późnej adolescencji. W jednym z epidemiologicznych badań amerykańskich oceniono rozpowszechnienie nadużywania substancji psychoaktywnych w grupie młodzieży 12–18-letniej. Jeden na czterech adolescentów w starszej grupie wiekowej spełniał kryteria szkodliwego używania co najmniej jednej substancji, a jeden na pięciu spełniał kryteria uzależnienia. Jeden na trzech codziennie palił papierosy, a 8,6% spełniało kryteria uzależnienia od nikotyny. Nadużywanie alkoholu stwierdzono u 10% badanych, a kryteria uzależnienia spełniało 3,5% młodzieży. Uzależnienie od marihuany dotyczyło 4,3% badanych. Chłopcy częściej spełniali kryteria uzależnienia od alkoholu i marihuany, a dziewczynki od nikotyny [27]. W jednym z polskich badań epidemiologicznych ustalono, że odurzająca się 14-letnia młodzież (sięgająca przede wszystkim po pochodne konopi indyjskich) stanowiła około 20% wszystkich uczniów [28]. W badaniu SOPKARD-Junior tylko 6% przyznało się do sięgania po narkotyki, a do regularnego ich zażywania jeszcze mniej (1,6%), co może świadczyć o małym rozpowszechnieniu tego zjawiska w tej populacji lub też o lęku przed ujawnieniem tej informacji osobom badającym.

Depresje i uzależnienia wśród młodzieży są zaburzeniami często współwystępującymi. Wykazano, że poziom depresyjności i używanie substancji psychoaktywnych we wczesnej adolescencji były istotnie związane z późniejszym nadużywaniem alkoholu, tytoniu i marihuany u dziewcząt oraz z nadużywaniem marihuany u chłopców [29]. Wyniki epidemiologicznego, podłużnego badania amerykańskiego na populacji 10 800 osób (od okresu adolescencji do wczesnej dorosłości) wskazują, że zależność między objawami depresyjnymi a nadużywaniem substancji jest dwukierunkowa. Większy poziom depresyjności w okresie adolescencji wiąże się z częstszym nadużywaniem substancji psychoaktywnych w okresie wczesnej dorosłości. Częstsze nadużywanie substancji łączy się z większym nasileniem objawów depresyjnych kilka lat później. Związek ten jest silniejszy u dziewcząt niż u chłopców [30]. W ostatnich latach coraz częściej opisuje się wpływ objawów depresyjnych u nastolatków na palenie papierosów w tej grupie wiekowej [31].

Badania na populacji polskiej potwierdzają współwystępowanie tych dwóch zaburzeń i wzrost ryzyka uzależnień w grupie depresyjnej młodzieży [28]. Wyniki badania SOPKARD-Junior wskazują na dwukrotnie częstsze palenie tytoniu i picie alkoholu wśród młodzieży depresyjnej w porównaniu z młodzieżą bez objawów depresyjnych. Depresyjne dziewczynki częściej okazjonalnie sięgają po używki, chłopcy częściej używają ich regularnie. Zatem można podejrzewać, że wczesne wykrywanie i leczenie zaburzeń depresyjnych u młodzieży może się przyczynić do zmniejszenia rozpowszechnienia uzależnień wśród młodych dorosłych.

Wyniki badania SOPKARD-Junior wskazują na znaczne rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych oraz palenia papierosów i picia alkoholu wśród 14-letniej młodzieży, głównie wśród dziewcząt. Na świecie obserwuje się niepokojące zjawisko narastania powyższych problemów w grupie dziewcząt, szczególnie w odniesieniu do palenia tytoniu. Może być ono wynikiem zmiany społecznego nastawienia (większej akceptacji) do dziewczynek palących papierosy oraz silnego oddziaływania reklam papierosów coraz częściej kierowanych do populacji żeńskiej [32]. Fakt ten jest szczególnie niepokojący w kontekście nadużywania alkoholu i palenia papierosów

przez młode kobiety w ciąży oraz wszystkich potencjalnych konsekwencji medyczno-społecznych wynikających z powyższych ryzykownych zachowań.

