

Objawy depresyjne wśród adolescentów w nieleczonej populacji Krakowa – 30-letnia katamneza

Depressive symptoms among adolescents in non-clinical Krakow's population – thirty years' follow-up

Renata Modrzejewska¹, Jacek Bomba¹, Agnieszka Pac²

¹ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum,
Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej

Summary

Aim. Assessment of predictive value of the occurrence of depressive symptoms during adolescence. For this purpose, the life history of untreated adolescents screened for the presence of depressive symptoms was assessed twice, at intervals of fifteen years, including an assessment of their health history, their family-related, occupational, material and social situation.

The comparison of the fate of depressive adolescents with the fate of their non-depressive peers was aimed at answering the question about the influence of adolescent depression on health in adulthood.

Method. In 1985, a random sample of 1,035 people – students aged 15 and 17 – was examined for a screening diagnosis of adolescent depression. The Krakow Depression Inventory (KID) questionnaires version for 15-year-olds (“IOB1”) and for 17-year-olds (“IOC1”) were used. After 15 years, data on 238 people (23%) were obtained. In 2015, responses were obtained from 101 people (9.8% of those surveyed in 1985).

Results. An analysis of the results of a 30-year prospective study of the relationship between depressiveness in adolescence, in untreated adolescents, and the health and functioning in adulthood indicates that, contrary to predictions, the appearance of depression in this phase of development cannot be treated as a predictor of mental disorders later in life.

Conclusions. Long-term observation in our prospective study supports the hypothesis of a developmental character of adolescent depression.

Słowa kluczowe: depresja młodzieńcza, badania prospektywne

Key words: adolescent depression, prospective studies

Wstęp

Na początku XXI stulecia przewidywano, że zaburzenia depresyjne (*depressive disorders*) staną się jednym z najistotniejszych problemów zdrowotnych (*global disease burden*) w krajach rozwiniętych [1]. Brzemie zaburzeń depresyjnych pozostaje w związku z ich destrukcyjnym wpływem na jakość życia, produktywność oraz wypełnianie ról społecznych i rodzinnych. Problem jest szczególnie wyraźny w krajach o niższym poziomie rozwoju ekonomicznego. W istotny sposób zaburzenia depresyjne skutkują biedą, dyskryminacją i wpływają na pojawianie się innych zaburzeń psychicznych [2].

Pojęcie zaburzeń depresyjnych nie jest precyzyjne i od lat wzbudza szereg wątpliwości nozologicznych, etiologicznych i diagnostycznych, co znajduje swój wyraz m.in. w ewolucji klasyfikacji diagnostycznych i niekończących się kontrowersjach na tym polu [3]. Wątpliwości tego rodzaju dotyczą też depresji w okresie rozwojowym. Związek zaburzeń depresyjnych pojawiających się w okresie adolescencji z ryzykiem nawrotowości depresji w dorosłości jest bezdyskusyjny [4, 5]. Wciąż otwarte pozostaje jednak pytanie, w jakim stopniu występowanie pojedynczych objawów depresji lub objawów o łagodnym nasileniu przekłada się na ryzyko występowania depresji lub innych problemów psychicznych i życiowych w kolejnych dekadach życia.

Wahania nastroju stanowią normatywny aspekt adolescencji [6]. Również praktyka kliniczna w tym względzie wskazuje często na prorozwojowy charakter reakcji depresyjnych w adolescencji. Stanowią one w tym ujęciu fragment kryzysu adolescencyjnego będącego próbą poradzenia sobie z wyzwaniami dojrzewania [7]. Także z naszych badań wynika, że depresja pojawiająca się u nieleczonych adolescentów ma różny przebieg. Stwierdza się ją w różnych etapach okresu rozwojowego, występuje epizodycznie lub przewlekłe [8, 9].

Zagadnienie predykcijnego znaczenia występowania depresyjności w okresie dorastania próbowano rozwiązać, badając powiązania między jej wystąpieniem a obecnością innych objawów psychopatologicznych. Na współwystępowanie depresji z innymi zespołami psychopatologicznymi u adolescentów zwracano uwagę już w latach osiemdziesiątych XX wieku [10, 11]. Współwystępowanie zespołów depresyjnych z objawami zaburzeń lękowych, zaburzeń jedzenia i używaniem substancji psychoaktywnych obserwowano w krakowskich badaniach populacji nieleczonej [12]. Ponadto z krakowskich badań wynika też, że predykcyjne znaczenie może mieć sam fakt pojawienia się cech depresyjności u adolescenta, a nie stopień nasilenia depresji [13].

Predykcyjne znaczenie objawów depresji w adolescencji próbowano ustalić w podłużnych (longitudinalnych) badaniach retrospektywnych i prospektywnych. Opublikowano liczne wyniki badań grup adolescentów leczonych z powodu depresji, obserwowanych w okresach katamnetycznych nawet kilkudziesięcioletnich [14]. Badania prospektywne nad depresją w ogólnej populacji osób dorastających są rzadsze, a obserwacja kończy się na wczesnej dorosłości, nie przekraczając okresu 10 lat [14]. Brak badań obejmujących dłuższy czas obserwacji wydaje się szczególnie istotny w wypadku nieleczonych objawów depresyjnych. Ich negatywny krótkofalowy wpływ na występowanie problemów psychicznych we wczesnej dorosłości jest dobrze udoku-

mentowany. Otwarte pozostaje jednak pytanie o długofalowe konsekwencje depresji w okresie rozwojowym [14–16]. Literatura przedmiotu dostarcza w tym względzie niejednoznacznych danych.

