

MARTA BEMBNOWSKA¹, JADWIGA JOŚKO²

Zachowania depresyjne młodzieży jako problem w zakresie Zdrowia Publicznego

Depressive behaviors among adolescents as a Public Health problem

Streszczenie

Depresja jest zaburzeniem natury psychicznej, które charakteryzuje się wystąpieniem szeregu objawów podstawowych, do których należy obniżenie nastroju, zaburzenie rytmów biologicznych, spowolnienie psychoruchowe oraz lęk i objawy somatyczne, a także pojawieniem się innych objawów nieswoistych. Na świecie nieustannie wzrasta liczba badań poświęconych tematyce depresji, gdyż przyjmuje się, że coraz częściej dotyka ona społeczeństwo i za kilka lat może stać się jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności. Aktualnie podkreśla się, że dość powszechnym problemem są także zachowania depresyjne wśród młodzieży, co stanowi odrębną jednostkę chorobową, znaną jako depresja młodzieńcza, gdzie niezwykle ciężko jest zdiagnozować chorobę ze względu na przemiany typowe dla okresu dorastania. Utrzymujące się złe samopoczucie, kłótniowość, wahania nastroju, bezsenność, brak koncentracji, zmiany apetytu czy zaburzenia somatyczne nie zawsze muszą być skutkiem burzliwego dojrzewania, ale mogą to być pierwsze objawy depresji, które wkrótce mogą przyczynić się do powstania myśli destrukcyjnych a nawet prób samobójczych. Szczególnie podatne są dziewczęta, tym bardziej pochodzące z rodzin patologicznych, obciążone problemami rodzinnymi, stresem w szkole czy najbliższym otoczeniu. Wiele nastolatków sięga wówczas po różnego rodzaju używki, aby poradzić sobie ze stresem, co dodatkowo pogłębia chorobę. Mimo, iż na przestrzeni lat własny obraz młodzieży poprawił się, to niepokojąca jest nie tylko wzrastająca zachorowalność adolescentów na depresję, ale także fakt, iż większość młodych osób nie zwraca się o pomoc do nikogo, a przebieg choroby jest zazwyczaj przewlekły, nawracający i bardzo często kończy się tragicznie

Abstract

Depression is a mental disorder characterized by a number of basic symptoms like low mood, biological rhythm disorders, psychomotor slowdown, anxiety and somatic symptoms and also other unspecific symptoms. The number of world's research studies connected with depression grows continually because it affects the society more and more and in a couple of years it may become the main cause of disability. Currently it is emphasized that depressive behaviors among young people are very common and it is extremely hard to diagnose the adolescent depression because of the typical changes for the puberty period. Permanent malaise, pugnacity, mood swings, insomnia, lack of concentration, appetite changes or somatic disorders do not always seem to be the effects of the maturing period but often they are the first, discreet symptoms of depression that soon may contribute to self-destructive thoughts and even suicidal tendencies. Particularly sensitive are girls, not stress resistant, especially from pathological families with a lot of problems at home or among peers. To react to those situations a lot of teenagers try the stimulants that intensify the disease. Even though within a couple of years the adolescent self-esteem has improved, very worrying is the fact that the morbidity still increases and moreover most of young people do not look for any help and the course of the disease is usually chronic, recurrent and very often it terminates tragically.

Słowa kluczowe: depresja, młodzież, adolescencja, zachowanie, nastrój.

Key words: depression, adolescents, adolescence, behavior, mood.

¹ Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym, Śląski Uniwersytet Medyczny

² Katedra i Zakład Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

WPROWADZENIE

Depresja, szczególnie wśród laików, jest najczęściej kojarzona jedynie ze stanem obniżonego nastroju, poczuciem smutku, zmęczeniem i negatywnym nastawieniem do świata. Jednakże istota zaburzeń depresyjnych w ujęciu psychiatrycznym czy też psychologicznym jest poważnym stanem chorobowym natury psychicznej, stanowiącym niemałe obciążenie społeczne, które coraz częściej wysuwa się na pierwszy plan wśród problemów zdrowotnych.

