



Czynniki ryzyka i częstość występowania symptomów zaburzeń depresyjnych u dzieci ze szkół podstawowych w Leżajsku

ROZPRAWA NA STOPIEŃ DOKTORA
W DZIEDZINIE NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU,
W DYSCYPLINIE „NAUKI MEDYCZNE”

Autor:

Lek. Zdzisław Michał Zawilski

Promotor:

Prof. dr hab. n. med. Artur Mazur

Promotor pomocniczy:

Dr n. o zdr. inż. Marek Biesiadecki

Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego

Rzeszów 2024

*Niniejszym pragnę bardzo serdecznie podziękować Promotorowi mojej pracy,
Panu Profesorowi dr. hab. n. med. Arturowi Mazurowi,
za całokształt pomocy i wsparcia organizacyjnego oraz merytorycznego, jakiego mi
udzielił.*

*Serdecznie dziękuję Promotorowi Pomocniczemu mojej pracy,
Panu Doktorowi n. o zdr. inż. Markowi Biesiadeckiemu,
za udzieloną mi pomoc techniczną przy opracowaniu wyników badań.*

*Szczerze dziękuję Wszystkim Osobom, które wspierały mnie na każdym etapie
powstawania niniejszej pracy, tak od strony merytorycznej, formalnej, jak i zwykłej
międzyludzkiej.*

*Szczególne podziękowania kieruję w stronę Dyrekcji, Personelu, Rodziców,
Opiekunów oraz samych Dzieci ze Szkół Podstawowych, w których prowadziłem
badania.*

Autor

Spis treści:

Wykaz stosowanych skrótów	12
Wstęp	18
CZĘŚĆ I	24
1. Dziecko jako jednostka biopsychospołeczna	25
2. Rozwój psychiczny dzieci i młodzieży	31
2.1 Okres prenatalny	32
2.2 Okres noworodkowy i niemowlęcy	33
2.3 Okres poniemowlęcy	35
2.4 Okres średniego dzieciństwa	37
2.5 Okres późnego dzieciństwa	39
2.6 Okres adolescencji	40
3. Zaburzenia emocjonalne i psychosomatyczne na tle początkowych faz rozwoju dziecka	45
3.1 Jakość okresu prenatalnego a podatność na zaburzenia psychosomatyczne	47
3.2 Wpływ przebiegu rozwoju dziecka w okresie noworodkowym, niemowlęcym i poniemowlęcym na powstawanie zaburzeń psychospołecznych	49
3.3 Wczesne skutki zaburzenia rozwoju psychicznego w początkowych etapach życia dziecka	51
3.3.1 Reaktywne zaburzenia przywiązania w dzieciństwie	52
3.3.2 Zaburzenia selektywności przywiązania w dzieciństwie	52
3.3.3 Zaburzenia odżywiania w niemowlęctwie i dzieciństwie	52
3.3.4 Czynności nawykowe	54
4. Depresja – wprowadzenie	55
4.1 Definicja i rodzaje zaburzeń depresyjnych	55
4.1.1 Charakterystyka depresji według standardowych klasyfikacji zaburzeń zdrowotnych	56

4.1.1.1 Depresja według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (Światowa Organizacja Zdrowia, 1990)	56
4.1.1.2 Depresja według Diagnostycznego i Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychiczych (Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, 2013)	61
4.1.2 Charakterystyka kliniczna, zwyczajowa i uzupełniająca depresji	64
4.1.2.1 Podział depresji ze względu na potencjalny czynnik wywołujący	65
4.1.2.2 Charakterystyka depresji ze względu na jakość, nasilenie i kontekst kliniczny objawów	67
4.1.2.3 Charakterystyka depresji ze względu na szczególny obraz kliniczny	69
4.1.3 Syndrom depresyjny w przebiegu innych zaburzeń	70
4.1.4 Inne formalne klasyfikacje zaburzeń depresyjnych	72
4.1.4.1 Depresja w Klasyfikacji diagnostycznej zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa (ZERO TO THREE, 2016, 2021)	72
4.1.4.2 Depresja według ICD-11 (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja Jedenasta; Światowa Organizacja Zdrowia, 2019)	73
4.2 Etiopatogeneza zaburzeń depresyjnych	73
4.2.1 Adaptacja do niesprzyjających warunków a objawy depresji	74
4.2.2 Biologiczne hipotezy depresji	75
4.2.2.1 Monoaminergiczna koncepcja patofizjologii depresji	76
4.2.2.2 Hipoteza zapalna stanu depresyjnego	77
4.2.2.3 Genetyczne czynniki rozwoju depresji	78
4.2.2.4 Neuroendokrynologiczne zależności depresji	79
4.2.2.5 Biologiczny rytm dobowy i sezonowy a objawy depresji	82
4.2.2.6 Struktura i czynność ośrodkowego układu nerwowego a podatność na depresję	84
4.2.3 Depresja – koncepcje źródeł psychologicznych	85
4.2.3.1 Teorie psychoanalityczno-psychodynamiczne	85
4.2.3.2 Teorie społeczno-behawioralne	86
4.2.3.3 Teorie poznawcze	87
4.2.3.3.1 Model Becka	87

4.2.3.3.2 Teoria wyuczonej bezradności	89
4.2.3.3.3 Model braku nadziei	89
4.2.3.3.4 Deficyt rozwiązywania problemów	90
4.2.3.3.5 Skupianie uwagi na sobie	90
4.2.3.4 Teoria kontroli siebie	91
4.2.3.5 Teorie interpersonalne	91
4.2.3.6 Społeczno-środowiskowe podłoże depresji	92
4.2.3.7 Teoria przywiązania	92
4.2.3.8 Model psychospołeczny depresji Billingsa i Moosa	94
4.2.3.9 Podatność na depresję a cechy osobowości	95
4.2.3.10 Stres a depresja	96
4.3 Patofizjologiczne implikacje zaburzeń depresyjnych	97
4.4 Przebieg kliniczny zaburzeń depresyjnych	106
4.4.1 Dynamika zaburzeń depresyjnych	106
4.4.2 Nasilenie zaburzeń depresyjnych	109
4.4.3 Inne charakterystyczne cechy przebiegu zaburzeń depresyjnych	109
4.4.4 Charakterystyka przebiegu określonych typów zaburzeń depresyjnych	110
4.4.4.1 Większe zaburzenie depresyjne	111
4.4.4.2 Uporczywe zaburzenie depresyjne	113
4.4.4.3 Dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju	114
4.4.4.4 Inne jednostki rozpoznawcze depresji klasyfikowane w DSM-5	115
4.4.5 Wygląd zewnętrzny i zachowanie w zaburzeniu depresyjnym	117
4.5 Epidemiologia i konsekwencje społeczne zaburzeń depresyjnych	119
4.5.1 Epidemiologia depresji	120
4.5.1.1 Występowanie depresji w danym momencie (aktualna depresja) i w ciągu całego życia	120
4.5.1.2 Zależność występowania depresji od wieku (rozwojowego)	121
4.5.1.3 Różnice w występowaniu depresji u kobiet i mężczyzn	125
4.5.1.4 Czynniki etniczne i kulturowe a depresja	130
4.5.1.5 Urbanizacja a depresja	131
4.5.1.6 Zmiana długości dnia a depresja	132
4.5.1.7 Współwystępowanie depresji z innymi zaburzeniami	132

4.5.2 Konsekwencje społeczne depresji	133
4.5.2.1 Depresja a jakość szkolna i funkcjonowanie w grupie rówieśniczej	134
4.5.2.2 Depresja a relacje rodzice-dzieci	135
4.5.2.3 Wpływ depresji na śmiertelność. Depresja a ryzyko samobójcze	136
5. Zaburzenia depresyjne w populacji wieku rozwojowego	139
5.1 Rozwój poglądów na depresję w populacji wieku rozwojowego	139
5.2 Koncepcje depresji w populacji wieku rozwojowego	140
5.2.1 Depresja jako symptom a depresja jako syndrom	141
5.2.2 Depresja jako zaburzenie	141
5.2.3 Integracja koncepcji depresji według Compasa, Ey i Grant	142
5.2.4 Koncepcja depresji młodzieńczej według Bomby	143
5.3 Obraz depresji w populacji wieku rozwojowego	144
5.3.1 Sfery objawowe depresji według Becka w odniesieniu do populacji wieku rozwojowego	145
5.3.1.1 Symptomy emocjonalne w przebiegu depresji dzieci i młodzieży	145
5.3.1.2 Zniekształcenia poznawcze w przebiegu depresji dzieci i młodzieży	145
5.3.1.3 Deficyty motywacyjne w przebiegu depresji dzieci i młodzieży	146
5.3.1.4 Objawy somatyczne w przebiegu depresji dzieci i młodzieży	146
5.3.1.4.1 Psychogeny ból brzucha	147
5.3.1.4.2 Psychogeny ból głowy	148
5.3.1.4.3 Inne dolegliwości somatyczne na tle psychogenym	148
5.3.1.5 Symptomy behawioralne w przebiegu depresji dzieci i młodzieży	149
5.3.2 Obraz kliniczny depresji młodzieńczej według koncepcji Bomby	149
5.3.3 Charakterystyka depresji młodzieńczej w ujęciu Kępińskiego	150
5.3.3.1 Depresja apatyczno-abuliczna	150
5.3.3.2 Depresja buntownicza	151
5.3.3.3 Depresja rezygnacyjna	151
5.3.3.4 Depresja labilna	151
5.3.4 Diagnoza i obraz kliniczny depresji u dzieci i młodzieży według innych koncepcji badawczych	152
5.3.5 Obraz depresji w poszczególnych grupach rozwojowych – cechy charakterystyczne	153

5.3.5.1 Depresja anaklityczna	153
5.3.5.2 Depresja u dzieci młodszych	154
5.3.5.3 Depresja u dzieci starszych i młodzieży	155
5.4 Analiza potencjalnego wpływu czynników społecznych i środowiskowych na rozwój zaburzeń depresyjnych w populacji wieku rozwojowego	156
5.4.1 Podatność na depresję w perspektywie psychodynamicznej	157
5.4.2 Wczesna strata a podatność na depresję	158
5.4.3 Dysfunkcjonalne przywiązanie a podatność na depresję	158
5.4.4 Podatność na depresję w perspektywie teorii społecznego uczenia się	159
5.4.5 Zaburzenie systemu rodzinnego jako czynnik prodepresyjny	160
5.4.6 Szczególne relacje rodzinne i wychowawcze w dzieciństwie a podatność na depresję	160
5.4.7 Specyficzne czynniki ryzyka w dzieciństwie a podatność na depresję	162
5.5 Diagnostyka zaburzeń depresyjnych w populacji wieku rozwojowego	163
5.5.1 Rozpoznawanie depresji według kryteriów standardowych systemów klasyfikacji diagnostycznych	166
5.5.1.1 Rozpoznanie zaburzeń depresyjnych według ICD-10	167
5.5.1.2 Rozpoznanie zaburzeń depresyjnych według DSM-5	171
5.5.2 Skale i badania ankietowe w diagnostyce depresji dzieci i młodzieży	172
5.5.2.1 Charakterystyka ogólna skal i badań ankietowych w diagnostyce depresji dzieci i młodzieży	172
5.5.2.2 Rodzaje skal i badań ankietowych używanych w diagnostyce depresji dzieci i młodzieży	174
5.5.2.2.1 Inwentarz Depresji Dzieci (CDI – ang.: <i>Children's Depression Inventory</i>) Kovacs	174
5.5.2.2.2 Skala Depresji Kutchera dla Młodzieży (KADS – ang.: <i>Kutcher Adolescent Depression Scale</i>)	175
5.5.2.2.3 <i>Children Depression Scale</i> (CDS)	176
5.5.2.2.4 Skala Depresji Reynoldsa dla Dzieci (RCDS – ang.: <i>Reynolds Child Depression Scale</i>) i Skala Depresji Reynoldsa dla Adolescentów (RADs – ang.: <i>Reynolds Adolescent Depression Scale</i>)	177