W 10-letniej katamniezie 1027 kanadyjskich nastolatków w wieku 16–17 lat występowanie depresji w czasie pierwszego pomiaru związane było z częstszą nawrotnością depresji, większym nasileniem objawów, występowaniem migren, bólów głowy, gorszą oceną swojego stanu zdrowia oraz słabym wsparciem społecznym [16].

W Uppsali w latach 1991–1993 przebadano populację 2300 nastolatków w wieku 16–17 lat w kierunku obecności objawów depresyjnych. Po 15 latach od pierwszego badania powtórnie przebadano 382 osoby. Po tym okresie stwierdzono, że występowanie długotrwałych objawów depresyjnych lub dystymii w badaniu wyjściowym łączyło się z częstszym występowaniem zaburzeń lękowych, innych zaburzeń psychicznych, prób samobójczych oraz leczenia psychiatrycznego niż w grupie bez objawów depresji. Nieco rzadziej wyżej wymienione problemy dotyczyły osób z epizodycznymi objawami depresyjnymi. Grupa z subklinicznymi objawami depresji nie różniła się od grupy zdrowych adolescentów. Grupa z długo utrzymującymi się objawami charakteryzowała się po okresie 15 lat bardziej uporczywymi, częściej nawracającymi i wymagającymi dłuższego leczenia farmakologicznego objawami depresji [17].

W 15-letniej katamniezie zaburzeń depresyjnych populacji młodzieży polskiej (985 osób), badanej po raz pierwszy w 1985 roku, statystycznie istotna zależność obserwowana była pomiędzy występowaniem depresji w okresie adolescencji a gorszym ogólnym stanem zdrowia oraz częstszym paleniem papierosów. W wypadku depresji w okresie środkowej adolescencji u mężczyzn odnotowano brak istotnych relacji partnerskich, w wypadku kobiet zaś wcześniejsze macierzyństwo i wczesne rozwody. Objawy depresyjne we wczesnej adolescencji łączyły się z mniejszą intensywnością relacji społecznych poza kręgiem rodzinnym. Z kolei kobiety, u których zdiagnozowano objawy depresyjne w środkowej adolescencji, miały bardziej intensywne życie towarzyskie [18].

W 15-letniej katamniezie opartej na danych z rejestrów porównano grupy 362 szwedzkich nastolatków z objawami depresji, badanych w wieku 16–17 lat. Do tej grupy zaliczono adolescentów, których wynik w badaniu kwestionariuszem Becka był wyższy niż 15 punktów lub wyższy niż 10 punktów w kwestionariuszu Becka i jednocześnie w skali CES-DC wyższy niż 29 punktów, lub w wywiadzie była podawana próba samobójcza. Grupę kontrolną (250-osobową) wyłoniono z próby populacyjnej liczącej 2270 adolescentów. Dziewczęta z objawami depresji m.in. statystycznie częściej korzystały z pomocy lekarskiej, miały też więcej różnorodnych problemów ze zdrowiem, wypadków i prób samobójczych. Zarówno w wypadku depresyjnych kobiet, jak i mężczyzn występowanie depresji wpływało na częstość hospitalizacji psychiatrycznych. W odniesieniu do większości badanych problemów zdrowotnych nie zaobserwowano ich związku z występowaniem objawów depresyjnych w okresie adolescencji. U kobiet objawy dużej depresji związane były – w odróżnieniu od dystymii i objawów subklinicznych – z większą częstością występowania zaburzeń lękowych oraz innych problemów psychicznych i behawioralnych [19].

W badaniach Reefa i wsp. [20] 24-letnia katamneza obejmowała 2076 holenderskich dzieci, których stan psychiczny został oceniony przez rodziców w 1983 roku.

Wyjściowe stwierdzenie objawów agresji, zachowań niedostosowanych społecznie, lęku i depresji okazało się silnym predyktorem różnorodnych zaburzeń psychicznych. Zaburzenia lękowo-depresyjne były, przy kontroli innych badanych objawów, najsilniejszym predyktorem problemów emocjonalnych. Badaniem tym objęto dzieci w wieku od 4 do 16 lat [20].

W 40-letniej katamnezie 3279 dzieci urodzonych w Wielkiej Brytanii w 1946 roku stwierdzono, że występowanie zaburzeń internalizacyjnych oceniane w 13. i 15. roku życia wiąże się z częstszym występowaniem objawów lękowych i depresyjnych oraz leczeniem psychiatrycznym w dorosłości. Statystycznie istotną różnicę odnotowywano w ocenie dokonywanej w 36. i 43. roku życia badanych. Nie znaleziono jej dla nadal utrzymującej się większej częstości zaburzeń i leczenia ocenianej w 53. roku życia badanych [14].

Wyniki cytowanych badań nie prowadzą do ostatecznych rozstrzygnięć ani nie dają jednoznacznych odpowiedzi. Powodem tego stanu rzeczy mogą być różnice w przyjętej metodzie badawczej, ale także znaczące zmiany, jakie zachodzą w klasyfikacji zaburzeń psychicznych w czasie, jakiego wymagają prospektywne obserwacje długoterminowe.