Według danych Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego (WPA 2005), przewiduje się, iż w 2020 roku depresja będzie na świecie drugą pod względem częstości przyczyną niepełnosprawności (a w krajach uprzemysłowionych nawet pierwszą).

Poza objawami, które mogą wybitnie ograniczyć życie towarzyskie i codzienną funkcjonalność organizmu, nierzadko również dochodzi do podjęcia prób samobójczych, które w 15-20% kończą się śmiercią.

Fachowa definicja, według Bilikiewicza opisuje depresję jako komponent choroby afektywnej, obejmujący kilka charakterystycznych cech nazywanych też objawami podstawowymi lub osiowymi oraz szereg innych objawów nieswoistych określanych jako wtórne. Do objawów podstawowych, które prawdopodobnie wynikają z procesów patogenetycznych leżących u podłoża zespołu, należą:

obniżenie podstawowego nastroju (depresja jako objaw), co najczęściej kojarzone jest z przeżywaniem smutku, zobjętnieniem, niemożnością odczuwania radości osłabienie tempa procesów psychicznych i ruchowych, nazywane też zahamowaniem psychoruchowym, wyrażone spowolnieniem tempa procesu myślenia, osłabieniem pamięci, poczuciem niesprawności intelektu, spowolnieniem ruchów lokomocyjnych, a czasem całkowitym osłupieniem objawy somatyczne i zaburzenie rytmów biologicznych, związane z zaburzeniami rytmu snu i czuwania, odżywiania, wahaniami nastroju, dysforią (gniewliwość, agresja, rozdrażnienie) lęk o charakterze wolno płynącym; utrzymuje się stale, wykazuje falujące nasilenie

Do objawów wtórnych czyli nieswoistych można zaliczyć między innymi: urojenia (najczęściej o charakterze kary, grzeszności, hipochondryczne), natrętne myśli lub impulsy zwykle o przykrych treści, zaburzenia funkcjonowania w grupie społecznej, utrata zainteresowań, poczucie ciągłego zmęczenia, zniechęcenie do życia, myśli samobójcze [1].

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób 10, pod skrótem ICD-10 ("International Classification of Disorders"), aby potwierdzić istnienie epizodu depresyjnego, muszą występować przez co najmniej dwa tygodnie przynajmniej dwa z trzech poniższych objawów (podstawowych):

- obniżenie nastroju
- utrata zainteresowań i anhedonia (brak zdolności odczuwania przyjemności)
- zmniejszona energia lub zwiększona męczliwość,
- oraz najmniej dwa lub więcej objawów (wtórnych, nieswoistych) takich jak:
- spadek szacunku względem siebie
- poczucie wyrzutów sumienia lub nieuzasadnionej winy
- myśli bądź zachowania suicydalne lub zachowania autoagresywne

- trudności z koncentracją
- obniżenie samooceny
- zmiany w zakresie aktywności psychoruchowej
- problemy ze snem wszelkiego typu
- zmiany apetytu.

W omawianej klasyfikacji wyodrębniono kilka typów diagnostycznych depresji:

- epizod depresyjny (odpowiednik „dużej depresji” w klasyfikacji DSM-IV)
- stany depresyjne nawracające w przebiegu zaburzeń afektywnych
- grupę przewlekłych zaburzeń nastroju
- zaburzenia depresyjne występujące w schorzeniach organicznych, somatycznych oraz związane ze stosowaniem leków i innych substancji oraz depresje jako przejaw reakcji adaptacyjnej

Kryteria diagnostyczne precyzujące depresję endogenną (ciężką, właściwą, kliniczną) zostały ujęte w amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych pod skróconą nazwą DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994).