5.5.2.2.5 Kwestionariusz Depresji DTK Rossmanna (Test Depresji dla Dzieci Rossmanna; niem.: <i>Depressionstest für Kinder</i>)	177
5.5.2.2.6 <i>Bellevue Index of Depression</i> (BID)	178
5.5.2.2.7 <i>Children Depression Rating Scale</i> (CDRS)	178
5.5.2.2.8 Kwestionariusz do Pomiaru Depresji (KPD)	179
5.5.2.2.9 Krakowski Inwentarz Depresyjny (KID)	179
5.5.2.2.10 Skala Symptomów Depresyjnych Dziecka Manifestowanych w Klasie Szkolnej (w Środowisku Domowym)	180
5.5.2.2.11 <i>Peer Nomination Inventory of Depression</i> (PNID)	180
5.5.2.2.12 Skale pomiaru ogólnej psychopatologii	181
5.6 Metody terapeutyczne stosowane w zaburzeniach depresyjnych populacji wieku rozwojowego	182
5.6.1 Psychoedukacja	183
5.6.2 Psychoterapia	184
5.6.2.1 Terapia poznawczo-behawioralna	185
5.6.2.2 Psychoterapia interpersonalna	186
5.6.2.3 Terapia rodzinna oparta na więzi	187
5.6.2.4 Psychoterapia psychodynamiczna	187
5.6.2.5 Inne rodzaje psychoterapii	188
5.6.3 Farmakoterapia	189
5.6.3.1 Selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	190
5.6.3.2 Trójcykliczne leki przeciwdepresyjne	190
5.6.3.3 Inne środki farmakologiczne	191
5.6.4 Biologiczne metody terapeutyczne	192
5.6.4.1 Chronoterapia	192
5.6.4.2 Elektroterapia	193
5.6.4.3 Aktywność fizyczna i postępowanie dietetyczne	194
5.6.5 Leczenie zaburzeń współistniejących z depresją	196
 CZĘŚĆ II	 198
6. Cele i plan pracy badawczej	199
6.1 Cele przeprowadzenia badania	199

6.1.1 Cele naukowo-badawcze	199
6.1.2 Dodatkowe cele prozdrowotne	200
6.2 Plan i przebieg pracy badawczej	200
7. Materiał i metody badawcze	203
7.1 Materiał badawczy	203
7.1.1 Populacja docelowa badania	203
7.1.2 Kryteria włączenia i wyłączenia z badania	203
7.1.3 Charakterystyka populacji objętej badaniem	204
7.1.3.1 Etap I (przesiewowy)	204
7.1.3.2 Etap II (szczegółowy)	205
7.2 Metody	207
7.2.1 Children's Depression Inventory 2 (CDI 2)	208
7.2.1.1 Ogólna charakterystyka CDI 2	209
7.2.1.2 Opracowanie i polska normalizacja CDI 2	210
7.2.1.3 Struktura narzędzia diagnostycznego i procedura diagnostyczna CDI 2	211
7.2.1.3.1 Wersje samoopisowe CDI 2	212
7.2.1.3.2 Wersje: dla Rodzica i dla Nauczyciela CDI 2	214
7.2.1.4 Procedura interpretacji wyników badania z użyciem CDI 2	215
7.2.1.4.1 Skale wyniku przeliczonego badania z użyciem CDI 2	215
7.2.1.4.2 Zestawienie i porównywanie wyników uzyskanych z różnych źródeł	216
7.2.1.5 Normalizacja i właściwości psychometryczne CDI 2	217
7.2.1.5.1 Badania normalizacyjne. Normy CDI 2	217
7.2.1.5.2 Rzetelność i trafność CDI 2	218
7.2.2 Wywiad kliniczny w oparciu o kryteria diagnostyczne ICD-10 i DSM-5	218
7.2.3 Opracowanie statystyczne wyników badania	218
7.2.3.1 Test U Manna Whitneya	219
7.2.3.2 Rangowanie i współczynnik korelacji porządku rang (r) Spearmana	219
8. Wymogi formalne dotyczące badania	221
8.1 Kwalifikacje i uprawnienia osoby prowadzącej badanie	221
8.2 Zgody formalne i kwestie logistyczne związane z prowadzeniem badania	221
8.3 Komisja Bioetyczna	222

9. Wyniki badania: ryzyko ogólne, rozpowszechnienie i nasilenie symptomów zaburzeń depresyjnych w populacji badanej	223
9.1 Wyniki I etapu (przesiewowego) badania	223
9.1.1 Wyniki I etapu (przesiewowego) badania w populacji ogólnej	223
9.1.2 Wyniki I etapu (przesiewowego) badania w grupie osób zakwalifikowanych do kolejnego etapu	226
9.2 Wyniki II etapu (szczegółowego) badania	230
9.2.1 Wyniki uzyskane na podstawie badania z użyciem (pełnej) Wersji do Samoocisu CDI 2 (CDI 2:S)	230
9.2.1.1 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia negatywnego nastroju / objawów somatycznych na podstawie samooceny dokonanej przez dzieci w etapie II (szczegółowym) badania	231
9.2.1.2 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia niskiej samooceny na podstawie samooceny dokonanej przez dzieci w etapie II (szczegółowym) badania	233
9.2.1.3 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia problemów emocjonalnych na podstawie samooceny dokonanej przez dzieci w etapie II (szczegółowym) badania	235
9.2.1.4 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia braku efektywności na podstawie samooceny dokonanej przez dzieci w etapie II (szczegółowym) badania	237
9.2.1.5 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia problemów interpersonalnych na podstawie samooceny dokonanej przez dzieci w etapie II (szczegółowym) badania	239
9.2.1.6 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia problemów w funkcjonowaniu na podstawie samooceny dokonanej przez dzieci w etapie II (szczegółowym) badania	241
9.2.1.7 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia ogólnych cech depresji na podstawie samooceny dokonanej przez dzieci w etapie II (szczegółowym) badania	243
9.2.2 Wyniki uzyskane na podstawie badania z użyciem Wersji dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R)	245
9.2.2.1 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia problemów emocjonalnych na podstawie oceny dzieci dokonanej przez ich rodziców lub opiekunów w etapie II (szczegółowym) badania	245

9.2.2.2 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia problemów w funkcjonowaniu na podstawie oceny dzieci dokonanej przez ich rodziców lub opiekunów w etapie II (szczegółowym) badania	248
9.2.2.3 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia ogólnych cech depresji na podstawie oceny dzieci dokonanej przez ich rodziców lub opiekunów w etapie II (szczegółowym) badania	250
9.2.3 Wyniki uzyskane na podstawie badania z użyciem Wersji dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N)	252
9.2.3.1 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia problemów emocjonalnych na podstawie oceny dzieci dokonanej przez ich nauczycieli w etapie II (szczegółowym) badania	252
9.2.3.2 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia problemów w funkcjonowaniu na podstawie oceny dzieci dokonanej przez ich nauczycieli w etapie II (szczegółowym) badania	255
9.2.3.3 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia ogólnych cech depresji na podstawie oceny dzieci dokonanej przez ich nauczycieli w etapie II (szczegółowym) badania	257
10. Wyniki badania: ocena stanu dzieci z różnych perspektyw – analiza podobieństw, różnic i korelacji pomiędzy ocenami dokonanymi przez poszczególnych respondentów (dziecko, rodzic/opiekun, nauczyciel) w etapie II badania	260
10.1 Porównanie ocen nasilenia poszczególnych problemów interpretowanego jako istotne klinicznie w zależności od wersji ankietowej CDI 2 użytej w etapie II badania	260
10.2 Analiza istotności statystycznej różnic pomiędzy wynikami przeliczonymi uzyskanymi w poszczególnych skalach różnych wersji ankietowych użytych w etapie II badania	264
10.3 Analiza korelacji pomiędzy ocenami dokonanymi przez poszczególnych respondentów (dziecko, rodzic/opiekun, nauczyciel) w etapie II badania	270
10.3.1 Analiza korelacji wyników uzyskanych wewnątrz poszczególnych wersji ankietowych CDI 2	270
10.3.1.1 Analiza wewnętrznej korelacji wyników uzyskanych w badaniu przy użyciu Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S)	271

10.3.1.2 Analiza wewnętrznej korelacji wyników uzyskanych w badaniach przy użyciu Wersji dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R) i Wersji dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N)	274
10.3.1.3 Porównanie korelacji analogicznych wyników uzyskanych wewnątrz różnych wersji ankietowych CDI 2	275
10.3.2 Analiza korelacji pomiędzy wynikami uzyskanymi w różnych wersjach ankietowych CDI 2	277
10.3.2.1 Analiza korelacji pomiędzy wynikami uzyskanymi w badaniach z użyciem wersji: do Samoopisu (CDI 2:S) i dla Rodzica (CDI 2:R)	277
10.3.2.2 Analiza korelacji pomiędzy wynikami uzyskanymi w badaniach z użyciem wersji: do Samoopisu (CDI 2:S) i dla Nauczyciela (CDI 2:N)	279
10.3.2.3 Analiza korelacji pomiędzy wynikami uzyskanymi w badaniach z użyciem wersji: dla Rodzica (CDI 2:R) i dla Nauczyciela (CDI 2:N)	281
10.3.2.4 Porównanie korelacji pomiędzy wynikami uzyskanymi w badaniach z użyciem różnych wersji ankietowych CDI 2	283
11. Wyniki badania: analiza uzupełniająca danych	286
11.1 Zintegrowanie wyników uzyskanych w I i II etapie badania	286
11.2 Analiza udziału rodziców/opiekunów w II etapie badania według płci	288
12. Wyniki badania – omówienie	290
13. Dyskusja	302
13.1 Analiza porównawcza wyników badania z badaniami innych autorów	302
13.2 Bezpośrednie efekty przeprowadzenia i uzyskania wyników badania	312
13.3 Ewaluacja pracy badawczej	314
14. Wnioski końcowe	317
STRESZCZENIE	319
ABSTRACT	323
Wykaz rycin i tabel	326
Piśmiennictwo	331
Załączniki	346

Wykaz stosowanych skrótów:

AACAP – Amerykańska Akademia Psychiatrii Dzieci i Młodzieży (ang.: *American Academy Child and Adolescent Psychiatry*)

ABFT – terapia rodzinna oparta na więzi (ang.: *Attachment-Based Family Therapy*)

ACT – terapia akceptacji i zaangażowania (ang.: *Acceptance and Commitment Therapy*)

ACTH – hormon adrenokortykotropowy (ang.: *adrenocorticotrophic hormone*)

ADAPT – proces leczenia depresyjnych adolescentów z użyciem antydepresantów i psychoterapii (ang.: *Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial*)

ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ang.: *attention deficit hyperactivity disorder*)

AIDS – zespół nabytego niedoboru odporności (ang.: *acquired immunodeficiency syndrome*)

AO – arkusz obserwacyjny (część KID)

BDNF – neurotroficzny czynnik pochodzenia mózgowego (ang.: *brain-derived neneurotrophic factor*)

BE – Brak efektywności (podskala CDI 2:S)

BID – Indeks depresji Bellevue (ang.: *Bellevue Index of Depression*)

BID-R – BID - wersja zrewidowana (ang.: *Bellevue Index of Depression - Revised*)

BLT – terapia jasnym światłem (ang.: *bright light therapy*)

CAS – Schemat oceny dziecka (ang.: *Child Assessment Schedule*)

CBCL – Lista kontrolna zachowań dziecięcych (ang.: *The Child Behavior Checklist*)

CBG – globulina wiążąca kortykosteroidy (ang.: *corticoid binding globulin*)

CBT – terapia poznawczo-behawioralna (ang.: *Cognitive-Behavioral Therapy*)