Cel badań

Celem pracy była próba oceny predykcyjnej wartości występowania objawów depresyjnych w okresie dorastania. W związku z tym dwukrotnie oceniono, w odstępach piętnastoletnich, historię życia nieleczonych adolescentów zbadanych przesiewowo na obecność objawów depresyjnych, uwzględniając ich historię zdrowotną, sytuację rodzinną, zawodową, materialną i społeczną.

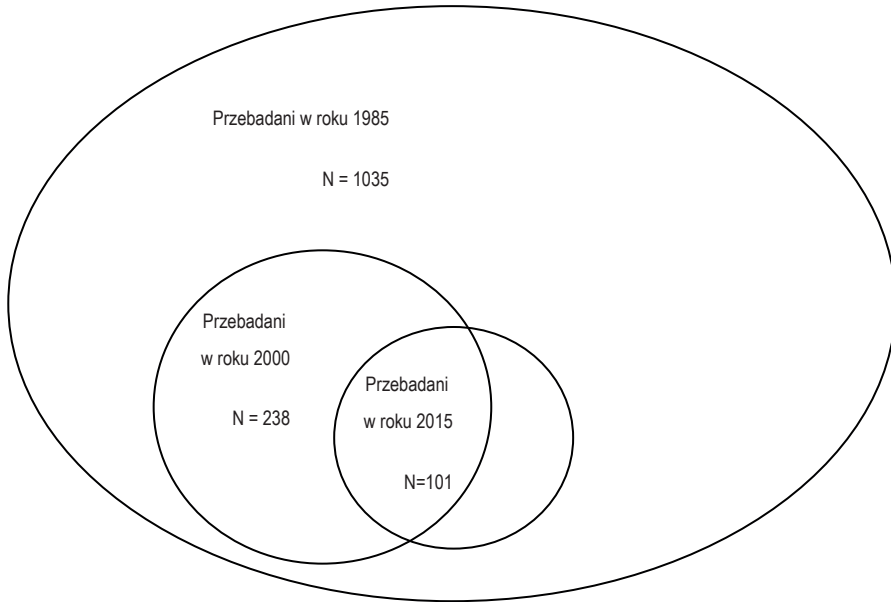
Porównanie losów osób depresyjnych w okresie dorastania z losami ich niedepresyjnych wówczas rówieśników miało dać odpowiedź na pytanie o wpływ depresji młodzieńczej na zdrowie w dorosłości.

Material i metody

W 1985 roku przebadano losową próbę 1035 osób – uczniów w wieku 15 i 17 lat – w kierunku przesiewowej diagnozy depresji młodzieńczej. W badaniach tych wykorzystano kwestionariusze *Krakowskiego Inwentarza Depresyjnego* (KID) w wersji dla 15-latków („IOB1”) oraz w wersji dla 17-latków („IOC1”). W tej grupie 29,5% badanych zostało określonych jako osoby depresyjne (badanie podstawowe). Średni wynik w kwestionariuszu KID to 5,6 pkt ($SD = 1,86$). W 2000 roku (15-letnia obserwacja) do wszystkich osób badanych w 1985 roku przesłano krótki kwestionariusz dotyczący ich sytuacji. W badaniu tym zwrotnie uzyskano dane dotyczące 238 osób. Osoby, które odpowiedziały na nadesłany list z dołączonym kwestionariuszem, miały nieznacznie wyższy wynik kwestionariusza KID uzyskany w 1985 roku niż osoby, które nie odpowiedziały na list (5,8 $SD = 1,96$ vs. 5,5 $SD = 1,83$). W 2015 roku ponownie przesłano badanym kwestionariusz katamnesticzny (30-letnia obserwacja) i uzyskano odpowiedź od 101 osób (9,8% przebadanych w roku 1985). Osoby, które

odpowiedziały na list, charakteryzowały się nieznacznie niższym wynikiem kwestionariusza KID w roku 1985.

Spośród wszystkich osób, które brały udział w badaniu w roku 1985, tylko 69 osób odpowiedziało zarówno po 15, jak i po 30 latach (rys. 1).



Rysunek 1. Liczebność grup badanych w poszczególnych badaniach

Krakowski Inwentarz Depresyjny (KID) składa się z pozycji ujmujących objawy depresji w obszarach wyodrębnionych na podstawie klinicznego opisu depresji u dzieci i młodzieży, w tym na podstawie analizy taksonomicznej wyników badania klinicznego [11]. Przyporządkowując opisy przeżyć, doznań i zachowań do konkretnych obszarów, kierowano się teoretycznym założeniem o związku przeżycia (zachowania) z funkcjami: nastroju, lęku, czynności intelektualnych (poznawczych) oraz aktywnością (napędem). Wyłoniono też dwa swoiste obszary objawowe: zachowania autodestrukcyjne i objawy somatyczne. KID dzielił się tym samym na sześć obszarów objawowych: A – zaburzenia nastroju; B – lęk; C – zaburzenia poznawcze; D – zaburzenia napędu; E – autodestrukcja; F – objawy somatyczne. Poszczególne wersje KID różnią się liczbą pozycji w całym kwestionariuszu i w poszczególnych obszarach. Wynika to z różnic w bogactwie manifestacji objawowej w różnych fazach rozwoju. Opracowano skale stenowe, zarówno ogólną, jak i dla konkretnych obszarów objawowych.

