

Warszawa, 01.07.2025

**RECENZJA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ** pt. „Czynniki ryzyka i częstość wstępowania symptomów zaburzeń depresyjnych u dzieci ze szkół podstawowych w Leżajsku” lek. med. Michała Zawilskiego

Współczesne spojrzenie na populację dzieci i młodzieży z perspektywy lekarza psychiatry ukazuje pewną prawidłowość: tak jak coraz częściej występują gwałtowne zjawiska pogodowe, które powoli stają się normą, na przykład nawalne deszcze, tak odzwierciedlenie tego widać w tym co dzieje się ze zdrowiem psychicznym tej grupy naszego społeczeństwa – systematycznie zwiększa się liczba zaburzeń związanych z neuroróżnorodnością, zaburzeń nerwicowych, zaburzeń zachowania i emocji, uzależnień oraz zaburzeń nastroju; co ciekawe, liczba innych chorób, takich jak na przykład schizofrenia, pozostaje względnie stała ...

Zaburzenia nastroju (afektywne) w zgodnej opinii najwybitniejszych polskich psychiatrów (PP. prof. B. Remberk, D. Dudek, M. Janas-Kozik, T. Wołańczyk i inni) należą do najczęstszych zaburzeń psychicznych, ze stałą tendencją do wzrostu; wyniki wielu prospektywnych badań dowodzą, że nawet jeśli objawy depresji występują przed 18 m.ż. (!), to utrzymuje się ciągłość symptomów w przebiegu dalszego rozwoju dziecka, a często w dorosłości – w związku z tym uznano, że kryteria diagnostyczne (ICD-10, ICD- 11, DSM – V) zaburzeń depresyjnych dla osób dorosłych obowiązują również u dzieci i młodzieży, z niewielkimi modyfikacjami dla tej grupy wiekowej.

Jak słusznie podkreśla P. prof. D. Dudek „słowo depresja jest jednym z pojęć nadużywanych we współczesnym języku, a przez to zdewaluowanych. Potocznie oznacza stan chwilowego przygnębienia, chandry, obniżenia nastroju. Stwierdzenie : „jestem w depresji” bywa używane zamiast bardziej adekwatnego: „jest mi smutno”. Granica pomiędzy smutkiem a zaburzeniem psychicznym, za jakie należy uznać zespół depresyjny, jest płynna, co bywa przyczyną trudności i pomyłek diagnostycznych. Przygnębienie czy lęk mogą być wynikiem przeżywanych traum, z drugiej strony stany te pojawiają się niekiedy bez uchwytej przyczyny. Występowanie smutku czy nawet rozpacz w tzw. reakcji żałoby po utracie kogoś bliskiego wydaje się jak najbardziej adekwatne i zgodne z naturą rzeczy, powstawanie takich samych przeżyć bez zewnętrznego powodu nie jest już równie oczywiste. Podobnie nie jest równie oczywisty smutek, który nie reaguje na żadne próby pocieszenia ani na korzystną zmianę sytuacji zewnętrznej. Określenie „zespół depresyjny” nie daje jednoznacznego wyobrażenia o pacjencie – osoba cierpiąca z powodu depresji może prezentować całą gamę zaburzeń, od skrajnie ciężkich doznań psychotycznych do umiarkowanego zniechęcenia z niejasnymi skargami na „złe samopoczucie”. W normalnych warunkach smutek ustępuje, gdy zmienia się sytuacja. U osoby z depresją jest inaczej, negatywne emocje utrzymują się przez długi czas i nie są zależne od okoliczności. Jednym z osiowych objawów depresji jest anhedonia, czyli niemożność odczuwania radości, przyjemności i pozytywnych emocji. Człowiek w depresji nie może zmniejszyć smutku za pomocą czegoś, co mu sprawia

przyjemność, ponieważ nic mu nie sprawia przyjemności. W depresji smutek niekoniecznie wysuwa się na plan pierwszy. To cały szereg objawów behawioralnych, somatycznych, emocjonalnych, a objawy te muszą trwać co najmniej 2 tygodnie. Osoba smutna zwykle jest w stanie powiedzieć, co ją gryzie, natomiast człowiek depresyjny powie raczej „*nie wiem dlaczego tak się czuję*”. Smutek najczęściej ma swoją przyczynę, co więcej, jeśli uda się ją odwrócić – powinien on minąć. Pacjent w depresji też wprawdzie czasem jest w stanie podać jakieś zdarzenie, od którego się zaczęło, ale w smutku to wydarzenie rozumiemy jako przyczynę, a w depresji – jako czynnik wyzwalający”.