CDI – Inwentarz Depresji Dzieci (ang.: *Children's Depression Inventory*)

CDI 2 – CDI - wersja druga (ang.: *Children's Depression Inventory 2*)

CDI 2:N – Wersja dla Nauczyciela CDI 2

CDI 2:R – Wersja dla Rodzica CDI 2

CDI 2:S – Wersja do Samoopisu CDI 2

CDI 2:S[S] – Skrócona Wersja do Samoopisu CDI 2

CDRS – Skala oceny depresji dziecięcej (ang.: *Children Depression Rating Scale*)

CDRS-R – CDRS - wersja zrewidowana (ang.: *Children Depression Rating Scale - Revised*)

CDS – Skala depresji dziecięcej (ang.: *Children Depression Scale*)

ChAD – choroba afektywna dwubiegunowa

CI – przedział ufności (ang.: *confidence interval*)

CIDI – Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (ang.: *Composite International Diagnostic Interview*)

CRF – czynnik uwalniający kortykotropinę (ang.: *corticotropin-releasing factor*)

CRP – białko C-reaktywne (ang.: *C-reactive protein*)

CWD-A – poznawczo-behawioralna terapia grupowa depresji młodzieńczej (ang.: *Adolescent Coping With Depression*)

DBT – terapia dialektyczno-behawioralna (ang.: *Dialectical Behavior Therapy*)

DC:0-3 – Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęstwa i wczesnego dzieciństwa, wersja 0-3 (ang.: *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, 0-3*)

DC:0-3R – DC:0-3 - wersja zrewidowana (ang.: *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, 0-3 - Revised*)

DC:0-5 – Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęstwa i wczesnego dzieciństwa, wersja 0-5 (ang.: *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, 0-5*)

DPUE – Deficyty poznawcze i utrata energii (skala KPD)

DSM – Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiczych (ang.: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

DSM-5 – DSM - Edycja Piąta (ang.: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*)

DSM-5-TR – DSM-5 - wersja zrewidowana (ang.: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*)

DSM-III-R – DSM - Edycja Trzecia - wersja zrewidowana (ang.: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised*)

DSM-IV – DSM - Edycja Czwarta (ang.: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*)

DSM-XC – Skala przekrojowej oceny objawowej DSM-5, poziom 1 (ang.: *DSM-5 Level 1 Cross-Cutting Symptom Measures*)

DSRS – Skala Samooceny Depresji (ang.: *Depression Self-Rating Scale*)

DTK – Test Depresji dla Dzieci (niem.: *Depressionstest für Kinder*)

DTK II – DTK - wydanie drugie (niem.: *Depressionstest für Kinder II*)

ECT – terapia elektrowstrząsowa (ang.: *electroconvulsive therapy*)

EFNS – Europejska Federacja Towarzystw Neurologicznych (ang.: *European Federation of Neurological Societies*)

EW – elektrowstrząsy

FAS – płodowy zespół alkoholowy (ang.: *fetal alcohol syndrome*)

GH – hormonu wzrostu (ang.: *growth hormone*)

GUSTO – (nazwa badania) Dorastanie w Singapurze w kierunku zdrowia (ang.: *Growing Up in Singapore Towards Healthy Outcomes*)

GWAS – (nazwa badania) Badanie asocjacji w genomie (ang.: *Genome Wide Association Studies*)

HDL – frakcja lipoprotein wysokiej gęstości (ang.: *high density lipoprotein*)

HPA – oś podwzgórze-przysadka-nadnercza (ang.: *hypothalamic-pituitary-adrenal axis*)

HPLS – Skala braku nadziei dla dzieci (ang.: *The Hopelessness Scale for Children*)

HRV – zmienność rytmu zatokowego (ang.: *heart rate variability*)

ICD – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang.: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)

ICD-10 – ICD - Rewizja Dziesiąta (ang.: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision*)

ICD-11 – ICD - Rewizja Jedenasta (ang.: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision*)

IDO – indoloamino-2,3-dioksygenaza

IgG – immunoglobulina G

IL – interleukina

IMAO – inhibitory monoaminooksydazy

IO – inwentarz objawowy (część KID)

IPT – psychoterapia interpersonalna (ang.: *Interpersonal Psychotherapy*)

IPT-A – IPT dla młodzieży (ang.: *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*)

ISC – Schemat wywiadu dla dzieci (ang.: *Interview Schedule for Children*)

JNK – kinaza c-Jun N-końcowa (ang.: *c-Jun N-terminal kinase*)

K-SADS – Schemat oceny chorób afektywnych i schizofrenii dla dzieci szkolnych (ang.: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children*)

KADS – Skala Depresji Kutchera dla Młodzieży (ang.: *Kutcher Adolescent Depression Scale*)

KID – Krakowski Inwentarz Depresyjny

KPD – Kwestionariusz do Pomiaru Depresji

LTPP – długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna (ang.: *Long-term Psychodynamic Psychotherapy*)

m.ż. – miesiąc życia

MBCT – terapia poznawcza oparta na uważności (ang.: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*)

MBSR – redukcja stresu oparta na uważności (ang.: *Mindfulness-Based Stress Reduction*)

MDD – większe zaburzenie depresyjne (ang.: *major depressive disorder*)

MFQ – Kwestionariusz nastroju i uczuć (ang.: *Mood and Feelings Questionnaire*)

mikroRNA – jednoniciowe, niekodujące cząstki kwasu rybonukleinowego (RNA – ang.: *ribonucleic acid*), regulujące ekspresję genów strukturalnych na etapie posttranskrypcyjnym

MSPA – Myślenie o śmierci, pesymizm i alienacja (skala KPD)

n – liczebność próby

nd. – nie dotyczy

NF-KB – czynnik jądrowy kappa B (ang.: *nuclear factor kappa-light-chain-enhancer of activated B cells*)

NN – Negatywny nastrój / Objawy somatyczne (podskła CDI 2:S)

NREM – faza snu o wolnych ruchach gałek ocznych (ang.: *non-rapid eye movement*)

NS – Niska samoocena (podskala CDI 2:S)

OPSZ – Objawy psychosomatyczne i spadek zainteresowań (skala KPD)

OUN – ośrodkowy układ nerwowy

p – prawdopodobieństwo testowe

PASCET – trening wzmocnienia pierwotnej i wtórnej kontroli (ang.: *Primary and Secondary Control Enhancement Training*)

PDD – uporczywe zaburzenie depresyjne (ang.: *persistent depressive disorder*)

PE – Problemy emocjonalne (skala CDI 2)

PET – pozytonowa tomografia emisyjna (ang.: *positron emission tomography*)

PF – Problemy w funkcjonowaniu (skala CDI:2)

PHQ – Kwestionariusz zdrowia pacjenta (ang.: *Patient Health Questionnaire*)

PI – Problemy interpersonalne (podskala CDI 2:S)

PIC – Inwentarz osobowościowy dla dzieci (ang.: *Personality Inventory for Children*)

PNID – Inwentarz oceny depresji przez rówieśników (ang.: *Peer Nomination Inventory of Depression*)

PWNL – Poczucie winy i napięcie lękowe (skala KPD)

QTc – skorygowany odstęp QT (w badaniu elektrokardiograficznym)

r – współczynnik korelacji

r.ż. – rok życia

RADS – Skala Depresji Reynoldsa dla Adolescentów (ang.: *Reynolds Adolescent Depression Scale*)

RCDS – Skala Depresji Reynoldsa dla Dzieci (ang.: *Reynolds Child Depression Scale*)

RCDS-2 – RCDS - Edycja Druga (ang.: *Reynolds Child Depression Scale, 2nd Edition*)

RDoC – inicjatywa spersonalizowanej medycyny w psychiatrii opracowana przez amerykański Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego (ang.: *Research Domain Criteria*)

REM – faza snu o szybkich ruchach gałek ocznych (ang.: *rapid eye movement*)

SAD – depresja o sezonowym wzorcu przebiegu (ang.: *seasonal affective disorder*)

SCN – jądra nadskrzyżowaniowe (ang.: *suprachiasmatic nuclei*)

SD – deprywacja snu (ang.: *sleep deprivation*)

SES – Skala samooceny Rosenberga (ang.: *Rosenberg Self-Esteem Scale*)

SNRI – inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (ang.: *serotonin norepinephrine reuptake inhibitor*)

SPA – przyspieszenie fazy snu (ang.: *sleep phase advance*)

SR – Samoregulacja (skala KPD)

SSRI – selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (ang.: *selective serotonin reuptake inhibitor*)

STPP – krótkoterminowa psychoterapia psychodynamiczna (ang.: *Short-term Psychodynamic Psychotherapy*)

TLPD – trójkycliczne leki przeciwdepresyjne

TNF – czynnik martwicy guza (ang.: *tumor necrosis factor*)

TRH – tyreoliberyna (ang.: *thyrotropin-releasing hormone*)

TSH – tyreotropina (ang.: *thyroid-stimulating hormone*)

Wstęp

Tematyka poruszana w niniejszej pracy dotyczy objawów zaburzeń depresyjnych w populacji wieku rozwojowego – ich zróżnicowania, nasilenia, rozpowszechnienia oraz czynników ryzyka. Z racji szerokiego zakresu pojęciowego samych zaburzeń depresyjnych, jak i względnej złożoności definicyjnej wieku rozwojowego, analiza poszczególnych aspektów tematu pracy wymaga doprecyzowania przedmiotowego.

Pod określeniem wieku rozwojowego rozumie się czas życia od jego początku do ukształtowania się osobnika dorosłego w znaczeniu biologicznym, psychologicznym i społecznym. Grupą poddaną badaniu i przedstawioną w pracy jest populacja dzieci i młodzieży uczęszczającej do szkół podstawowych, z wyłączeniem klasy I. Oznacza to, że badanie i praca naukowa dotyczy przede wszystkim osób w wieku około 7-14 lat. Jest to zatem wyodrębniona część – jedynie środkowy wycinek czasowy wieku określanego jako rozwojowy. Tym niemniej, sam zakres wiekowy populacji uczącej się w klasach II-VIII szkół podstawowych już sam w sobie jest związany ze znacznym jakościowym zróżnicowaniem stopnia dojrzałości dzieci w poszczególnych latach. Otóż dziecko rozpoczyna naukę szkolną będąc w okresie rozwoju definiowanym jako okres późnego dzieciństwa (młodszy wiek szkolny), zaś kończy szkołę podstawową przeżywając okres dorastania (adolescencji). Już sama ta przemiana związana jest ze znaczącym przełomem – swoistym momentem krytycznym w życiu człowieka. Jakość i dynamika procesów poznawczych, przeżywania emocji, aktywności psychoruchowej i kontrolowania sfery popędowej przez dziecko kończące VIII klasę szkoły podstawowej są zgoła odmienne od procesów psychicznych dziecka 7-8-letniego. Różnicowanie się części strukturalnych i procesów funkcjonalnych organizmu człowieka zachodzi w tym czasie z dużą intensywnością, zarazem zaś nie w pełni równomiernie. Dzieci w różnych przedziałach wiekowych przed okresem szkolnym nie różnią się od siebie w kontekście funkcji psychicznych w tak znacznym stopniu, w jakim różnica taka dzieli osoby przed rozpoczęciem okresu dojrzewania od osób przeżywających jego kulminację w połowie nastoletniości. Z kolei dorastająca młodzież szkół średnich jest już w znacznej mierze

podobna pod wieloma względami do osób dorosłych. Przedział wiekowy docelowej grupy populacyjnej objętej niniejszym badaniem wydaje się zatem koncentrować wokół przełomowego dla człowieka momentu, jakim jest wejście w okres dorastania. Jest to jeden z tych etapów w życiu, kiedy pojawianie się i odkrywanie nieznanych dotychczas właściwości psychofizycznych może pociągać za sobą lub współwystępować z zaburzeniami homeostazy ustroju, zwłaszcza w sferze psychiki, nierozzerwalnie i w sposób definitywny związanej z cielesnością.