Do porównania aktualnej sytuacji osób depresyjnych i niedepresyjnych w okresie adolescencji wykorzystano odsetki, a wnioskowanie statystyczne zostało oparte na te-

ście χ^2 oraz teście dokładnym Fishera (w razie zbyt małych liczebności). Wszystkie analizy wykonano w programie SPSS wersja 24.

Wyniki

W badaniach przeprowadzonych w 2000 roku, po 15 latach od pierwszych badań, wzięło udział 238 osób, co stanowiło 23,0% przebadanej wyjściowo populacji. W 2015 roku w badaniach uczestniczyło już tylko niecałe 10% przebadanych w roku 1985. Porównując strukturę populacji w trzech kolejnych badaniach, należy zwrócić uwagę, że w kolejnych latach coraz mniejszy odsetek populacji przebadanej stanowili mężczyźni: 47,2% w badaniach z roku 1985, 37,3% w roku 2000 i 33,7% w roku 2015. Natomiast w kolejnych badaniach zaobserwowano większy udział osób depresyjnych (w adolescencji), które odpowiedziały na zaproszenie do udziału w badaniach. W badaniu wstępnym depresyjność dotyczyła 29,5% badanych, wśród przebadanych w 2000 roku było 33,6% osób depresyjnych w okresie adolescencji, a w roku 2015 40,6% (tab. 1). Nie zaobserwowano znaczących różnic w wynikach kwestionariusza KID pomiędzy osobami, które odpowiedziały na prośbę o wypełnienie ankiet, a tymi, które na nią nie odpowiedziały zarówno w roku 2000, jak i w roku 2015.

Tabela 1. Porównanie populacji przebadanej w latach 1985, 2000 i 2015 pod względem wyników w skali depresyjności KID

Wyszczególnienie	Badanie podstawowe Rok 1985	15-letnia obserwacja Rok 2000		30-letnia obserwacja Rok 2015	
		Respondenci	Brak odpowiedzi	Respondenci	Brak odpowiedzi
N	1035	238		101	
Wiek badanych	13–19 lat	28–34 lat		43–49 lat	
Płeć: odsetek mężczyzn	47,2%	37,3%		33,7%	
Odsetek osób depresyjnych	29,5%	33,6%		40,6%	
Odsetek odpowiedzi w badaniach		23,0%		9,8%	
		Respondenci	Brak odpowiedzi	Respondenci	Brak odpowiedzi
KID – średnia		5,8	5,5	5,4	5,6
KID – SD		1,96	1,83	1,97	1,85

Porównując dane o poziomie wykształcenia, który osiągnęły osoby depresyjne, odnotowano, że odsetek osób z wykształceniem wyższym w roku 2000 wynosi 28,4% (wiek badanych 28–34 lat) w porównaniu z 58,8% osób depresyjnych przebadanych w roku 2015 (wiek 43–49 lat). Podobnie w grupie osób niedepresyjnych zaobserwowano, że odsetek osób z wykształceniem wyższym w roku 2015 był znacząco większy (49,3%) niż w badaniach prowadzonych piętnaście lat wcześniej (29,9%; $p = 0,006$). W grupie osób depresyjnych odsetek osób zatrudnionych był nieznacznie wyższy

w roku 2015 (94,1%) w porównaniu z przebadanymi w roku 2000 (86,4%; $p = 0,345$). Natomiast wśród osób niedepresyjnych w obu badaniach (w roku 2000 i 2015) częstość zatrudnienia była podobna (odpowiednio 84,5% i 86,2%).

W obydwu analizowanych grupach (osób depresyjnych i niedepresyjnych) odsetek osób, które deklarowały dochody poniżej 50% średniej krajowej dla danego roku, był znacząco niższy w roku 2015 – w grupie osób depresyjnych 21,2% w porównaniu z 91,3% w roku 2000 ($p < 0,001$), natomiast w grupie osób niedepresyjnych 27,0% w porównaniu z 91,2% w roku 2000 ($p < 0,001$).

W odniesieniu do warunków mieszkaniowych mierzonych liczbą pokoi w domu/mieszkanie, w którym mieszka respondent, w badaniach w roku 2000 zaobserwowano statystycznie istotne różnice pomiędzy osobami depresyjnymi i niedepresyjnymi w okresie adolescencji. Osoby depresyjne rzadziej deklarowały, że ich mieszkanie posiada 3 lub więcej pokoi (40,9% vs. 58,1% w grupie osób niedepresyjnych; $p = 0,011$). W obydwu porównywanych grupach odsetek osób dysponujących trzema lub więcej pokojami był większy w roku 2015 – 76,5% w grupie osób depresyjnych i 78,8% w grupie osób niedepresyjnych. Zmiany zaobserwowane w obu grupach były statystycznie istotne (tab. 2).