Każdy podział etiologiczny stanowi swego rodzaju uproszczenie oceny klinicznej danej jednostki chorobowej. W przypadku depresji wcześniejszy podział uwzględniał depresje:

- endogenne i psychogenne
- pierwotne i wtórne
- występujące w przebiegu chorób jedno- i dwubiegowych

Depresja endogenna oznaczała zaburzenie o etiologii biologicznej, w odróżnieniu do psychogennej, którą powodowały czynniki psychospołeczne (depresja reaktywna jako reakcja na silny uraz psychiczny oraz nerwica jako powikłanie zaburzeń nerwicowych i pogorszenie funkcjonowania społecznego). Depresja endogenna stanowi synonim zaburzenia występującego w przebiegu choroby afektywnej.

Z kolei depresja wtórna, w przeciwieństwie do pierwotnej, ma miejsce w wyniku innej choroby, zarówno psychicznej jak i somatycznej lub w związku z przyjmowaniem środków farmakologicznych (depresja somatogenna, farmakogenna).

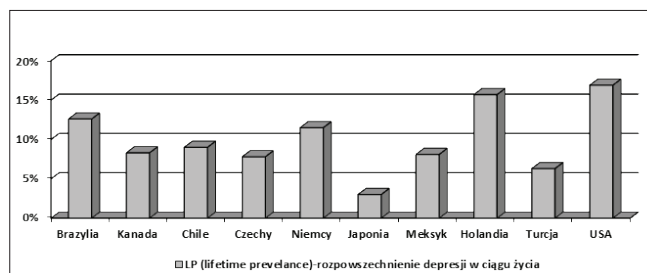
Aktualnie zrezygnowano z takiej klasyfikacji, ponieważ każdy przypadek depresji rozpatruje się, uwzględniając wszystkie trzy potencjalne czynniki patogenetyczne: endogenne, psychogenne i somatogenne (organiczne), które w różnym stopniu biorą udział w patogenezie większości zaburzeń depresyjnych [1].

Na świecie nieustannie wzrasta liczba badań poświęconych tematyce depresji, ponieważ coraz częściej dotyka ona społeczeństwo. Liczba osób objętych depresją w skali światowej przekracza 10% populacji, natomiast szacuje się, że poziom globalny wystąpienia depresji w pewnym momencie życia wyniesie ok. 25% [2].

Światowe Towarzystwo Psychiatryczne (WPA) podaje, że chorobowość depresji różni się w zależności od populacji. W badaniu GBD 2000 (Global Burden of Disease 2000) wykazano, iż częstość depresji w przebiegu choroby afektywnej jednobiegowej dotyczy 1,9% mężczyzn i 5,8% kobiet.

Niedawno opublikowano wyniki badań epidemiologicznych przeprowadzonych w 10 różnych krajach na całym świecie w latach 1990–1999 przez International Consortium for Psychiatric Epidemiology (ICPE) [3].

Do oceny diagnozy użyto standardowego narzędzia o dowiedzionej międzynarodowej wiarygodności i niezawodności: Złożonego Międzynarodowego Wywiadu Diagnostycznego (CIDI, Composite International Diagnostic Interview). Wykazano, iż szacunkowe prawdopodobieństwo wystąpienia depresji w ciągu życia człowieka (rozpowszechnienie życiowe) mieściło się w przedziale 3–16,9%. Miesięczne rozpowszechnienie choroby wahało się od 0,9% do 3,9%, natomiast roczne rozpowszechnienie wynosiło od 1,2% do 10%. Wskaźniki te były najniższe w Japonii, Turcji i w Czechach, podczas gdy w Stanach Zjednoczonych, Holandii i Brazylii rozpowszechnienie było najwyższe. Badania zostały przeprowadzone w grupie wiekowej pomiędzy 20 a 25 rokiem życia.



RYCINA 1. Rozpowszechnienie życiowe depresji na świecie.