Zmiana w organizacji systemu edukacji w Polsce, polegająca na likwidacji gimnazjów i powrocie do ośmioletniej szkoły podstawowej, sprawiła, że dzieci i młodzież dorastająca zostały zgrupowane w tej samej jednostce instytucjonalnej, jaką jest tzw. podstawówka. Obserwacja i badanie populacji uczniowskiej szkół podstawowych daje wgląd w mozaikowo zróżnicowany przedział wiekowy, w którym młodzi ludzie żyjąc obok siebie doświadczają konfrontacji z pierwszymi wymaganiami społecznymi oraz własną wewnętrzną różnorodnością, dotyczącą zarówno siebie samych, jak i grup, w których egzystują. W odróżnieniu od szkół podstawowych, charakterystyczne dla szkół ponadpodstawowych sprofilowanie populacji uczniowskiej pod kątem dalszego toru kształcenia (teoretyczny/praktyczny, ogólny/specjalistyczny), stanowi podłoże swoistej specyfikacji grup młodzieży uczęszczającej do liceów, techników czy szkół branżowych. Uczestnictwo w społeczności konkretnej szkoły ponadpodstawowej ma duży wpływ na formowanie usposobienia młodego człowieka, zarówno w sensie pozytywnym, jak i negatywnym. Odmienność merytoryczna i organizacyjna kształcenia w poszczególnych szkołach średnich generuje zróżnicowanie stanowiące o odmiennym profilu populacyjnym uczniów tychże szkół. Takiego stopnia zróżnicowania nie obserwuje się natomiast na etapie szkół podstawowych, które z założenia i zasady nie prowadzą kształcenia w sposób sprofilowany. Stąd wynika, że dzieci i młodzież w przedziale wiekowym do 15. roku życia, stanowią przekrojowe odzwierciedlenie populacji ogólnej w większym stopniu aniżeli młodzież konkretnych szkół średnich. Badanie populacyjne opierające się na pomiarach czy charakterystyce danej cechy lub zespołu cech w grupach uczniowskich szkół podstawowych ma zatem tym większą wartość potencjalnie uogólniającą, gdyż dotyczy przekroju względnie normatywnej populacji ogólnej na pewnym etapie wiekowym. Dodatkowym czynnikiem wartościującym obserwację uczniów podstawówek jest fakt, że osoby w tym okresie

wiekowym nie mają jeszcze utrwalonych cech osobowościowych. Dzięki temu, człowiek mający mniej niż 15 lat ma dużo większy potencjał zmienności psychologicznej niż w okresie późnej nastoletniości. Sprawia to, że w przypadku dzieci i młodzieży szkół podstawowych ma się do czynienia ze stosunkowo mniejszym stopniem indywidualnego usztywnienia czy mentalnego zmanierowania niż u starszej młodzieży i osób dorosłych. Rzecz jasna, pewien problem w przeprowadzeniu analiz populacyjnych wymagających bezpośredniego badania podmiotowego (np. z użyciem ankiet lub wywiadu) dotyczyć może ograniczonych zdolności poznawczych i intelektualnych, co w sposób szczególny odnosi się do dzieci i młodzieży uczęszczającej do specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych, podobnie jak przedszkoli czy zerówek. Poza tym, poddając analizie określone zjawiska obserwowane u dziecka czy nastolatka należy przez cały czas mieć na uwadze odpowiedź na pytanie, czy w konkretnym przypadku stanowią one objaw zaburzenia czy też są wyrazem specyficznych trudności dorastania, a może w jakimś stopniu dotyczą obu tych kwestii jednocześnie. Zarówno niepełnosprawność psychofizyczna w ogóle, jak i ograniczenia związane z wczesnym etapem rozwoju nie czynią badań tego rodzaju bynajmniej niemożliwymi do przeprowadzenia, jednak zdają się zwiększać stopień ich złożoności organizacyjnej.

W rzetelnie prowadzonym badaniu występowania i zróżnicowania objawów zaburzeń psychicznych pomocne, a często nieodzowne okazuje się nawiązanie kontaktu z konkretną osobą w możliwie bezpośredniej formie i szerokim zakresie. Użyteczny jest zarówno wgląd w treści uzyskane na podstawie takiego kontaktu, jak i uzupełnienie ich poprzez wywiad środowiskowy z bliskimi takiej osoby. W badaniu populacyjnym najbardziej miarodajne jest użycie tego samego, wystandaryzowanego narzędzia diagnostycznego, którym w przypadku oceny ewentualnych zaburzeń psychicznych mogą być ankiety.

Zaburzenia depresyjne jako takie, charakteryzując się złożoną symptomatologią i przebiegiem, jak również zróżnicowanym tłem etiologicznym i epidemiologią, ciągle nie do końca poznanym, skomplikowanym patomechanizmem i różną odpowiedzią na leczenie, tak farmakologiczne, jak i inne jego formy, od lat stanowią przedmiot badań. Badania takie dotyczą różnych aspektów. Zdecydowana ich większość koncentruje się na populacji osób pełnoletnich. Ma to swoje uzasadnienie, choćby dlatego, że depresja

w ogóle jest rozpoznawana i leczona przede wszystkim u osób dorosłych. Z reguły, to osoby dorosłe, mając ukształtowaną strukturę osobowości, stają się pacjentami, których diagnozowanie psychiatryczne napotyka stosunkowo mniej wątpliwości niż ma to miejsce w przypadku dzieci i młodzieży. Osoby dorosłe, mając większy zasób i bardziej dostosowany zakres sposobów komunikacji międzyludzkiej, jak też lepiej rozwinięte procesy poznawcze, wyraźniej dostrzegają istotę problemu oraz potrafią lepiej werbalizować swoje stany i przeżycia. Dynamika ich zaburzeń nie podlega dodatkowym zmianom związanym z procesami rozwojowymi, jakie dotyczą dzieci i młodzieży. Stąd przebieg zaburzeń depresyjnych w populacji dorosłych wydaje się być lepiej rozumiany i bardziej przewidywalny niż w przypadku osób młodszych.

Przyjmując, że cechy zaburzeń z grupy chorób afektywnych (w tym depresji) są znane od wieków, należy podkreślić, że wyodrębnienie, usystematyzowanie i sklasyfikowanie ich jako objawów i chorób, a w dalszej kolejności ich obserwacja, opisywanie i badanie metodami naukowymi, w końcu zaś opracowanie ich konwencjonalnej terapii, to osiągnięcia przede wszystkim ostatnich kilku dziesięcioleci. Zwrócenie uwagi na fakt, że przeżywanie negatywnych emocji, obniżenie nastroju, osłabienie aktywności i różne tego konsekwencje, choć mogą dotyczyć praktycznie każdego człowieka, w pewnych sytuacjach zdają się przekraczać swoim nasileniem swoisty punkt krytyczny, już samo w sobie było pewnym przełomem. Zakwalifikowanie zaburzeń depresyjnych jako grupy chorób spowodowało, że zaczęto na nie patrzeć przede wszystkim jako na problem kliniczny. Tym samym, potrzeba lepszego poznania ich istoty sprawiła, że stały się one przedmiotem badań naukowych.

Z klinicznego punktu widzenia, obserwacja i ocena nasilenia objawów zaburzeń depresyjnych ma na celu przede wszystkim doprowadzenie do postawienia i/lub weryfikacji rozpoznania, a w dalszej kolejności poprawienia samopoczucia i jakości funkcjonowania pacjenta poprzez odpowiednio dobrane leczenie. Diagnostyka zaburzeń psychicznych w populacji dzieci i młodzieży w ogóle, zasadniczo opiera się nie tylko na wywiadzie indywidualnym i obserwacji dotyczącej samego pacjenta, ale również na możliwie wyczerpującym wywiadzie środowiskowym, polegającym na zebraniu istotnych informacji od osób mających z nim styczność. Niezmiennie użyteczne w tym procesie jest podejście wielostronne, to znaczy przeprowadzenie odpowiednich rozmów czy badań ankietowych z udziałem uczestników społeczności domowych (rodzice,

opiekunowie, bliska rodzina), jak i szkolnych (wychowawcy, nauczyciele, psycholog szkolny), ewentualnie rówieśniczych (rodzeństwo, koledzy). Pamiętać należy o tym, że zaburzenia depresyjne wieku rozwojowego mają swoją specyfikę. Istnieją pewne cechy charakterystyczne, dotyczące choćby maskowania somatycznego czy dominacji poszczególnych symptomów, które w statystycznym ujęciu ogólnym odróżniają depresyjność dzieci i młodzieży od depresyjności dorosłych. W przypadku dzieci i młodzieży, tego typu dolegliwości natury psychicznej częściej niż u osób pełnoletnich są trudne do stwierdzenia, nie tylko przez osoby bezpośrednio nimi dotknięte, ale także przez otoczenie. Dziecko cierpiące bardzo często nie uświadamia sobie własnego cierpienia i nie jest zdolne postrzegać go jako problem, który można rozwiązać. Nie zapytane wprost, bardzo często po prostu milczy, gdyż jego ograniczona wyobraźnia, niewielkie doświadczenie i niewystarczające możliwości werbalne, nie pozwalają mu nabrać dystansu i traktować swoich dolegliwości w sposób przedmiotowy. Taki stan rzeczy sprawia, że optymalną formą postępowania mającego na celu rozpoznawanie i przeciwdziałanie skutkom zaburzeń depresyjnych, jest wychodzenie do dzieci i młodzieży w sposób aktywny, systematyczny, bezpośredni, ustrukturyzowany, dostosowany i zindywidualizowany.

Poza badaniem samych pacjentów pod kątem występowania określonych objawów zaburzeń, obserwacja depresji jako takiej dotyczy także analitycznego podejścia do istoty choroby i jej kontekstu sensu stricto. Badania naukowe nad zaburzeniami afektywnymi przebiegającymi z obniżonym nastrojem, silnymi negatywnymi emocjami, spadkiem aktywności i innymi objawami towarzyszącymi, prowadzone są zarówno przez lekarzy, psychologów, jak i socjologów. Dotyczą one przede wszystkim etiopatogenezy, przebiegu klinicznego, efektów terapii, jak i skutków społecznych choroby.

Idea projektu badawczego, którego realizacja stanowi fundament praktyczny niniejszej pracy, powstała jako próba znalezienia odpowiedzi na pytanie dotyczące występowania, rozpowszechnienia i nasilenia, jak też pośrednio domniemanych przyczyn i spodziewanych skutków zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży szkolnej uczęszczającej do szkół podstawowych.

Bezpośrednim powodem objęcia badaniem tej konkretnej grupy populacyjnej, są subiektywne obserwacje autora jako lekarza, specjalisty pediatrii, aktywnego zawodowo od 2012 roku w lecznictwie szpitalnym (oddział ogólnopediatryczny) i ambulatoryjnym (podstawowa opieka zdrowotna) – obejmujące spostrzeżenia wzrostu ilości pacjentów i nasilania się występujących u nich objawów o konotacjach psychosomatycznych, wśród których dominującymi elementami zdają się być: negatywne emocje, obniżenie nastroju, spadek aktywności, zaburzenia odżywiania, zespoły bólowe i tendencje suicydalne.

Wychodząc z założenia, że lepiej zapobiegać niż leczyć, i mając na celu przyczynienie się do redukcji problemu depresji w populacji konkretnej (badanej) i ogólnej, w możliwie bliskiej i dalszej przyszłości, poprzez lepsze poznanie istoty zaburzenia, autor niniejszym podejmuje się obszernej analizy zasygnalizowanego problemu, wychodząc do dzieci i młodzieży przekrojowej próby populacyjnej w sposób czynny, bezpośredni, kompleksowy i zindywidualizowany.