Tabela 2. Charakterystyka demograficzno-społeczna osób przebadanych powtórnie w latach 2000 oraz 2015

Wyszczególnienie		Depresyjni w roku 1985			Niedepresyjni w 1985		
		2000	2015	p	2000	2015	p
Wykształcenie	Średnie	63 (71,6)	14 (41,2)	0,002	103 (70,1)	34 (50,7)	0,006
	Wyższe	25 (28,4)	20 (58,8)		44 (29,9)	33 (49,3)	
Praca	Nie	12 (13,6)	2 (5,9)	0,345*	23 (15,5)	9 (13,8)	0,750
	Tak	76 (86,4)	32 (94,1)		125 (84,5)	56 (86,2)	
Dochody	< 50% średniej	73 (91,3)	7 (21,2)	<0,001	125 (91,2)	17 (27,0)	<0,001
	> 50% średniej	7 (8,8)	26 (78,9)		12 (8,8)	46 (73,0)	
Liczba pokoi	< 3	52 (59,1)	8 (23,5)	<0,001	62 (41,9)	14 (21,2)	0,004
	> = 3	36 (40,9)	26 (76,5)		86 (58,1)	52 (78,8)	

Respondentów zapytano również o to, czy są osobami samotnymi. Zarówno w grupie osób depresyjnych, jak i niedepresyjnych odsetek osób deklarujących, że są samotne, w 2000 roku był nieznacznie większy w porównaniu z rokiem 2015 (17,6% vs. 14,8% w grupie osób depresyjnych oraz 17,9% vs. 13,0% w grupie osób niedepre-

syjnych). Różnice te nie były statystycznie istotne. Odnotowano też, że w badaniach z 2015 roku niższy (nieistotnie) był odsetek osób deklarujących rozpad poprzednich związków (30,3% vs. 39,3% w roku 2000 w grupie osób depresyjnych oraz 26,1% vs. 30,5% w grupie osób niedepresyjnych w okresie adolescencji).

W badaniach porównawczych prowadzonych w 2000 roku znacznie częściej osoby depresyjne niż niedepresyjne deklarowały posiadanie dzieci (75,0% vs. 61,5%; $p = 0,033$). Porównując dane uzyskane w 2015 roku, ustalono, że odsetek osób posiadających dzieci to 82,4% w grupie osób depresyjnych (w porównaniu z rokiem 2000 różnica jest nieistotna statystycznie) i 90,9% badanych w grupie osób niedepresyjnych (statystycznie istotna różnica w odniesieniu do roku 2000; $p < 0,001$).

Odnotowano również, że w grupie osób depresyjnych w roku 2015 częstość kontaktów z osobami spoza rodziny była niższa niż w badaniach prowadzonych 15 lat wcześniej, jednak różnica ta nie była istotna statystycznie. Natomiast w grupie osób niedepresyjnych częstość spotkań z innymi osobami była znacząco niższa w roku 2015, kiedy to 20,0% respondentów deklarowało odbywanie takich spotkań co najmniej raz w tygodniu, w porównaniu z 47,6% w roku 2000, a odsetek osób deklarujących uczestnictwo w takich spotkaniach rzadziej niż raz w miesiącu był wyższy w roku 2015 (46,2% vs. 14,3% w roku 2000; $p < 0,001$).

Tabela 3. Sytuacja rodzinna oraz spotkania z osobami spoza rodziny wśród osób przebadanych powtórnie w latach 2000 oraz 2015

Wyszczególnienie		Depresyjni w 1985			Niedepresyjni w 1985		
		2000	2015	p	2000	2015	p
Osoba samotna	Nie	75 (85,2)	28 (82,4)	0,695	127 (87,0)	55 (82,1)	0,347
	Tak	13 (14,8)	6 (17,6)		19 (13,0)	12 (17,9)	
Zakończenie wcześniejszych związków	Brak danych	51 (60,7)	23 (69,7)	0,364	98 (69,5)	48 (73,8)	0,524
	Rozstanie	33 (39,3)	10 (30,3)		43 (30,5)	17 (26,2)	
Posiadanie dzieci	Nie	22 (25,0)	6 (17,6)	0,387	57 (38,5)	6 (9,1)	< 0,001
	Tak	66 (75,0)	28 (82,4)		91 (61,5)	60 (90,9)	
Spotkania poza rodziną	Min. 1/tydz.	40 (45,5)	13 (39,4)	0,260	70 (47,6)	13 (20,0)	< 0,001
	1/mies.	31 (35,2)	9 (27,3)		56 (38,1)	22 (33,8)	
	Rzadziej	17 (19,3)	11 (33,3)		21 (14,3)	30 (46,2)	

Zarówno w grupie osób depresyjnych, jak i niedepresyjnych zaobserwowano znacząco mniejszą częstość palenia papierosów w roku 2015 – w grupie osób depresyjnych było to 11,8% vs. 31,0% w roku 2000 ($p = 0,029$), natomiast wśród osób niedepresyjnych 7,5% w porównaniu z 23,6% w poprzednim badaniu ($p = 0,005$).

Porównanie badań przeprowadzonych w roku 2000 i 2015 wskazuje, że wśród osób depresyjnych w roku 2015 mniej było osób niepijących, natomiast więcej osób

deklarujących spożywanie alkoholu kilka razy w tygodniu oraz tych spożywających alkohol codziennie niż w badaniach prowadzonych 15 lat wcześniej. Różnica ta nie była jednak istotna statystycznie ($p = 0,052$). Z kolei w grupie osób niedepresyjnych odsetek osób niepijących w roku 2015 był większy (28,8% vs. 23,6% w roku 2000) i zarazem wyższy był odsetek osób pijących alkohol kilka razy w tygodniu lub częściej. Podobnie jak w grupie osób depresyjnych różnica pomiędzy dwoma badaniami nie była statystycznie istotna ($p = 0,084$).

Tylko dwie osoby (z grupy osób niedepresyjnych) deklarowały przyjmowanie narkotyków w roku 2000. Nikt z badanych w obydwu grupach nie deklarował przyjmowania narkotyków podczas badań w roku 2015.