Niezależne badania przeprowadzone w Niemczech oceniają ryzyko zachorowania na dużą depresję w ciągu całego życia na 17%. Wcześniejsze badania z lat 70. i 80. XX wieku, opisują roczne rozpowszechnienie depresji w Niemczech na 4–6%, najnowsze zaś szacują wysokość tego wskaźnika na 8,3% dorosłej populacji. Epidemiolodzy podkreślają ciągle wzrost liczby zachorowań a także młody wiek w momencie rozpoznania choroby. Wedle szacunków Thornicrofta i Sartoriusa, 20% przypadków depresji ma charakter przewlekły. W ciągu 2 lat od ustąpienia objawów u 35% pacjentów dochodzi do wystąpienia kolejnego epizodu choroby, a nawrót w ciągu 12 lat od pierwszego epizodu występuje z udziałem 60% pacjentów. Z kolei w badaniu dokonanym w Czechach chorobowość zaburzeń depresyjnych oszacowano na 15,2%. Wskaźnik ten miał wyższe wartości dla populacji miejskich, wśród ludzi bezrobotnych i żyjących samotnie. Na Słowacji natomiast przeprowadzono badanie EPID, obejmujące 1212 osób, w którym narzędziem diagnostycznym służącym do wykrywania dużej depresji była skala MINI (Modified International Neuropsychiatric Interview). Wykazano 6-miesięczne rozpowszechnienie dużej depresji wynoszące 12,8%, a objawy depresyjne występowały u 23% ankietowanych. W tym samym badaniu wykorzystano również Skalę Depresji Becka (BDI, Beck Depression Inventory), wykazując obecność depresji u 22,6% osób z badanej grupy.

Z wcześniejszych doniesień ze Szwajcarii (Zurych) wynikało, iż 6-miesięczne rozpowszechnienie dużej depresji (DSM III) dotyczyło 3,2–5,5% badanych, rocznie pojawiała się ona u 2,6–6,2%. Na przestrzeni 10 lat w grupie wiekowej pomiędzy 20 a 30 rokiem życia chorobowość oceniało się na

14,4%, natomiast życiowe rozpowszechnienie depresji sięgało 4,4–19,5% [4].

Aktualnie w Polsce również podkreśla się istotę zaburzeń depresyjnych. Zgodnie z artykułem o rozpowszechnieniu depresji u pacjentów POZ w Polsce, badania nad rozpowszechnieniem depresji w populacji polskiej wykazały, że zaburzenia depresyjne są jednym z najczęstszych problemów zdrowotnych i mogą występować nawet u co piątego pacjenta zgłaszającego się do lekarzy POZ. Można zaryzykować stwierdzenie, iż rozpoznawanie i właściwe leczenie opisywanych zaburzeń u pacjentów POZ w Polsce powinno być uznane za zagadnienie równie istotne, jak rozpoznawanie i leczenie chorób układu krążenia czy innych schorzeń somatycznych [5].

Zatem nawet łagodne objawy sugerujące depresję powinny zwracać uwagę lekarzy, by jak najwcześniej zapobiec postępowi choroby bądź jak najszybciej przystąpić do leczenia.

Problem depresji nie dotyczy tylko osób dorosłych. Oddzielną kategorię stanowią zaburzenia depresyjne u młodych osób. Depresja młodzieńcza wiązana jest z charakterystycznymi dla adolescencji przemianami w układzie endokrynnym, rozwojem nowych funkcji poznawczych, oraz z podejmowaniem nowych ról społecznych. Niebagatelną wartość mają również zmiany zachodzące w systemie rodzinnym. W okresie dorastania dochodzi do rozwoju samodzielności emocjonalnej i formalnego usamodzielnienia się dziecka od jego rodziców. Badania wskazują jednak na fakt, że depresyjny przebieg dorastania niekorzystnie wpływa na dalszy bieg życia zwłaszcza w dwóch wymiarach. Depresyjni młodzi ludzie wcześniej angażują się w związki rodzinne – częściej nieudane, gorszy jest także ich ogólny stan zdrowia [6].