CZEŚĆ I

1. Dziecko jako jednostka biopsychospołeczna

Człowiek w okresie życia od urodzenia do osiągnięcia dorosłości, choć nie posiada pełni praw decydowania o sobie z formalnego punktu widzenia, to zgodnie ze standardami etycznymi i powszechnie przyjmowanymi normami prawnymi, jako jednostka – istota ludzka, pozostaje uczestnikiem społeczeństwa we wzajemnej z nim relacji. Konstrukcja właściwych zewnętrznych obszarów funkcjonowania, jak i wewnętrznych sfer funkcjonalnych dziecka, z samej swej istoty ma charakter tymczasowy i przystosowawczy. Osoba w wieku rozwojowym uczy się i adaptuje do panujących warunków życia, które stało się jej udziałem. Organizm dziecka, zarówno w sensie fizycznym, jak i psychicznym, znajduje się w stanie ciągle zachodzących zmian strukturalnych i czynnościowych. Efektem tego jest określona specyfika wewnętrzna i zewnętrzna, przynależna dziecku jako człowiekowi rozwijającemu się^{[1],[2]}.

Z ontologicznego punktu widzenia, człowiek jako zjawisko, może być postrzegany i rozpatrywany na co najmniej trzech podstawowych płaszczyznach: biologicznej (somatycznej), psychologicznej (mentalnej) i socjologicznej (społecznej). Bez względu na pomocnicze dostosowanie definicyjne wynikające z analitycznego sposobu podejścia poznawczego, wszystkie te sfery w odniesieniu do człowieka jako takiego przenikają się i łączą, nie funkcjonują całkowicie osobno, ale przede wszystkim we wzajemnym zestawieniu i powiązaniu, mając wzajemny znamienny wpływ na siebie i na całokształt życia ludzkiego oraz człowieczeństwa w praktycznym ujęciu holistycznym^{[1],[3]}.

Elementem ustroju o znaczeniu szczególnym dla kształtowania się człowieka jako jednostki cywilizacyjnej, jest układ nerwowy, mający w tym przypadku wyjątkowy potencjał, decydujący o rozwoju samoświadomości i samokontroli, uzależnionej od różnorodnych jakościowo i ilościowo relacji międzyludzkich, zawierających się w definicji kultury. Struktura i czynność centralnego układu nerwowego, który u człowieka osiągnął najwyższy spośród znanych i opisanych dotychczas gatunków stopień rozwoju, sprawiła, że rodzaj ludzki na drodze ewolucji zyskał epitet gatunkowy „rozumny”. Psychika jako właściwość układu nerwowego, ma tu znaczenie nie tyle czynnościowego, co w pewnym sensie humanistyczne. W jaki sposób by jej jednak nie

postrzegać, należy przyjąć, iż jej dynamiczny charakter jest wypadkową potencjału układu nerwowego człowieka oraz wpływu otoczenia, poprzez który jednostka biologiczna zyskuje środki i sposoby komunikacji oraz współżycia o właściwościach społecznych, specyficznie ludzkich^{[1],[3],[4]}.

Właściwości organizmu podlegają permanentnemu wpływowi czynników zewnętrznych, zarówno w mikro-, jak i makroskali. Rozwój każdej sfery strukturalnej i funkcjonalnej ustroju jest procesem ciągłym. O ile zjawiska elementarne pozostają w znacznym stopniu poza zasięgiem możliwości kontroli i kształtowania, o tyle warunki egzystencjalne w rozumieniu socjologicznym i środowiskowym, nie tylko wywierają wpływ na jednostkę i populację, ale same w sobie, będąc w ogromnej mierze wytworem człowieka i zbiorowości ludzkiej, współwystępują z nimi w układzie wzajemnych zależności i jako takie mogą być modyfikowane^{[1],[3]}.

Czynniki oddziałujące na organizm mogą wywoływać w nim różne skutki, zarówno pożądane, jak i niepożądane. O ile pożądane efekty z samej definicji traktuje się jako korzystne dla życia organizmu, o tyle niepożądane są tymi, co do których natura ludzka jest zaprogramowana awersyjnie z racji ich pośrednich lub bezpośrednich konsekwencji negatywnych: uwsteczniających i/lub destruktywnych. Dlatego uważa się, że maksymalizowanie skutków pożądanych i minimalizowanie niepożądanych jest zasadą kształtowania warunków życia człowieka^[1].

Perspektywa medyczna, koncentrując się przede wszystkim na somatycznej i psychicznej sferze ludzkiego organizmu, opiera się na rozpoznawaniu zaburzeń jego funkcjonowania, leczeniu – mającym na celu ich eliminację, jak i profilaktyce, czyli zapobieganiu ich pojawianiu się. Z racji trwałego umocowania człowieka jako jednostki w środowisku, udział w jego kształtowaniu przypada również medycynie^{[1],[4]}.

Naturalną konsekwencją pozostawiania człowieka w centrum zainteresowania medycyny, jest podkreślanie wagi kontekstu i uwarunkowań jego egzystencji jako tych, które mają fundamentalny, a zarazem podlegający potencjalnym modyfikacjom wpływ na długość i jakość jego życia. W tym aspekcie, tak samo czysto biologiczna natura, jak i wtórne do niej psychologiczne właściwości ludzkiego organizmu, lokują się w istocie pojęcia pacjenta, czyli jednostki pozostającej w podmiotowo-przedmiotowej interakcji z medycyną. Ideą przyświecającą zawodom medycznym jest ochrona życia, rozumiana jako przeciwdziałanie chorobom, cierpieniu i śmierci. Dziecko, które będąc

człowiekiem, ewoluuje od istoty czysto biologicznej, nabywając złożonych funkcji psychicznych oraz odruchów społecznych, w kierunku osobnika dojrzałego biopsychospołecznie, z racji swego usposobienia i ograniczonych możliwości funkcjonowania, winno podlegać szczególnej ochronie, poczynając od bezpośredniej i zindywidualizowanej, aż po zbiorową i globalną^[1]. Dbając o dobrostan dziecka, winno się mieć na uwadze nie tylko stan jego zdrowia psychosomatycznego, ale również warunki, w jakich ono egzystuje. Jakość wpływu środowiska życia na dziecko można sobie uzmysłwić biorąc pod uwagę globalne różnice dotyczące głównych problemów zdrowotnych w krajach rozwiniętych i rozwijających się (tab. 1.1).

Tabela 1.1: Główne globalne problemy zdrowotne dzieci i młodzieży ^[1]	
Kraje rozwinięte	Kraje rozwijające się
- wypadki i urazy - zaburzenia psychiczne (w tym głównie zachowania i emocji) - zaburzenia rozwojowe (w tym neurorozwojowe) - powikłania niewłaściwej diety i niedoboru aktywności fizycznej (w tym np.: otyłość, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze) - ciężkie choroby przewlekłe i wady wrodzone (uprzednio śmiertelne) - infekcje (głównie u dzieci młodszych) - używanie środków psychoaktywnych - problemy związane z dysfunkcją rodziny i niewłaściwymi warunkami mieszkaniowymi - problemy związane z nierównym dostępem do ochrony zdrowia i edukacji	- zakażenia (w tym głównie układu oddechowego, układu pokarmowego, AIDS [ang.: <i>acquired immunodeficiency syndrome</i>; zespół nabytego niedoboru odporności], gruźlica) - niedożywienie i skutki wtórne niedoborów żywieniowych - inne problemy związane z niewłaściwą higieną, edukacją zdrowotną oraz dostępem do jednostek ochrony zdrowia - zaburzenia wrodzone - niedobór opieki położniczej i kontroli urodzeń - skutki narażenia na przemoc (w tym wojenną), niewłaściwe warunki mieszkaniowe oraz ubóstwo

Różnice te mają swoje źródło przede wszystkim w aspektach społecznych, kulturowych i ekonomicznych^[1].

Zakres i proporcje znaczenia oddziaływania poszczególnych czynników na konkretnie dziecko zmieniają się także wraz z jego wiekiem. Od początku życia dziecka, zasadniczy wpływ na jego zdrowie i rozwój ma jego własny genom, jakość życia wewnątrzmacicznego, porodu oraz opieki perinatalnej itp. Z czasem również same choroby, wady wrodzone i urazy doznane w ciągu życia, jak i inne psychofizyczne cechy indywidualne kształtują dalszy tor jego rozwoju. Im młodsze jest dziecko, tym większy wpływ na nie ma jego bezpośrednie otoczenie, tj.: struktura rodziny, opieka rodzicielska czy warunki mieszkaniowe. Dzieci kilkuletnie odbierają i przetwarzają komunikaty oraz wzorce zachowań również od dalszych krewnych, wychowawców czy rówieśników. Dojrzewające nastolatki mają szerszą perspektywę odbioru społecznych wpływów zewnętrznych – rozumieją informacje przekazywane przez media, często kształtują swoje poglądy i zachowania pod wpływem mody i opinii publicznej^{[2],[4]}.

Społeczeństwo wywiera na dorastającego człowieka wpływ wieloraki i wielopłaszczyznowy, począwszy od rodziny i warunków domowych, poprzez społeczność lokalną, na uwarunkowaniach krajowych i międzynarodowych kończąc. Z reguły, bezpośrednie otoczenie człowieka jest budowane z pewną dawką autonomii względem reszty populacji, jednak pozostaje ono pod silnym wpływem ogólnych tendencji panujących w społeczeństwie. Dziecko, które ma dobre warunki bytowe, jest prawidłowo odżywione i zabezpieczone pod względem medycznym, wychowawczym oraz edukacyjnym, zasadniczo rozwija się lepiej niż dziecko pozbawione tych czynników. Zapewnienie dziecku bezpieczeństwa oraz możliwości realizowania potrzeb ma pozytywny wpływ na jego rozwój i stan zdrowia. Powyższe kwestie są w sposób zasadniczy powiązane ze statusem socjoekonomicznym poszczególnych osób i ich grup. Im niższy status socjoekonomiczny – zarówno rodziny, jak i większych społeczności czy całego społeczeństwa – tym gorsze warunki, ogólny rozwój i stan zdrowotny dzieci. Z kolei, poziom wykształcenia i świadomość społeczna rodziców/opiekunów dzieci wykazuje dodatnią korelację z pozytywnymi cechami ilościowo-jakościowymi ich życia. W związku z powyższym, czynniki systemowe, takie jak polityka społeczna lokalnego, krajowego i globalnego, gospodarka, rynek pracy, świadczenia socjalne, edukacja i nauka, rodzaj i dostępność informacji w środkach masowego przekazu, również nie pozostają bez wpływu na społeczno-środowiskowe warunki funkcjonowania, zdrowie i rozwój młodego pokolenia^{[1],[3]}.

Z myślą o dorastających uczestnikach ludzkiej populacji – dzieciach, które z powodu ograniczonych możliwości egzystencjalnych nie są w stanie w pełni samodzielnie, świadomie, dobrowolnie i konsekwentnie decydować i kształtować własnego życia oraz warunków panujących na świecie, tym niemniej były, są i będą członkami społeczeństw, ustalono szereg reguł, praw i zaleceń krajowych oraz międzynarodowych, mających zapewnić im podstawową ochronę oraz umożliwić zdrowy i efektywny rozwój w rozumieniu uniwersalnym i ponadczasowym. Odnosnym dokumentem o znaczeniu globalnym jest „Konwencja o Prawach Dziecka”. Jest to ponadnarodowa umowa przyjęta w formie konwencji przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1989 r., ratyfikowana w 196 krajach świata, obowiązująca we wszystkich państwach, za wyjątkiem Stanów Zjednoczonych. Organem nadzorującym jej realizację jest Komitet Praw Dziecka. W tabeli 1.2 zamieszczono podsumowanie Praw Dziecka, które zostały zawarte w „Konwencji o Prawach Dziecka”^[1].