Tylko jedna osoba w grupie osób depresyjnych w roku 2000 deklarowała, że była karana sądownie, podczas gdy w roku 2015 nie było takich osób w tej grupie. W grupie osób niedepresyjnych karalność zgłosiły 4 osoby (2,7%) w roku 2000 i jedna osoba (1,5%) w roku 2015.

Tabela 4. Charakterystyka stylu życia i stanu zdrowia osób przebadanych powtórnie w latach 2000 i 2015

Wyszczególnienie		Depresyjni w 1985			Niedepresyjni w 1985		
		2000	2015	p	2000	2015	p
Palenie	Nie	60 (69,0)	30 (88,2)	0,029	113 (76,4)	62 (92,5)	0,005
	Tak	27 (31,0)	4 (11,8)		35 (23,6)	5 (7,5)	
Alkohol	Nie pije	30 (34,5)	6 (17,6)	0,052	35 (23,6)	19 (28,8)	0,084
	< 1/tydz.	43 (49,4)	17 (50,0)		85 (57,4)	28 (42,4)	
	< = 5/tydz.	13 (14,9)	8 (23,5)		25 (16,9)	12 (21,2)	
	> 5/tydz.	1 (1,1)	3 (8,8)		3 (2,0)	5 (7,6)	
Narkotyki	Nie	88 (100,0)	34 (100,0)	1,000	146 (98,6)	66 (100,0)	1,000*
	Tak	-	-		2 (1,4)	-	
Karany	Nie	85 (98,8)	34 (100,0)	1,000*	143 (97,3)	65 (98,5)	1,000*
	Tak	1 (1,2)	-		4 (2,7)	1 (1,5)	
Poważna choroba w okresie 15 lat	Nie	60 (68,2)	23 (67,6)	0,955	113 (76,4)	51 (76,1)	0,970
	Tak	28 (31,8)	11 (32,4)		35 (23,6)	16 (23,9)	
Choroba psychiczna	Nie	83 (94,3)	33 (97,1)	1,000*	144 (97,3)	64 (95,5)	0,680*
	Tak	5 (5,7)	1 (2,9)		4 (2,7)	3 (4,5)	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Pobyt w szpitalu	Nie	61 (70,9)	10 (50,0)	0,073	97 (65,5)	20 (47,6)	0,120
	Tak	25 (29,1)	10 (50,0)		51 (34,5)	22 (52,4)	

Dyskusja

Antoni Kępiński przedstawił oryginalne ujęcie złożoności problemu podatności na występowanie zaburzeń psychicznych w okresie adolescencji i swoistości psychopatologii dorastania [7]. Zaproponował rozpatrywanie adolescencji wspólnie z innymi okresami w życiu człowieka, które charakteryzują się jednoczesnym występowaniem poważnych przemian biologicznych, psychicznych i społecznych. Oparł się na koncepcji rozwoju przez kryzys, wprowadzając przy tym całościowe spojrzenie na równoległość i interakcyjność zmian w czynnościach układu wewnątrzwydzielniczego, kształtu i funkcjonowania ciała, zmian sprawności mózgu, zmian w czynnościach psychicznych oraz zmian w funkcjonowaniu społecznym. Istotny w koncepcji Kępińskiego jest też procesualny charakter przełomu. Nie podejmuje on rozstrzygającej decyzji w kwestii normatywności–patologii przejawów towarzyszących przełomom psychobiologicznym. Zwraca jednak uwagę na to, że wszystkie noszą cechy depresyjności. W odniesieniu do tych, które towarzyszą dorastaniu, posłużył się nazwą „depresja młodzieńcza”. Jest więc ona odrębnym zespołem, na który składają się zaburzenia nastroju, lęk, zaburzenia w zachowaniu oraz znaczne nasilenie autodestrukcji.

Terapeuci o orientacji psychodynamicznej opisywali dynamikę procesu dorastania, zwracając uwagę na jego kryzysowy charakter i główny problem, jakim jest określenie własnej tożsamości [21], oraz na znaczenie związku z rodzicem tej samej płci dla jej formowania [22]. Koncentracja na podmiotowej roli adolescenta pozwoliła na sformułowanie tezy o zadaniowym charakterze rozwoju w okresie dorastania. Nowe umiejętności i sprawności postrzegane są według tej tezy jako zadania rozwojowe, których osiągnięcie wymaga aktywności i wysiłku, a niepowodzenia niekorzystnie wpływają na stosunek do samego siebie. Podstawowe znaczenie w genezie depresji młodzieńczej ma w tym ujęciu niestabilność budowanego dopiero obrazu samego siebie i rozbieżność między idealnym (oczekiwanym) obrazem siebie a ulegającym stałym wahaniom w wyniku sukcesów i niepowodzeń w realizacji zadań rozwojowych realnym obrazem siebie. Napięcie między idealnym obrazem „ja” a chwiejnym i niestabilnym realnym (aktualnym) obrazem siebie jest postrzegane zarówno jako siła napędowa do realizacji zadań rozwojowych dorastania, jak i źródło dyskomfortu i cierpienia będących istotą depresji.

Obecnie obowiązująca klasyfikacja ICD-10 opisuje objawy depresji młodzieńczej, zależnie od jej postaci, jako epizod depresji łagodny (F32.0), zaburzenia depresyjne nawracające, epizod depresyjny łagodny (F33.0), dystymię (F34.1) czy też zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane (F41.2) oraz depresyjne zaburzenia zachowania (F92.0).