Według Kępińskiego (1974) depresja młodzieńcza może przyjmować cztery różne obrazy:

- Postać apatyczno-abuliczną, w której młody człowiek ulega wewnętrznemu rozprężeniu. Nic go nie interesuje, odczuwa pustkę i nudę, godzinami przesiaduje beczynnie lub słucha muzyki.
- Postać buntowniczą z dużym ładunkiem gniewu i agresji. Wyładowanie agresji na zewnątrz dokonuje się w formie gwałtownych reakcji agresywnych lub cichej agresji (bierny opór, złośliwości).
- Postać rezygnacyjną, w której dominuje lęk przed przyszłością, przewidywanie klęsk i niepowodzeń, poczucie bezradności i małej wartości własnej osoby.
- Postać labilną charakteryzującą się dużą chwiejnością nastroju o dużej amplitudzie wahań (od chandry do wesołości).

Wiele takich zachowań może wiązać się z przesadnie krytycznym i zaburzonym obrazem postrzegania siebie. W dzisiejszych czasach młodzi ludzie bardzo często zmagają się z różnego rodzaju wyzwaniami, rywalizacją, na co dzień biorą udział w tzw. wyścigu szczurów, są także niezwykle podatni na opinie rówieśników, nierzadko złośliwe i niezgodne z prawdą.

Analiza statystyczna wyników populacyjnych z badań dotyczących własnego obrazu młodzieży dowodzi, iż na przestrzeni 15 lat obraz ten, zarówno u chłopców, jak i dziewcząt, uległ zmianie w kierunku bardziej pozytywnego

spostrzegania siebie. Wnioski ukazują fakt, że na tle ogólnej zmienności na przestrzeni lat rysują się pewne stałe tendencje we własnej ocenie młodzieży. Dla przykładu zaobserwowano utrzymywanie się bardziej pozytywnej samooceny u chłopców, którzy generalnie mają wyższe wyniki w skalach opisujących różne aspekty własnego obrazu, poza wyjątkiem, jakim jest opis w zakresie celów edukacyjnych, zawodowych i przystosowania, mierzących siłę ego. Zaobserwowano, że jedynie w zakresie postrzegania siebie w relacjach rodzinnych nie następuje zmiana w kierunku pozytywnym: u chłopców pozostaje ona bez zmian, a u dziewcząt pogarsza się. Warto również zwrócić uwagę na stwierdzone w badaniach nie tylko zmiany ilościowe, ale i jakościowe w strukturze tegoż obrazu. U dziewcząt stał się on wewnętrznie bardziej spójny (relatywnie mniejsze rozbieżności między różnymi aspektami obrazu siebie). U chłopców natomiast utrzymują się większe wewnętrzne różnice między różnymi jego aspektami [7].

Wobec tego jeśli młodzież na przestrzeni 15 lat jest mniej samokrytyczna i postrzega siebie dużo bardziej pozytywnie, nasuwa się wówczas pytanie dlaczego problem zaburzeń depresyjnych w tym wieku jednak nieustannie narasta? Co jest kołem napędowym tego procesu?

Nie ma jednej konkretnej przyczyny depresji. Jest to choroba uwarunkowana wieloczynnikowo, na którą składa się spektrum czynników zarówno genetycznych, biologicznych czy hormonalnych jak i wpływ rodziny oraz czynniki socjokulturowe [8].

Obraz depresji w tym wieku może być szeroko zróżnicowany. Objawów nie należy jednak utożsamiać ze złym samopoczuciem, wahaniami nastroju czy agresją i buntem typowymi dla wieku dorastania. Depresja to nie jest jeden „gorszy dzień”, huśtawka humorów czy drażliwość lub wybuchy gniewu, z którymi mierzy się niemal każdy nastolatek. Jest to ciężka choroba natury psychicznej, gdzie objawy są długotrwałe i dominujące.