Tabela 1.2: *Podstawowe Prawa Dziecka według Konwencji Narodów Zjednoczonych (1989)*^[1]

1. Prawo do życia i zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych (w tym jedzenia, schronienia, wypoczynku i ochrony zdrowia)
2. Prawo do rozwoju i samostanowienia (w tym edukacji, zabawy, dostępu do informacji, wolności myśli, sumienia, wyznania i tożsamości)
3. Prawo do obrony (przed wszelkimi formami przemocy i wykorzystywania) i ochrony życia prywatnego (w tym rodzinnego i domowego)
4. Prawo do życia społecznego (w tym do wychowania w rodzinie, kontaktu z rodzicami, aktywnego uczestnictwa w grupach i całym społeczeństwie)

Jednostka ludzka, jaką jest dziecko, stanowi istotę biologiczną, która żyje we właściwym sobie środowisku, z czasem rozwija złożone właściwości psychiczne, a w końcu staje się świadomym uczestnikiem społeczności i społeczeństwa. Dziecko pozostaje pod stałym wpływem tak środowiska naturalnego, jak i zindustrializowanej populacji ludzkiej. Jednocześnie samo w sobie, jak i w zbiorowości, którą stanowi – jako istotny i regularny uczestnik ciągle aktualizującej się rzeczywistości – wywiera wpływ na ich kształtowanie. Jest tym, na którego definicji opiera się sens budowania

przyszłości. W związku z powyższym, tak ważne jest, by zawsze mieć na uwadze uniwersalną i ponadczasową wartość dziecka, jego prawidłowego rozwoju i ogólnego dobrostanu, gdyż to od niego zależy dalszy rozwój i dobrostan ludzkości oraz człowieczeństwa w ogóle^{[1],[3]}.

2. Rozwój psychiczny dzieci i młodzieży

Okres wieku rozwojowego jest czasem bardzo dynamicznie zachodzących przemian fizjologicznych kształtujących poszczególne struktury i funkcje. Dotyczy to w szczególności sposobu układu nerwowego. Zmiany w jego obrębie, będąc naturalną konsekwencją i wykładnikiem życia człowieka w sensie biologicznym, stanowią podłoże rozwoju psychicznego dziecka, rozumianego jako szereg następujących po sobie zmian jego właściwości, mających wpływ na osobnicze ustosunkowanie się do rzeczywistości i zmienność potencjału behawioralnego. Podział wieku rozwojowego na kolejne fazy stanowi wyraz nie tylko zmian struktury i funkcji biologicznych organizmu, ale również zachodzącego równolegle z nimi jego rozwoju psychicznego i społecznego.

Na przestrzeni życia dziecka przemiany są efektem rozwoju, a zarazem stanowią punkt wyjścia do dalszych etapów rozwojowych. Postęp rozwoju dziecka nie odbywa się jednak w sposób liniowy. Przyjmuje się charakteryzować go jako stadialny (fazowy). Z fazowością przebiegu rozwoju związane są sinusoidalnie następujące po sobie okresy równowagi i nierównowagi^{[2],[4]}. Ze zjawiskami powstawania nierównowagi oraz powrotu do równowagi wiążą się procesy asymilacji i akomodacji, będące niejako narzędziami do integrowania właściwości psychicznych zdobytych w etapach wcześniejszych z tymi funkcjami, które są efektem nowych interakcji z rzeczywistością. Asymilacja, definiowana psychologicznie, jest to rozbudowywanie posiadanego schematu poznawczego o nowe cechy. Akomodacja jest to dostosowywanie posiadanego schematu poznawczego do nowych warunków sytuacyjnych^{[2],[4]}.

Erikson przyjął koncepcję rozwoju dziecka jako procesu podzielonego na fazy, w czasie których jednostka ma do wykonania określone zadania rozwojowe^[3]. Sposób ich wykonania pozwala na przejście do kolejnej fazy, zarazem definiując kierunek i dalszy przebieg zmian.

Model cykliczno-fazowy przyjmuje, że każda z faz rozwoju charakteryzuje się dynamiką wewnętrzną, polegającą na przemiennie występujących tendencjach do stabilizacji i zmienności. Przejście do wyższej fazy rozwojowej uzależnione jest od

cyklu: progres-plateau-regres-kryzys. Prawidłowy rozwój opiera się na pozytywnym przejściu takiego cyklu w ramach kolejnych faz.

Tempo przemian na wczesnych etapach rozwoju zależy przede wszystkim od możliwości ograniczanych uwarunkowanymi genetycznie i morfologicznie właściwościami organizmu. Z biegiem czasu, późniejsze etapy rozwojowe pozostają pod większym wpływem indywidualnych możliwości motywacyjnych samodzielnego kształtowania rozwoju. Przyjmując za perspektywę udział czynnika samodzielności we wpływaniu na własny rozwój psychiczny, można stwierdzić, że im dziecko jest starsze, tym w jego rozwoju psychicznym mniejsze jest znaczenie biernego, a większe czynnego uczestniczenia w tym procesie.

Trempała i wsp. podają następujące fazy rozwoju psychicznego w wieku rozwojowym^[4]:

- 1 – okres noworodkowy i niemowlęcy (0 – 1 r.ż.),
- 2 – okres ponimowlęcy (1 – 3 r.ż.),
- 3 – okres średniego dzieciństwa (3 – 6 r.ż.),
- 4 – okres późnego dzieciństwa (6 – 10/11 r.ż.),
- 5 – okres adolescencji (10/11 – 21 r.ż.).

Rozwój w samodzielnym życiu poprzedzony jest okresem prenatalnym, którego jakość przebiegu nie pozostaje bez wpływu na zmiany psychiczne zachodzące u człowieka.

2.1 Okres prenatalny

Pewne cechy charakteryzujące stan, a tym samym rozwój psychiczny można dostrzegać już u płodu, którego aktywność stanowi odzwierciedlenie reagowania na zmiany profilu biochemicznego, kształtowanego formą homeostatyczną ciąży. Występowanie stanów różnicujących przyjemność z nieprzyjemnością ma miejsce już w życiu prenatalnym. W związku z tym, początku rozwoju psychicznego człowieka część badaczy dopatruje się w okresie płodowym, a szczególnie w III trymestrze ciąży. Zauważyć należy jednocześnie, że już płód 15-tygodniowy jest zdolny do wykonywania konkretnych ruchów (np.: ssanie kciuka, obroty). Rozwój zmysłów pozwala na reagowanie na poszczególne bodźce. Dbłość o dobrostan wzrastającego układu nerwowego ma fundamentalne znaczenie dla jego struktury i funkcji. Stanowi to

potwierdzenie faktu dotyczącego wpływu jakości życia ciężarnej na zdrowie psychiczne dziecka. Dowiedziono, że przedostający się przez łożysko kortyzol, będący hormonem stresu, ma negatywny wpływ m.in. na podwzgórze, hipokamp i układ odpornościowy, co skutkuje większą podatnością dziecka na stres i choroby. Nie do pominięcia w tym kontekście jest znaczenie stanu odżywienia, ewentualnych chorób matki, jak również stosowanych leków i toksyn przedostających się do płodu^[5].

Konsekwencją założenia, że okres prenatalny to początek rozwoju psychicznego, jest traktowanie momentu narodzin nie jako początku, ale jako przełomu, momentu „przejścia” w życiu psychicznym organizmu. Stąd tak ważne dla inicjacji i dobrostanu psychicznego człowieka okazuje się skoncentrowanie na zapewnieniu optymalnych warunków porodu i opieki perinatalnej^{[2],[5]}.

2.2 Okres noworodkowy i niemowlęcy

Początek życia postnatalnego to konfrontacja noworodka z ogromem bodźców świata zewnętrznego. Zmiana środowiska z wewnątrzmacicznego na pozamaciczne wiąże się ze swego rodzaju szokiem. Czynniki i bodźce pochodzące ze świata zewnętrznego, zwłaszcza te, które powodują uczucie nieprzyjemności, niejako zmuszają organizm do uruchamiania mechanizmów obronnych lub przystosowawczych. Wrodzone odruchy bezwarunkowe pełnią rolę wspomagającą dostosowanie się i przetrwanie w nowym otoczeniu, stanowią pierwszą linię obrony młodego organizmu przed czynnikami potencjalnie uszkadzającymi. O ile w pierwszych miesiącach życia adaptowanie się dziecka do otoczenia przejawia się głównie w reakcjach fizjologicznych, o tyle zmiany zachowania czy stanu ogólnego dziecka przemawiają również za zachodzącymi u niego w pewnym podstawowym zakresie procesami psychicznymi^{[2],[6]}.

Noworodek i/lub młode niemowlę odbiera bodźce, które kształtują pierwsze wrażenia zmysłowe. Część z nich (hałas, zimno, ból) w sposób naturalny, adekwatnie do konstrukcji dróg nerwowych i powiązań pomiędzy poszczególnymi ośrodkami w prawidłowo rozwijającym się mózgu, jest związana z reakcją unikania, która przejawia się w niepokoju, pobudzeniu ruchowym czy głośnym płaczu. Zdolność zapamiętywania, początkowo informacji prostych, a następnie coraz bardziej złożonych, w połączeniu ze

zdolnością do wykonywania ruchów, początkowo zupełnie spontanicznych, a w dalszym rozwoju coraz bardziej swoistych i świadomych, jest podłożem powtarzania i uczenia się. Opanowanie pierwszych, podstawowych czynności nawykowych, mające miejsce około 4-5. miesiąca życia, pozwala wykorzystywać przez niemowlę własne możliwości eksplorowania i poznawania otoczenia. W drugim półroczu życia, dziecko zaczyna integrować poszczególne aktywności w kierunku osiągnięcia zamierzonego celu^{[2],[4]}.

Poza swoistymi procesami poznawczymi, aktywnością ruchową i reakcjami unikania w stosunku do czynników nieprzyjemnych, niemowlęta już po kilku tygodniach życia demonstrują pozytywne reakcje związane ze sferą emocjonalną. Przykładem takiej reakcji jest uśmiech nawiązujący kontakt, który można zaobserwować u dziecka już w 2. miesiącu życia. Dziecko odpowiada uśmiechem na uśmiech i aż do około 8. miesiąca życia nie różnicuje w tym aspekcie osób bliskich od obcych. Inną manifestacją zadowolenia są wokalizacje. Pierwsze pojawiają się w 2. miesiącu życia i określane są jako głuźnienie. Z kolei, od około 3. miesiąca życia można zauważyć u dziecka wyraźne demonstracje negatywnych stanów emocjonalnych powiązanych z rozwijającymi się intensywnie procesami poznawczymi. Powodowane są one różnego rodzaju trudnościami, jak np.: skrępowanie, utrata przedmiotu, uniemożliwienie wykonywania lubianych czynności^[2]. W przebiegu negatywnych reakcji dziecko płacze, krzyczy i/lub odwraca głowę od źródła negatywnego bodźca. Starsze niemowlę reaguje próbą ucieczki wobec nieznanego dotychczas, nowych osób, sytuacji czy zjawisk. Od początku życia pozamacicznego dziecko demonstruje awersję wobec bólu, hałasu, głodu, zimna, samotności – zwłaszcza związanej z nieobecnością najbliższej osoby w bezpośrednim otoczeniu. Opisane zachowania są w naturalny sposób kształtowane przez środowisko życia, zaś skłonność do ich demonstrowania zależna jest od ilościowego i jakościowego profilu docierających do niemowlęcia bodźców, co – wraz z odziedziczonymi predyspozycjami – stanowi podłoże różnicowania się sfery psychicznej poszczególnych dzieci, a w konsekwencji – ludzi w ogóle^{[3],[4]}.