Analiza przedstawionych badań katamnesticznych wskazuje na kilka istotnych aspektów odległych konsekwencji depresyjności stwierdzonej w okresie dzieciństwa

i adolescencji w populacjach nieklinicznych. Jednorazowy epizod zaburzeń depresyjnych niekoniecznie będzie predyktorem zaburzeń psychicznych w wieku późniejszym. Większe znaczenie ma tu chroniczność objawów. Objawy depresyjne w istotny sposób – w kontekście ich odległych konsekwencji – wiążą się z objawami lękowymi, ale też różnorodnymi konsekwencjami zdrowotnymi czy życiowymi. Zależności obserwowane w wypadku kobiet mogą różnić się istotnie w tym względzie od tych występujących u mężczyzn. Współwystępowanie innych problemów psychicznych może zaś w znaczący sposób wpływać na występowanie problemów psychicznych w dorosłości u depresyjnych nastolatków. Wpływ psychopatologii z okresu rozwojowego z czasem wydaje się zmniejszać, lub też bardziej istotne okazują się inne pojawiające się z czasem czynniki.

Analiza wyników trzydziestoletniego badania prospektywnego powiązań między depresyjnością w okresie dorastania u nieleczonych adolescentów a zdrowiem i funkcjonowaniem w dorosłości wskazuje, że wbrew przewidywaniom pojawienie się depresji w tej fazie rozwoju nie może być traktowane jako predyktor zaburzeń psychicznych w późniejszym życiu. Hipoteza predykcyjnej wartości depresji młodzieńczej wynikała z badań nad współwystępowaniem zespołów psychopatologicznych u dorastających [10, 13, 23, 24]. Dwukrotna ocena: w połowie okresu katamnesticznego i na jego końcu, a więc w początkach czwartej dekady życia badanych oraz w połowie dekady piątej, przynosi jednak informacje o odmiennościach w życiu osób depresyjnych w adolescencji i tych, u których depresji wówczas nie stwierdzano. Osoby depresyjne w adolescencji wcześniej zostawały rodzicami. W piątej dekadzie życia jednak częściej pozostawały bezdzietne niż ich niedepresyjni w adolescencji rówieśnicy. W drugiej połowie okresu katamnesticznego, a więc w czwartej i piątej dekadzie życia badanych, poprawiały się ich sytuacja materialna i warunki mieszkaniowe. W początkach czwartej dekady życia osoby, które były depresyjne w adolescencji, deklarowały niższe dochody i gorsze warunki mieszkaniowe. I ta różnica zatarła się w drugiej połowie okresu katamnesticznego.

Z badań Naickera i wsp. [16] wynikało, że depresja w adolescencji wiąże się z licznymi zaburzeniami zdrowia (zwłaszcza w ocenie subiektywnej) i częstszym korzystaniem z opieki zdrowotnej. Oceny dokonywano w odstępie dziesięciu lat. Podobne były wyniki naszej katamnezy piętnastoletniej [24].

Bohman i wsp. [19] natomiast ustalili, że depresja w okresie dorastania wiąże się z większą częstością hospitalizacji psychiatrycznych oraz – zwłaszcza u kobiet – z rozpoznaniem u badanych dystymii, zaburzeń lękowych i behawioralnych. Odmiennosc naszych wyników przypuszczalnie bierze się z różnic w przyjętej metodzie kwalifikacji wstępnej i pozyskiwania danych katamnesticznych, gdyż zespół Bohmana korzystał z danych rejestrowych. Wyniki badań tych samych autorów wskazywały w piętnastoletniej katamnezie na powiązania między depresją w adolescencji a korzystaniem z leczenia psychiatrycznego w okresie późniejszym (głównie z powodu zaburzeń lękowych i prób samobójczych) [17]. Istotny okazał się długi czas utrzymywania się objawów depresji w adolescencji. Jeżeli epizody depresji pojawiały się zwiewnie, losy depresyjnych adolescentów nie różniły się od losów osób z niedepresyjnej grupy porównawczej.

Rozstrzygnięcie dylematu predykcyjnego znaczenia depresyjności w dorastaniu wymagałoby dokonania oceny zdrowia i losów adolescentów, których depresyjność oceniano, badając jej utrzymywanie się w czasie.

Wśród ograniczeń prezentowanego badania w pierwszej kolejności należy wymienić tę okoliczność, że dane zbierane były na podstawie ankiety pocztowej, co wiąże się z możliwością wystąpienia charakterystycznych dla tego typu narzędzia błędów – przede wszystkim związanych z koniecznością odtworzenia sobie przez respondentów pewnych faktów z przeszłości, ale również możliwością nieświadomego lub też świadomego zniekształcenia informacji. Dodatkowo zastosowanie formy ankiety pocztowej wiąże się też pośrednio ze stosunkowo niskim odsetkiem uzyskanych zwrotów ankiet – jest to typowy problem dotyczący wielu tego rodzaju badań. Uzyskana zwrotność ankiet na poziomie 10% wyjściowej próby wydaje się dosyć niska, jednak należy wziąć pod uwagę, że jest to badanie powtórzone po upływie 30 lat od pierwszego badania. Tak mała liczebność próby nie pozwala na uzyskanie odpowiedniej mocy statystycznej wniosku, może być wszakże podstawą do obserwacji pewnych tendencji, które zaznaczają się w badanej grupie.