Objawy te są podobne do tych w przebiegu depresji u osób dorosłych, jednak istnieje kilka symptomów charakterystycznych dla młodych osób. Ponadto wczesny początek może rokować nawracający i przewlekły charakter choroby. Do wczesnych znaków, które mogą sugerować depresję młodzieńczą należą między innymi [9]: złe samopoczucie, drażliwość, kłótniowość, pogorszenie w nauce, kłopoty w szkole, brak koncentracji, zaburzenia pamięci, izolacja, unikanie kontaktów z rówieśnikami, trudności w relacjach interpersonalnych czy zmiany apetytu oraz objawy somatyczne. Natomiast do poważnych objawów zalicza się: myśli lub próby samobójcze, samookaleczenie, uzależnienie od alkoholu czy narkotyków.

Wyniki uzyskane w Hiszpanii w kwietniu 2010 roku z badań nad wpływem zaburzeń psychicznych na podjęcie próby samobójczej u młodzieży ukazują, że aż u 29,27% młodych depresja przyczyniła się do zamiaru samobójstwa [10].

Niepokojąca jest nie tylko wzrastająca zachorowalność na depresję, ale również fakt, iż 2/3 dzieci z problemami psychicznymi nie sięga niczyjej pomocy, a próby samobójcze są na trzecim miejscu wśród przyczyn śmierci w wieku 15-24 roku życia, a szóstą wśród 5-15-latków [9].

W Research Highlights, Rand Health 2010 wykazano, iż młodzież obciążona depresją jest również bardziej narażona na inne współistniejące problemy emocjonalno-behawioralne takie jak: lęk, PTSD, nadpobudliwość, uzależnienie od narkotyków i agresywne zachowanie. Na podstawie analizy procentowej ponad połowę chorych może dotyczyć PTSD i nadpobudliwość i prawie 40% lęk [11].

Aktualnie dosadnie podkreśla się, że zaburzenia depresyjne są dość powszechnym problemem wieku dziecięcego. Duża depresja jest rozpoznawana u około 3% dzieci i 8% młodzieży. Ocenia się, że 50% dzieci chorych na dużą depresję podejmie w czasie swojego życia co najmniej jedną próbę samobójczą [12].

Jak już uprzednio wspomniano, depresja u młodych, dorastających nie powinna być mylnie postrzegana jako naturalne wahania nastroju wieku młodzieńczego. Ocenia się, że nieleczony epizod trwa optymalnie 7 miesięcy, jednak aż 40% młodych doświadcza nawrotu w ciągu 2 lat. Co więcej u co trzeciego dziecka z depresją występują objawy psychotyczne takie jak halucynacje, iluzje czy też paranoje. Młodzież z zaburzeniami depresyjnymi jest obciążona istotnym ryzykiem podjęcia próby samobójczej, często manifestuje antyspołeczne zachowanie, trudności w kontaktach interpersonalnych i zwiększoną podatność na uzależnienia od alkoholu i narkotyków [13].

Na podstawie badań przeprowadzonych w Trinidad i Tobago na 1.845 adolescentach przy pomocy Skali Depresji Reynoldsa dla Dzieci, wykazano, że depresja ujawniła się u 14% przebadanych. Częstość występowania dotyczyła 2,18 razy więcej dziewcząt (17,9%) niż chłopców (8,2%). Udowodniono, że osoby, u których w rodzinie występowało uzależnienie od alkoholu były podatne na depresję 1,8 razy bardziej niż młodzi z rodzin bez problemu choroby alkoholowej. Wykazano ponadto, że uczniowie ze szkół prestiżowych byli mniej narażeni na zachorowanie, natomiast nie udowodniono wpływu różnic etnicznych. Wyniki były porównywalne do tych przeprowadzonych w krajach rozwijających się.

Niższe współczynniki występowania depresji wśród młodzieży odnosiły się do populacji Zachodniej Europy, Azji i Australii. W Szwecji uczniowie z depresją w wieku 16-17 lat stanowili 12,3%, najrzadsze występowanie dotyczyło Włoch 3,8%, natomiast w Kanadzie i podobnie w Wielkiej Brytanii zaburzenia depresyjne objęły 10% młodzieży szkolnej.