Niemowlę doświadcza własnej interakcji z otoczeniem. Rejestruje zmiany zachodzące w otoczeniu w reakcji na jego własne zachowanie. Kształtowanie się wzajemnych zachowań i reakcji na linii dziecko-matka daje początek nawiązywaniu relacji. Podejście i stosunek matki do dziecka ma zasadnicze znaczenie dla wywoływania u

dziecka zachowań stanowiących próbę utrzymania kontaktu. Po urodzeniu, ujawnia się u dziecka mechanizm przywiązania (więzi). Zaspokojenie potrzeby kontaktu sprzyja prawidłowemu rozwojowi. Początkowo, niemowlę reaguje na głos i mimikę matki – uśmiecha się i wykonuje uogólnione ruchy całego ciała. Pod koniec pierwszego półrocza życia (4-5 m.ż.) dziecko potrafi wywoływać określone reakcje otoczenia własnym zachowaniem. W drugim półroczu życia potrafi przyciągać uwagę, wyrażać pragnienia i naśladować niektóre czynności osób z otoczenia. Właściwy kontakt z najbliższą osobą sprzyja prawidłowej regulacji stanów emocjonalnych, zachowania i procesów poznawczych u dziecka. Jest też podstawą tworzenia obrazu otaczającej rzeczywistości w umyśle dziecka^[2].

Zapoczątkowanie kontaktów społecznych z innymi ludźmi, postrzeganymi jako „inni niż ja”, poprzedzone jest rozróżnieniem na „ja” i „nie-ja”, co ma miejsce około 6. miesiąca życia. Taki podział rzeczywistości ułatwia niemowlęciu akceptację utraty, która do momentu nabrania dystansu do otoczenia jest przeżywana przez nie jako swoista utrata części samego siebie, czego wynikiem jest nasilony niepokój, płacz i krzyk dziecka w reakcji na odebranie mu trzymanego w ręku przedmiotu lub zniknięcie bliskiej osoby z pola widzenia. Pod koniec okresu niemowlęcego, dziecko rozróżnia nie tylko siebie i inne osoby, ale również osoby bliskie od tych, których nie zna. Rozróżnia ponadto cele i środki, co pozwala mu postępować adekwatnie do określonej motywacji. Obserwacja i uczenie się cech otoczenia prowadzi stopniowo do poczucia stałości przedmiotu, czyli świadomości, że mimo iż danego przedmiotu nie ma „tutaj”, w zasięgu wzroku, to on ciągle istnieje.

Prawidłowo rozwijające się psychicznie roczne dziecko jest pogodne, nawiązujące kontakt, zainteresowane i pozytywnie nastawione do otoczenia^{[2],[4]}.

2.3 Okres poniemowlęcy

Od 2. roku życia dziecka, czynnikiem o kolosalnym znaczeniu dla jego rozwoju psychicznego staje się nabywana i udoskonalana stopniowo umiejętność chodzenia oraz koordynacja ruchowa. Postępuje automatyzacja ruchów, rozwija się pamięć i umiejętność skupiania uwagi^{[4],[6]}.

Dynamika procesu myślowego dziecka zależna jest od dynamiki eksplorowania i poznawania otoczenia. Dzięki eksperymentowaniu z otaczającymi przedmiotami, dziecko stopniowo uczy się przewidywać stosunkowo odległe konsekwencje podejmowanych czynności, w tym wynikające z nich zagrożenie^[2]. Myślenie jako aktywność umysłu jest usprawniana przez monologizowanie, czyli komentowanie przez dziecko wykonywanych czynności lub zamiarów. Codzienna konfrontacja z rzeczywistością stymuluje powstawanie w dziecięcej świadomości własnego obrazu świata. Równocześnie u dziecka rozwija się zdolność mowy^{[2],[4],[6]}.

W okresie poniemowlęcym, dziecko intensywnie się usamodzielnia. Umiejętność przemieszczania się pozwala mu eksplorować otoczenie zgodnie z własną wolą. Działania umotywowane osobistymi celami pozwalają małemu dziecku zwiększać stopień niezależności. Wraz z potrzebą realizowania celów, umiejętnością ich osiągnięcia i wzrastającym poczuciem indywidualności, dziecko coraz bardziej stawia na własną samodzielność, zaś próby osób z otoczenia, mające uniemożliwić mu osiągnięcie celów, spotykają się z coraz silniejszym oporem i przekorą. Osiąganie wyznaczonych celów i pozytywne reakcje z tym związane utrwalają w przeżyciach dziecka poczucie sukcesu, co dodatkowo wzmacnia motywującą wartość założonych celów^[2].

Reakcje emocjonalne są w tym okresie dość gwałtowne i mogą ulegać szybkim zmianom. Dyskomfort fizyczny lub niezaspokojenie potrzeb może skutkować smutkiem, złością i gniewem. Jednocześnie, postępuje różnicowanie stanów emocjonalnych. Dzieci zaczynają być zdolne do miłości czy współczucia, ale również niechęci i zazdrości. Osoby z otoczenia dziecka reagują na jego emocje, co sprawia, że dziecko nabywa umiejętności kierowania swoimi emocjami. Niektóre emocje dziecka bywają wzmacniane przez określone reakcje otoczenia. W ten sposób pojawia się zjawisko obarczenia przez dziecko jednego rodzaju emocji przez inne. Oznacza to, że dziecko powodowane chęcią uniknięcia określonej reakcji otoczenia na swoje zachowanie, zaczyna unikać takiego zachowania, a w dalszej kolejności emocji kojarzących się z tym zachowaniem. Poza stosunkowo silnymi i gwałtownymi reakcjami na czynniki zewnętrzne, dziecko w okresie poniemowlęcym może przeżywać określone stany przez coraz dłuższy czas^{[2],[4]}.

Wraz z rozwojem umiejętności „zdobywania” nowych obszarów otoczenia, umiające poruszać się dziecko przemieszcza się od znanych sobie miejsc w kierunku nowych.

Tym samym, oddala się od obiektów kojarzących się z bezpieczeństwem (osoba matki) i odnajduje się w nowym i nieznanym miejscu, często bez osoby bliskiej w bezpośrednim otoczeniu. Sytuacja taka wywołuje u niego poczucie osamotnienia i lęk. Wówczas, podejmuje próbę powrotu do matki, przy czym często alarmuje otoczenie poprzez głośną i gwałtowną reakcję emocjonalną (płacz i krzyk). Zjawisko to związane jest z tzw. fazą powtórnego zbliżenia, czyli uwarunkowaną próbą odzyskania poczucia bezpieczeństwa tendencją do integracji z najbliższą osobą^[6].

W dalszym rozwoju dochodzi u dziecka do ustabilizowania pojęcia obiektu (faza stałości obiektu). Nawet, gdy nie ma osoby bliskiej w zasięgu jego wzroku, dziecko ma jej obraz utrwalony w pamięci, dzięki czemu łatwiej przenosi zainteresowanie na inne obiekty. Inni ludzie stają się dla 2-3-letniego dziecka źródłem potwierdzenia samego siebie. Obserwując ich reakcje na swoje poczynania, staje się ono świadome swojej odrębności. Żywe elementy otoczenia (np. inne dzieci) są odróżniane od przedmiotów nieożywionych faktem przejawiania reakcji na próby naruszania ich przestrzeni. Dochodzi wówczas do tzw. „próby sił” pomiędzy dzieckiem a innymi ludźmi. W dalszych latach, stopniowo kształtuje się równowaga tych sił, podyktowana świadomością odrębności poszczególnych osób i związanym z nią zjawiskiem tolerowania obcych^{[2],[4]}.

W normalnych warunkach, dziecko 3-letnie potrafi skupić uwagę przez czas dostatecznie długi, by realizować zamierzone czynności, przewiduje konsekwencje, wyczuwa niezgodności, rozumie polecenia, posługuje się różnymi środkami dla osiągnięcia celów, potrafi naśladować i udawać osoby dorosłe, odczuwa zadowolenie, gdy osiąga cel, potrafi rysować, planować i rozumie podstawowe relacje międzyludzkie^{[2],[4]}.

2.4 Okres średniego dzieciństwa

W tym okresie, dziecko rozwija się przede wszystkim dzięki obserwacji osób starszych od siebie, połączonej z próbami naśladowania, głównie w trakcie spontanicznej aktywności, której zasadniczym elementem jest zabawa. Bogactwo możliwości rozwija u dziecka wyobraźnię. Potrafi ono dłużej skupiać uwagę na jednej czynności. Jego zachowanie w trakcie zabaw odzwierciedla sposób rozumienia

rzeczywistości. Rozwijają się u niego zdolności syntetyczno-analityczne. Potrafi w prosty sposób planować i dokonywać ocen. Jego twórczość rysunkowa jest coraz bardziej skomplikowana i zawiera więcej szczegółów^[2].

Stosunkowo szybko zmienia się forma myślenia dziecka. Po okresie myślenia sensomotorycznego następuje myślenie wyobrażeniowe – dziecko posługuje się symboliką. Towarzyszy temu coraz bardziej złożone werbalizowanie przeżyć. Jednocześnie, podejmowanie prób analiz przyczynowo-skutkowych, wiąże się z zadawaniem dużej liczby pytań. Młody człowiek nie tylko interesuje się swoim bezpośrednim otoczeniem, ale zaczyna także zadawać pytania natury egzystencjalnej, często posiadające dosyć abstrakcyjną treść. W treści myśli występuje coraz więcej szczegółów i wątków rozbudowanych. Dziecko zaczyna wyodrębniać elementy z tła, posługując się łączeniem elementów skojarzeń i jednocześnie umiejętnością dostrzegania różnic^{[2],[4]}.

Charakterystyczne dla psychologii okresu przedszkolnego jest postrzeganie siebie jako swoistego centrum świata. Odzwierciedlenie rzeczywistości związane jest z osobą własną jako tą, wokół której cały świat się koncentruje. Tym samym, dziecko nie jest zdolne do systematycznego analizowania pomysłów innych osób, podobnie jak nie skupia się na faktycznych przyczynach, tylko na funkcjach poszczególnych zjawisk. Porusza się stosunkowo płynnie pomiędzy światem rzeczywistym, a wyobrażonym, co daje efekt w postaci niedostrzegania pełni różnic pomiędzy własnymi fantazjami a zdarzeniami realnymi. Podobnie, dziecku często wydaje się, że określona cecha funkcyjna przynależy do wszystkich podobnych elementów rzeczywistości^[2].

Dziecięce emocje w tym okresie życia coraz częściej pochodzą z przeżyć wewnętrznych. Nie koncentrują się wyłącznie wokół potrzeb fizjologicznych, za to mogą wynikać z treści poddawanych analizie poznawczej, jak i towarzyszą indywidualnym oczekiwaniom społecznym. Dzieci pozostają pod silnym wpływem swoich emocji. Nie potrafią ich efektywnie kontrolować, przez co tak charakterystyczna dla tego wieku jest znaczna reaktywność i labilność emocji. U dzieci występować mogą wówczas niekontrolowane wybuchy gniewu w odpowiedzi na niezaspokojenie oczekiwań. Podobnie, stosunkowo błahe bodźce mogą wywoływać u dziecka lęk i rozpacz, połączone z płaczem i głośnym krzykiem. Analogicznie prezentuje się

pozytywna strona sfery afektu – banalne sytuacje czy proste żarty mogą wprowadzić dziecko w wielką radość i dobry humor.

Kontakty społeczne dzieci w tym okresie życia najlepiej uwidaczniają się w czasie zabawy. Początkowo, dominujący jest element egocentryczny – dzieci, nawet pozostając w grupie, bawią się samodzielnie, monologizują, koncentrują się na swoim bezpośrednim otoczeniu. Z czasem, przedsięwzięcia dzieci nabierają charakteru zespołowego i grupowego, stając się coraz bardziej złożone. Tak przebiegający proces socjalizacji pomaga dziecku uwrażliwiać się na potrzeby i uczucia innych osób, rozwija poczucie odpowiedzialności i obowiązku^{[2],[4]}.