Dobrze się stało, iż lek. med. Zdzisław Michał Zawilski, pod troskliwą opieką Promotora P. Prof. Artura Mazura podjął się trudu przeanalizowania czynników ryzyka i częstości występowania symptomów zaburzeń depresyjnych w populacji dzieci ze szkół podstawowych w Leżajsku, w województwie podkarpackim, bowiem taka analiza ma nie tylko walory badawcze, ale również może służyć jako kolejny rzetelny argument w całej kaskadzie dyskutowanych i planowanych zmian w opiece psychologicznej i psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą w naszym kraju.

Przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska jest w skonstruowana wg klasycznego wzorca wymaganego w tego typu pracach badawczych, na 349 stronach w Części I omówiono zagadnienia teoretyczne, w Części II Cele i Plan pracy, Materiał i Metody oraz stosowne wymogi formalne dotyczące badania a także uzyskane Wyniki ze szczegółową analizą poszczególnych obszarów, prowadzoną wg uznanych i rzetelnych metod statystycznych. Opis Wyników uzupełniano stosownymi czytelnymi Tabelami oraz Ryciną. Należy podkreślić elegancję analizy nie tylko podstawowych ale i uzupełniających danych, omówienie zintegrowanych wyników uzyskanych w dwóch etapach badania oraz wnikliwą i oryginalną Dyskusję, w której dokonano nie tylko analizy porównawczej wyników własnych Autora z badaniami innych badaczy, ale w sposób niezmiernie ciekawy i intelektualnie ożywczy podkreślono bezpośrednie efekty przeprowadzenia i uzyskania wyników, podsumowując całość przemyślaną ewaluacją i oryginalnymi Wnioskami końcowymi. Rozprawę oparto na nowoczesnym, liczącym 172 pozycje piśmiennictwie.

O co tak naprawdę chodziło Autorowi rozprawy ? Zostało to opisane jako „Cele naukowo-badawcze” pod postacią następujących pytań:

1. Jaka jest częstość występowania istotnie klinicznie nasilonych ogólnych cech (syndromu) depresji w badanej populacji ?
2. Jakie badane cechy (symptomy) depresji wśród osób badanej populacji, u których stwierdzono potencjalnie przynajmniej podwyższone ryzyko występowania depresji, występują najczęściej ?
3. Jakie są główne czynniki ryzyka występowania istotnie klinicznie nasilonych ogólnych cech (syndromu) depresji w badanej populacji ?
4. Jakie są główne czynniki ryzyka występowania poszczególnych badanych cech (symptomów) depresji wśród osób badanej populacji, u których stwierdzono potencjalnie przynajmniej podwyższone ryzyko występowania depresji?
5. W jakim stopniu poszczególne badane cechy (symptomy) depresji współwystępują ze sobą u osób w badanej populacji, u których stwierdzono potencjalnie przynajmniej podwyższone ryzyko występowania depresji ?
6. W jaki sposób różnią się od siebie oceny stanu potencjalnie depresyjnych osób populacji badanej dokonane przez różnych respondentów biorących udział w badaniu (dzieci/rodzice/nauczyciele) ?