Inne badania ukazują rozpowszechnienie depresji młodzieńczej w Chinach sięgające 13%, w Australii 14,2% natomiast w Gwatemali współczynnik też wynosi 35,1% [14].

Także źródła amerykańskie obrazują problem rozpowszechnienia depresji wśród młodzieży. Wedle wyników badań w grupie Amerykańskich Indian na objawy uskarżało się 29% adolescentów, w populacji Latynoskiej współczynnik rozpowszechnienia wyniósł 22%, 18% dotyczyło rasy białej, 17% Azjatów zamieszkujących USA i 15% Afroamerykanów [15].

Warto również zapoznać się z danymi epidemiologicznymi, których dostarczyło badanie BELLA dotyczące ogólnego zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, stanowiące część większego badania nad zdrowiem psychicznym populacji Niemiec. Wykazano, iż 14,5% dzieci i młodzieży przejawiało co najmniej jeden problem z obszaru zdrowia psy-

chicznego. Objawy zaburzeń psychicznych przejawiało 8,6% dzieci i 6,6% adolescentów, a za główny czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych przyjęto niekorzystny klimat rodzinny oraz trudne warunki socjoekonomiczne rodziny. Dowiedziono, że epizody samouszkodzenia i próby samobójcze zgłaszało 2,9% adolescentów, a myśli samobójcze 3,8% z tej samej grupy. Kolejne badanie-PRI-SMA, oceniające rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych u 3418 adolescentów za pomocą kwestionariusza Child Behaviour Check List, przyniosło podobne rezultaty. Zaburzenia stwierdzono u 9,8%, przy czym częściej występowały zaburzenia emocjonalne (depresja, zaburzenia lękowe itp.) [16]

Polakom temat depresji także nie jest obcy. Artykuł zamieszczony w czasopiśmie psychiatrycznym „Psychiatria Polska” z 2009 roku szczegółowo przedstawia wyniki badań dotyczące rozpowszechnienia depresji młodzieńczej wśród uczniów krakowskich szkół gimnazjalnych. Wyniki pierwszych badań epidemiologicznych przeprowadzonych w Krakowie od 1982 roku przy pomocy Krakowskiego Inwentarza Depresyjnego (KID) przedstawiają następujące wskaźniki rozpowszechnienia: wśród 13-latków 31,6%, natomiast w grupie 17-latków 27,4%. Zaś w roku 2001 wyraźnie zmniejszył się wskaźnik występowania wśród pierwszej grupy wiekowej do 24,6%, tymczasem wśród 17-letnich adolescentów wskaźnik rozpowszechnienia nie uległ znaczącym zmianom (27,9%).

Drugim opisywanym w artykule badaniem epidemiologicznym jest badanie przesiewowe Witkowskiej-Ulatkowskiej na 1689 uczniach, w którym występowanie zaburzeń o charakterze depresji stwierdzono u 19,3% młodych ludzi.

Wyniki ukazały zróżnicowany pod względem płci obraz poszczególnych objawów depresji. U dziewcząt dominowały przede wszystkim zaburzenia nastroju, lękowe oraz objawy somatyczne, które nasiliły się na przestrzeni 20 lat, natomiast u chłopców szczególnie wyraźne były objawy zaburzeń poznawczych oraz napędu psychoruchowego. U obu płci pojawił się istotny wzrost objawów autodestrukcji, w tym bardzo znacząco u dziewcząt, natomiast u chłopców dodatkowo doszło w tym czasie do nasilenia wszystkich wyżej wymienionych objawów depresji [17].

Wobec tego należy zwrócić uwagę, iż utrzymujące się złe samopoczucie, izolacja, lęk, smutek i przygnębienie u młodych osób mogą sygnalizować poważną chorobę, jaką jest depresja, o przewlekłym, nawracającym charakterze, która dotyka coraz więcej adolescentów.