Wnioski

Wieloletnia obserwacja w przedstawionym badaniu prospektywnym wspiera hipotezę o rozwojowym charakterze depresji młodzieńczej.

Badanie przeprowadzono dzięki funduszom własnym UJ CM (grant K/ZDS/005577). Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej UJ CM (122.6120.169.2015).

Piśmiennictwo

1. Mathers CD, Loncar D. *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. PLoS Med. 2006; 3(11): 442.
2. Cuijpers P, Beekman AT, Reynolds CF. *Preventing depression: A global priority*. JAMA 2012; 307(10): 1033–1034.
3. Koukopoulos A, Sani G. *DSM-5 criteria for depression with mixed features: A farewell to mixed depression*. Acta Psychiatr. Scand. 2014; 129(1): 4–16.
4. Costello EJ, Pine DS, Hammen C, March JS, Plotsky PM, Weissman MM i wsp. *Development and natural history of mood disorders*. Biol. Psychiatry 2002; 52(6): 529–542.
5. Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. *Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life*. J. Child Psychol. Psychiatry 2006; 47(3–4): 279–295.
6. Larson R, Csikszentmihalyi M, Graef R. *Mood variability and the psycho-social adjustment of adolescents*. W: Csikszentmihalyi M. *Applications of flow in human development and education*. Springer Netherlands; 2014. S. 285–304.
7. Kępiński A. *Melancholia*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1974. S. 12–20.
8. Bomba J, Modrzejewska R. *Prospektywne badanie dynamiki depresji u młodzieży w średniej fazie adolescencji*. Psychiatr. Pol. 2006; 40(4): 683–693.

9. Bomba J, Modrzejewska R. *Prospektywne badanie dynamiki depresji u młodzieży w późnej fazie adolescencji*. Psychiatr. Pol. 2006; 40(4): 695–706
10. Bomba J. *Psychopatologia i przebieg depresji u młodzieży*. Psychoterapia 1981; 39: 3–11.
11. Bomba J. *Depresja u młodzieży. Analiza kliniczna*. Psychiatr. Pol. 1982; 16(1–2): 25–30.
12. Modrzejewska R. *Współwystępowanie objawów depresyjnych, zaburzeń jedzenia oraz obsesyjno-kompulsyjnych a używanie substancji psychoaktywnych w populacji 17-letniej młodzieży wielkomiejskiej*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(5): 651–663.
13. Modrzejewska R. *Współwystępowanie objawów depresyjnych, zaburzeń jedzenia oraz obsesyjno-kompulsyjnych traktowanych jako zmienne kategoryjne lub dymensjonalne i ich znaczenie jako czynnika ryzyka używania substancji psychoaktywnych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
14. Colman I, Wadsworth ME, Croudace TJ, Jones PB. *Forty-year psychiatric outcomes following assessment for internalizing disorder in adolescence*. Am. J. Psychiatry 2007; 164(1): 126–133.
15. Pine DS, Cohen E, Cohen P, Brook J. *Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: Moodiness or mood disorder?* Am. J. Psychiatry 1999; 156(1): 133–135.
16. Naicker K, Galambos NL, Zeng Y, Senthilselvan A, Colman I. *Social, demographic, and health outcomes in the 10 years following adolescent depression*. J. Adolesc. Health 2013; 52(5): 533–538.
17. Jonsson U, Bohman H, Von Knorring L, Olsson G, Paaren A, Von Knorring AL. *Mental health outcome of long-term and episodic adolescent depression: 15-year follow-up of a community sample*. J. Affect. Disord. 2011; 130(3): 395–404.
18. Bomba J, Modrzejewska R, Pilecki M, Ślosarczyk M. *Depresyjny przebieg dorastania jako czynnik ryzyka powstawania zaburzeń psychicznych – piętnastoletnie badania prospektywne*. Psychiatr. Pol. 2003; 37(1): 57–69.
19. Bohman H, Jonsson U, Päären A, Von Knorring AL, Olsson G, Von Knorring L. *Long-term follow-up of adolescent depression. A population-based study*. Ups. J. Med. Sci. 2010; 115(1): 21–29.
20. Reef J, Diamantopoulou S, Van Meurs I, Verhulst F, Van Der Ende J. *Child to adult continuities of psychopathology: A 24-year follow-up*. Acta Psychiatr. Scand. 2009; 120(3): 230–238.
21. Erikson E. *Identity, youth and crisis*. New York: Norton and Co. Inc.; 1968. S. 128–141.
22. Blos P. *Son and father. Before and beyond Oedipus complex*. New York: The Free Press; 1985. S. 135–173.
23. Witkowska-Roszka J. *Zespoły depresyjne u dzieci w wieku 7 do 14 lat*. Maszynopis pracy doktorskiej, Akademia Medyczna we Wrocławiu; 1978.
24. Bomba J, Modrzejewska R, Pilecki M, Ślosarczyk M. *Adolescent depression as a risk factor for the development of mental disorders. A 15-year prospective follow-up*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2004; 6(1): 5–14.

Adres: Renata Modrzejewska
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21A
e-mail: renatam@cm-uj.krakow.pl

Otrzymano: 15.05.2018

Zrecenzowano: 15.06.2018

Otrzymano po poprawie: 19.10.2018

Przyjęto do druku: 2.11.2018