Wszystkie te dane wskazują na ogromną potrzebę realizacji programów epidemiologicznych, takich jak SOPKARD-Junior, a wyniki tych badań powinny stanowić podstawę opracowania i wdrożenia dużych, nowoczesnych programów profilaktycznych.

### Wnioski

1. Wśród badanej młodzieży stwierdzono znaczne rozpowszechnienie objawów depresyjnych: co trzecia dziewczynka i co piąty chłopiec ma depresyjny przebieg dorastania. W badaniu lekarskim rozpoznanie epizodu depresji potwierdzono u 4% młodzieży – u dziewczynek dwukrotnie częściej niż u chłopców.
2. Co piąty badany pali papierosy. Dziewczynki istotnie częściej niż chłopcy palą papierosy i piją alkohol.
3. Obecność objawów depresyjnych u młodzieży prawie dwukrotnie zwiększa ryzyko nadużywania tytoniu i alkoholu.
4. Duża liczba wykrytych nieprawidłowości oraz potencjalne poważne konsekwencje zdrowotne i społeczne wskazują na pilną potrzebę realizacji programów epidemiologicznych oraz konieczność opracowania nowoczesnych programów prewencyjnych skierowanych do dzieci i młodzieży.

### Piśmiennictwo

1. Gotlib IH, Lewinsohn PM, Seeley JR. *Consequences of depression during adolescence: Marital status and marital functioning in early adulthood*. J. Abnorm. Psychol. 1998; 107(4): 686–690.
2. ESCAP. *Dobrostan psychiczny dzieci w Europie. Plany i perspektywy*. XIII Kongres, Florencja, Włochy, 25–29 sierpnia 2007.
3. National Institute of Mental Health (NIMH). *Depression in Children and Adolescents: A Fact Sheet of Physicians*. <http://www.nimh.gov/publicat/depchildrensfact.cfm> (dostęp: 1.01.2021).
4. Steinhausen HC, Metzke CW. *Frequency and correlates of substance use among preadolescents and adolescents in a Swiss epidemiological study*. J. Child Psychol. Psychiatry 1998; 39(3): 387–397.
5. Rutter M, Tizard J, Yule W, Graham P, Whitmore K. *Research report: Isle of Wight Studies, 1964–1974*. Psychol. Med. 1976; 6(2): 313–332.
6. Czarniak P, Szczesniak P, Krawczyk M, Pakalska-Korcala A, Sliwinska A, Król E i wsp. *Are healthy teenagers really healthy? Results of the screening project Sopkard 15*. Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. 2009; 16: 28.
7. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
8. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. *Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications*. Clin. Psychol. Rev. 1998; 18(7): 765–794.
9. Bomba J, Modrzejewska R, Beauvale A. *Struktura czynnikowa objawów w Krakowskim Inwentarzu Depresyjnym KID IO „B1” w grupie 15-latków*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(2): 245–259.