Nie zawsze objawy typowe dla tego wieku wiążą się z wyłącznie z okresem dojrzewania. Niekiedy jest to początek zaburzeń o charakterze emocjonalnym, które mogą nie tylko upośledzić codzienne życie nastolatków, aktywność społeczną a co należy szczególnie podkreślić, przede wszystkim mogą przyczynić się do pojawienia się myśli autodestrukcyjnych oraz podejmowania prób samobójczych, na które nie zawsze udaje się zareagować o czasie. Jest to wiodący problem, który stoi nie tylko przed psychiatrą, ale przed całą współczesną medycyną i każdy lekarz w kontakcie z pacjentem powinien mieć na uwadze istotę depresji i jej podstępny przebieg.

PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa: PZWL; 2007.
2. Zorraquino JC. Depresja dzieci i młodzieży. Kraków: Wydawnictwo eSPe; 2002.
3. Libiger J. Depresja jest częsta w podstawowej opiece zdrowotnej. WPA Bulletin on Depression. 2005;10:29.
4. Angst J. Epidemiology of Depression. Psychopharmacology. 1992;106: S71-S74.
5. Dróżdż W, Wojnar M, Araszkiewicz A, Nawacka-Pawlaczyk D, Urbański R, Ćwiklińska-Jurkowska M, Rybakowski J. Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. Wiadomości Lekarskie. 2007;LX: 3-4.
6. Bomba J, Orwid M. Zaburzenia zdrowia psychicznego w okresie młodzieńczym. Postępowanie, profilaktyka, błędy w postępowaniu. Medycyna Młodzieżowa. (w przygotowaniu; wersja internetowa).
7. Modrzejewska R, Badura-Madej W. Zmiana obrazu siebie w populacji młodzieży w późnej fazie adolescencji na przestrzeni 15 lat – badania porównawcze. Psychiatria Polska. 2008;XLII:5.
8. Nemade R, Reiss N, Dombeck M. Biology of Depression. Mental Help Net.
9. Arizona Supreme Court. Arizona CASA/FCRB Training. Childhood Depression.
10. Bella ME, Fernandez RA, Willington JM. Depression and the conduct disorder are the most frequent pathologies in child and adolescent suicide attempt. Archivos argentinos de pediatria. 2010;108(2):124-9.
11. Rand Health. Research Highlights. The teen depression awareness project. Building an evidence base for improving teen depression care.
12. Komender J. Ocena skuteczności sertraliny w leczeniu dużej depresji u dzieci i młodzieży. Medycyna Praktyczna Pediatria. 2003;5:156-9.
13. National Alliance of Mental Illness Arizona. Depressive disorders in Children and Adolescents.
14. Maharaj HD, Ali A, Konings M. Adolescent depression in Trinidad and Tobago. European Child & Adolescents Psychiatry. 2006;15:30-7.
15. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Sun W, Giedd JN. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. 'Depression in adolescents: Epidemiology, clinical manifestations and diagnosis'. Archives of pediatrics and adolescent medicine. 2004;158(8):760.
16. Namysłowska I. Co nowego w psychiatrii dzieci i młodzieży w 2008 roku? Medycyna Praktyczna Pediatria. 2009;4: 78-84.
17. Modrzejewska R, Bomba J. Porównanie obrazu depresji młodzieńczej w populacji uczniów krakowskich szkół gimnazjalnych na podstawie analizy wyników badań za pomocą inwentarza objawowego IO „B1” w latach 1984-2001. Psychiatria Polska 2009;XLIII:2.

Informacje o Autorach

Lek. MARTA BEMBNOWSKA – doktorantka; prof. dr hab. n. med. JADWIGA JOŚKO – kierownik, Katedra i Zakład Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach.

Adres do korespondencji

Marta Bembnowska
ul. Węgierska 20, 42-612 Tarnowskie Góry
tel; 504-243-112
e-mail: martulon@poczta.fm