Aby odpowiedzieć na powyższe, bardzo ciekawe pytania Autor w 1szym etapie swoich badań wyodrębnił spośród wszystkich 805 uczniów leżajskich miejskich szkół podstawowych do dalszych badań przesiewowych grupę 352 dzieci, spośród których do etapu szczegółowego zakwalifikowano ostatecznie 169 dzieci. Podstawową metodą badawczą był zestaw kwestionariuszy ankietowych polskojęzycznej wersji Childrens Depression Inventory 2 (CDI 2), w wersji skróconej CDI2: S [S] oraz w wersjach CDI 2: S, CDI 2: R oraz CDI 2: N. Należy podkreślić, iż Autor odbył uprzednio stosowne, certyfikowane przez PTP szkolenie (nr certyfikatu 148/2021, kategoria B2) uprawniające do stosowania CDI 2 u dzieci i młodzieży. W wyniku przeprowadzonych badań uzyskano wyniki, które po rzetelnej analizie statystycznej (test U Manna Whitneya, rangowanie i współczynnik korelacji porządku rang ® Spearmana) oraz omówione w wielopłaszczyznowej, intelektualnie błyskotliwej dyskusji pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Częstość występowania istotnie klinicznie nasilonych ogólnych cech (syndromu) depresji w populacji badanej jest wyższa u dziewcząt w porównaniu do chłopców, ponadto u dzieci 13-14 letnich w porównaniu do dzieci 7-12 letnich oraz u dziewcząt 13-14 letnich w porównaniu do wszystkich innych wyodrębnionych w badaniu grup; w całej grupie wynosiła 10,23 %
2. Spośród poszczególnych badanych cech (symptomów) ewentualnej depresji wśród osób, u których stwierdzono potencjalnie przynajmniej podwyższone ryzyko występowania depresji najczęściej sygnalizowanymi są problemy emocjonalne
3. Czynniki ryzyka występowania nasilonych ogólnych cech depresji w populacji badanej to głównie skumulowanie cech: płeć żeńska, wiek 13-14 lat i problemy emocjonalne
4. Czynniki ryzyka występowania poszczególnych badanych cech (symptomów) ewentualnej depresji wśród osób populacji badanej, u których stwierdzono potencjalnie przynajmniej podwyższone ryzyko występowania depresji to: płeć żeńska (negatywny nastrój, objawy somatyczne, niska samoocena, problemy emocjonalne, brak efektywności oraz problemy w funkcjonowaniu), wiek 13-14 lat (problemy interpersonalne), wiek 7-12 lat (brak efektywności) a ponadto negatywny nastrój/objawy somatyczne (problemy emocjonalne) oraz brak efektywności (problemy w funkcjonowaniu).
5. U osób populacji badanej, u których stwierdzono potencjalnie przynajmniej podwyższone ryzyko występowania depresji wszystkie badane cechy (symptomy) ewentualnej depresji współwystępują ze sobą w statystycznie istotnej, dodatniej i przynajmniej silnej korelacji.
6. Dzieci relatywnie częściej oceniają swój stan jako potencjalnie bardziej depresyjny w porównaniu do tego, jak opisują go dorośli respondenci, co dotyczy zwłaszcza oceny cech problemów emocjonalnych oraz ocen dokonywanych względem grupy dziewcząt 7-12 letnich. Rodzice i nauczyciele zauważają u dzieci przede wszystkim problemy w funkcjonowaniu, przy czym bardziej negatywnie w tym względzie opisują dzieci 12-13 letnie w porównaniu do dzieci 7-12 letnich. Dzieci zauważają i interpretują swoje ewentualne problemy w sposób całościowy i powiązany w większym stopniu niż oceniający ich rodzice oraz nauczyciele.

Równolegle do wysokiej oceny omawianej rozprawy doktorskiej Recenzent nie może nie dostrzec pewnych niedociągnięć, które wymagają zajęcia stanowiska przez Autora rozprawy:

1. Zarówno we Wstępie jak i w Dyskusji brak wzmianki nt możliwego negatywnego wpływu mediów społecznościowych na stan psychiczny dzieci i młodzieży; istnieje ogromna liczba rzetelnych publikacji naukowych bezpośrednio wiążących występowanie zaburzeń depresyjnych z nieprawidłowym użytkowaniem Internetu; w ostatnim raporcie MAHA („Make America Healthy Again”, lipiec 2025) jest to jeden z głównych tematów podnoszonych przez ekspertów z obszaru zdrowia psychicznego i zdrowia publicznego.
2. Autor pokrótce odniósł się do „teorii zapalnej” powstawania depresji, ale zbyt mało jest informacji dotyczących np. powiązania nadmiernego spożywania „żywności śmieciowej” i ew. konsekwencji w obszarze zaburzeń psychicznych (np. dot. teorii „zasmucających hamburgerów”, itp.).
3. Stosunkowo niewiele jest informacji (Wstęp) opisujących charakterystyczne dla psychiatrii dzieci i młodzieży zjawisko współchorobowości/współwystępowania czyli jednoczesnego występowania dwóch lub więcej zaburzeń u tej samej osoby; prawie 1/3 dzieci z zaburzeniami depresyjnymi może mieć też zaburzenia lękowe, kilka procent może też mieć równolegle zaburzenia hiperkinetyczne, zaburzenia opozycyjno-buntownicze i/lub może nadużywać substancji psychoaktywnych.
4. Pominęto zupełnie nowe, ale obecne już w latach 2023 – 2024 zagadnienie funkcjonowania tzw. „sztucznej inteligencji” (AI); czy np. Autor korzystał z „jej usług” ? czy AI może być pomocna czy też może pogłębić u młodzieży zaburzenia depresyjne ?, etc.

W/w zastrzeżenia nie umniejszają walorów ocenianej rozprawy doktorskiej, którą oceniam bardzo wysoko i która w pełni spełnia stosowne wymagania ustawowe, zwłaszcza w sferze oryginalności rozwiązania postawionego problemu naukowego ! Poziom wiedzy teoretycznej doktoranta jest bardzo wysoki i posiada On umiejętność samodzielnego prowadzenia badań naukowych, co łącznie powoduje, iż wnioskuję o dopuszczenie Doktoranta do dalszych etapów obrony Jego Rozprawy !

Prof. dr hab. n. med. Paweł Januszewicz