10. Bell CC. *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. JAMA 1994; 272(10): 828–829.
11. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. *Prevalence of psychopathology among children and adolescents*. Am. J. Psychiatry 1998; 155(6): 715–725.
12. Harrington R. *Adolescent depression: Same or different?* Arch. Gen. Psychiatry 2001; 58(1): 21–22. doi:10.1001/archpsyc.58.1.21
13. Fleming JE, Offord DR, Boyle MH. *Prevalence of childhood and adolescent depression in the community: Ontario child health study*. Br. J. Psychiatry 1989; 155: 647–665.
14. Modrzejewska R, Bomba J. *Porównanie rozpowszechnienia depresji w populacji 13-letniej młodzieży krakowskich szkół średnich w latach 1984 i 2001*. Psychiatr. Pol. 2006; 40(3): 469–479.
15. Modrzejewska R, Bomba J. *Porównanie rozpowszechnienia depresji w populacji 17-letniej młodzieży krakowskich szkół średnich w latach 1984 i 2001*. Psychiatr. Pol. 2004; 38(1): 13–27.
16. Jaklewicz H, Barańska Z, Deli D, Plich M, Wodniak A. *Zaburzenia depresyjne u młodzieży w okresie transformacji społecznej*. Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży 2001; 1: 26–37.
17. Witkowska-Ulatowska H. *Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. Przegląd badań*. W: Biblioteka Psychiatrii Polskiej. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 2000. S. 137–144.
18. Riordan M. *Campaign for Tobacco-Free Kids Fact Sheet: Smoking and Kids*. <http://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0001.pdf> (dostęp: 1.01.2021).
19. DeWit DJ, Adlaf EM, Offord DR, Ogborne AC. *Age at first alcohol use: A risk factor for the development of alcohol disorders*. Am. J. Psychiatry 2000; 157(5): 745–750.
20. Breslau N, Fenn N, Peterson EL. *Early smoking initiation and nicotine dependence in a cohort young adults*. Drug Alcohol Depend. 1993; 33(2): 129–137.
21. Chen C, O'Brien MS, Anthony JC. *Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the united states: 2000–2001*. Drug Alcohol Depend. 2005; 79(1): 11–22.
22. Kiss E, Pikó B, Vetró A. *Frequency of smoking, drinking, and substance use and their relationship to psychiatric comorbidity in depressed child and adolescent population*. Psychiatr. Hung. 2006; 21(5): 371–378.
23. Malcon MC, Menezes AM, Chatkin M. *Prevalence and risk factors for smoking among adolescents*. Rev. Saude Publ. 2003; 37(1): 1–7.
24. Baska T, Ballová M, Mad'ar R, Straka S. *Epidemiology of smoking habit in adolescents. Suggestions for prevention*. Cent. Eur. J. Public Health 1999; 7(1): 31–34.
25. Reek van J, Adriaanse H, Knibbe R. *Alcohol consumption and correlates among children in the European community*. Int. J. Addict. 1994; 29(1): 15–21.
26. Young SE, Corley RP, Stallings MC, Rhee SH, Crowley TJ, Hewitt JK. *Substance use, abuse and dependence in adolescence: Prevalence, symptom profiles and correlates*. Drug Alcohol Depend. 2002; 68(3): 309–322.
27. Costa MCO, Alves MVDQM, Santos de CADST, Carvalho de RC, Souza de KEP, Sousa de HL. *Experimentation and regular use of alcoholic beverages, cigarettes and other psychoactive substances (PAS) during adolescence*. Cien. Saude Colet. 2007; 12(5): 1143–1154.
28. Modrzejewska R, Bomba J. *Point prevalence of psychoactive substance use and depression in childhood and adolescence*. Przegl. Lek. 2004; 61(11): 1217–1223.

29. Fleming CB, Mason WA, Mazza JJ, Abbott RD, Catalano RF. *Latent growth modeling of the relationship between depressive symptoms and substance use during adolescence*. Psychol. Addict. Behav. 2008; 22(2): 186–197.
30. Needham BL. *Gender differences in trajectories of depressive symptomatology and substance use during the transition from adolescence to young adulthood*. Soc. Sci. Med. 2007; 65(6): 1166–1179.
31. Hockenberry JM, Timmons EJ, Vander Weg M. *Smoking, parent smoking, depressed mood and suicidal ideation in teens*. Nicotine Tob. Res. 2010; 12(3): 235–242.
32. Steinhausen HC, Winkler C, Meier M. *Eating disorders in adolescence in a Swiss epidemiological study*. Int. J. Eat. Disord. 1997; 22(2): 147–151.

Adres: Anna Pakalska-Korcala  
Gdańskie Centrum Zdrowia  
Dzienny Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży  
80-542 Gdańsk, ul. Oliwska 62  
e-mail: annapakalska@wp.pl

Otrzymano: 5.03.2019

Zrecenzowano: 20.04.2019

Otrzymano po poprawie: 30.06.2019

Przyjęto do druku: 24.07.2019