2.5 Okres późnego dzieciństwa

Przełomem w rozwoju dziecka staje się moment rozpoczęcia nauki szkolnej. Następuje stopniowe przystosowywanie się do nowych, złożonych warunków. Tryb życia dziecka-ucznia jest podporządkowany wymaganiom formalnym, dostosowywaniu się do norm organizacyjnych i spełniania obowiązków.

W tym czasie następuje intensywny rozwój poznawczy. Dziecko uczy się kontrolować swoją uwagę, organizuje informacje w procesach pamięciowych, poszerza wiedzę o świecie, ponadto usprawnia komunikację poprzez nabywanie umiejętności czytania i pisanie. Spostrzeżenia dotyczą większej ilości szczegółów – stają się bardziej pełne i precyzyjne. Zwiększa się zasób słownictwa, rozbudowuje się umiejętność łączenia i analizowania, jak też nadawania i odbierania złożonych komunikatów werbalnych. Dziecko jest ponadto coraz bardziej sprawne manualnie, ma lepszą koordynację wzrokowo-ruchową oraz większą precyzyjność działania. Idący z tym w parze postęp zaawansowania procesów myślenia i rozumienia sprawia, że dziecko pojmuje i przyswaja coraz bardziej złożoną symbolikę, dostrzega subtelne różnice, wyczuwa pewne intencje i tendencje^[4]. Egzystowanie w obrębie grupy rówieśniczej, towarzyszący jej podział na grupy i rywalizacja, ale również postępująca umiejętność dostrzegania odmiennych punktów widzenia i wczuwania się w odczucia innych osób, stanowi podłoże rozwoju samooceny i autorefleksji^{[2],[6]}.

Myślenie dziecka cechuje się coraz większą złożonością. Dziecko analizuje i tworzy treści, wyodrębnia szczegóły, dostrzega związki logiczne, klasyfikuje przedmioty na

podstawie cech, rozumie ciągi zdarzeń i potrafi odwracać je w myślach. Stopniowo przyswajają sobie umiejętność czytania i pisanie, jak też proste działania liczbowe. Stają się zdolne do rozumowego opracowywania zdarzeń i potrafi dokonywać krytycznych ocen^[4].

Pojawienie się dziecka w środowisku szkolnym sprawia, że nawiązuje ono nowe kontakty społeczne – odmienne od tych, które zna z domu. Dostrzega różnorodność i uczy się nowych relacji, rozwijając umiejętność współdziałania w grupie. W związku z uczęszczaniem do szkoły, dzieci zyskują nowe prawa i obowiązki. Obserwuje się wśród nich tendencję do zabaw zespołowych, toczących się według określonych reguł. Ma to znaczenie w rozwijaniu umiejętności dostosowywania się do ogólnie panujących zasad społecznych, wymagań otoczenia i pojmowania intencji innych osób. Komunikacja werbalna z otoczeniem nabywa nowych, bardziej złożonych cech ilościowych i jakościowych^{[4],[6]}.

Emocje w tym okresie rozwojowym nie są prezentowane tak gwałtownie, jak w przypadku młodszych dzieci. Choć są przez dziecko przeżywane stosunkowo intensywnie i burzliwie, to podlegają w pewnym stopniu kontroli i intelektualizacji. Dziecko jest w większym stopniu zdolne do opanowywania emocji i utrzymywania nastrojów. Opanowywanie reakcji emocjonalnych jest charakterystyczne zwłaszcza w obecności obcych osób oraz w grupach rówieśników. Umiejętność dostrzegania odmiennych punktów widzenia oraz poczucie bycia obserwowanym i ocenianym przez otoczenie, przyczynia się do występowania tendencji do skrywania własnych uczuć i zachowywania się w sposób, jaki wydaje się dziecku akceptowany przez innych ludzi. Dzieci w tym wieku liczą się z krytyką samych siebie, zaczynają bać się kary, ośmieszenia czy odrzucenia. Pojawia się związany z tym lęk przed sytuacjami szkolnymi czy kontaktami społecznymi. Z czasem obserwuje się u dzieci narastające obawy powiązane z przeżywanymi konfliktami. W reakcji na negatywne emocje, dziecko może zachowywać się agresywnie, zarówno czynnie, jak i biernie^[2].

W kontaktach społecznych coraz większą rolę ma grupa rówieśnicza, poczucie przynależności i bycia akceptowanym przez innych. W związku z tym, dzieci bardziej liczą się z opinią kolegów i koleżanek, dostosowując się do wymagań grupy^{[2],[4]}.

2.6 Okres adolescencji

Adolescencja jest ostatnim etapem rozwoju dziecka, przy czym znamienne jest to, iż nie kończy się ono wraz z osiągnięciem formalnej pełnoletniości, jaką jest ukończenie 18. roku życia. Zakres czasowy tego okresu mieści się w przedziale 10-21 lat, zaś złożoność wyraża się w jego dualistycznej naturze i zachodzących w sposób nie w pełni równoległy procesach zmian płciowych i psychicznych. Rozpoczęcie adolescencji związane jest z początkiem intensywnych przemian biologicznych, zaś jej zakończenie jest wyznaczone przez moment ukształtowania poczucia tożsamości w rozumieniu psychospołecznym^{[2],[6]}.

Adolescencję stereotypowo charakteryzuje się jako trudny okres. Owa trudność jest związana z towarzyszącym nastoletniości pojawianiem się silnych konfliktów wewnętrznych, będących wynikiem różnokierunkowych tendencji i towarzyszącego im występowania odczuwalnych sprzeczności. Jest to czas swoistego przejścia – stopniowego stawania się osobą dojrzałą-dorołą. Punktem kulminacyjnym tego okresu rozwojowego jest faza kryzysu młodzieńczego, który kumuluje ciężar wewnętrznych konfliktów. Okres adolescencji dzieli się na dwie części: dojrzewanie z akcentem na przemiany fizjologiczne (do ok. 15. roku życia) oraz okres młodzieńczy (od ok. 15. do 21. roku życia)^{[2],[4],[6]}.

Zmiany fizjologiczne, wtórne do zainicjowania hormonalnych przemian biologicznych, skutkują stopniowym rozwojem i poczuciem seksualności. W życiu młodego człowieka dochodzi do głosu i wyraźnie odczuwana jest silna potrzeba fizjologiczna i emocjonalna, jaką jest zaspokajanie popędu płciowego. Popęd seksualny jest źródłem odczuwania nieznanych dotychczas pragnień i odczuć. Tym przemianom towarzyszy wzmożona wrażliwość i znaczna chwiejność emocjonalna, ponadto rozdrażnienie, zmienność nastroju i tendencja do stawiania oporu oczekiwaniom otoczenia w poszukiwaniu granic definiujących indywidualność^{[1],[6]}. Emocje cechują się gwałtownością i labilnością. Człowiek, próbując uporać się z impulsami pochodzącymi z wnętrza ciała oraz towarzyszącymi im uczuciami i problemami, staje się nastawiony bardziej introwertycznie. Zastanawia się nad samym sobą próbując określić to jaki jest i czego potrzebuje. Jednocześnie, zyskujący na sile popęd płciowy nie pozwala osobie nastoletniej skupiać się wyłącznie na własnej indywidualności, gdyż z samej swej natury kieruje jej uwagę w stronę innych osób – wiąże się z to z dostrzeganiem różnic

międzyludzkich dotyczących postaw i potrzeb. Trudnościom w rozumieniu samego siebie towarzyszą trudności w rozumieniu otoczenia. Przyczynia się to do narastania frustracji i poczucia osamotnienia. Próby poznania samego siebie połączone z odkrywaniem nowych perspektyw rzeczywistości, przebiegają w sposób dość nieuporządkowany i nieuświadomiony, co sprawia, że życie nastolatka ma w sobie spory pierwiastek eksperymentowania w poszukiwaniu i dostosowywaniu się do dorosłych form życia^{[2],[4]}.

Procesy myślowe dziecka w wieku dorastania cechują się stosunkowo większym stopniem logicznego uporządkowania w porównaniu do dzieci młodszych. Nastolatek potrafi dedukować, abstrahować i spekulować. Próbuje wyjaśniać sobie złożoność dotyczących go sytuacji w sposób racjonalny. Myślenie charakteryzuje się dużo większą sprawnością i szybkością niż w poprzednich okresach rozwojowych. Podobnie, sprawność odbierania i przetwarzania bodźców, jak również zapamiętywania złożonych treści jest znacznie większa niż wcześniej. Dzięki udoskonaleniu procesów poznawczych, dziecko nastoletnie zdolne jest do złożonego analizowania i hierarchizacji. Zdolność wartościowania skutkuje narastającym krytycyzmem wobec siebie i otoczenia. Bodźce zewnętrzne mają mniejszy wpływ na życie psychiczne niż w latach wcześniejszych. Dziecko dorastające potrafi nabierać do nich pewnego dystansu. Tym niemniej, jego procesy poznawcze pozostają pod silnym wpływem emocji pochodzących z przeżyć wewnętrznych, zaś konfrontacja intensywności logicznego rozumowania z siłą impulsów popędowych oraz towarzyszących im uczuć, doprowadza do nawarstwienia się i skumulowania konfliktów wewnętrznych w formie jednego z największych i najbardziej charakterystycznych w życiu człowieka kryzysów – kryzysu młodzieńczego^[2].

Przechodzenie kryzysu młodzieńczego odbywa się na wielu płaszczyznach. Młody człowiek pozostaje pod wpływem sprzecznych potrzeb i dążeń. Dotyczą one przede wszystkim jednoczesnego poszukiwania wolności i pozostawania w zależności, wyzwiania się spod wpływu autorytetów i poszukiwania oparcia w nich, potrzeby autonomii, a zarazem bezpieczeństwa itp. Osoby w tym okresie wiekowym przejawiają tendencję do sprawdzania siebie, autorefleksji i porównywania się z innymi^{[2],[4]}. Radzenie sobie z kryzysem może przybierać różne formy, zależnie od indywidualnych podatności i przyswajania wzorców pochodzących z otoczenia. Młodzież może

poszukiwać wyzwań, angażować się w przeżycia duchowe, rozwijać zainteresowania albo też dewaluować proponowane wartości, popadać w zachowania autodestrukcyjne i uciekać od pojawiających się trudności. Próby rozwiązania trwającego kryzysu dają początek okresowi młodzieńczemu, w czasie którego intelekt stopniowo zaczyna przeważać nad procesami fizjologicznymi. Wyrazem tego jest coraz większy udział świadomego czynnika w samoorganizacji i kreowaniu codziennej aktywności młodego człowieka. Wiek późnej nastoletniości to okres refleksji nad sensem i celem własnej egzystencji oraz wzrostu zainteresowania sprawami społecznymi. Czasowo zbiega się to z nowymi, poważnymi wyzwaniami, takim jak podejmowanie decyzji dotyczących dalszej drogi kształcenia czy rozwoju zawodowego. Jest to związane ze swoistym niepokojem i obawami dotyczącymi przyszłości, samodzielnego decydowania oraz odpowiedzialności za własne życie. Konfrontacja idealistycznych wyobrażeń o świecie z rozczarowującymi młodzieńciami realiami codzienności skutkuje nawracającym poczuciem frustracji i gniewu. Relacja młodego człowieka do panujących stosunków społecznych przechodzi szereg prób i przemian – od odrzucenia po akceptację. Ostatecznie, dochodzący do dorosłości nastolatek wypracowuje własny sposób oceny i dostosowywania się do rzeczywistości. Podejmuje nowe wyzwania i odnajduje się w nowych rolach. Planuje bliskie i odległe przedsięwzięcia, dokonuje wyborów i stawia sobie kolejne cele. Świadoma kreacja samego siebie wiąże się z ukształtowaniem osobowości. Prawidłowe rozwiązanie kryzysu młodzieńczego prowadzi do osiągnięcia dojrzałości emocjonalnej, intelektualnej, seksualnej i społecznej. O ile człowiek przeżyje ten okres rozwojowy właściwie, zyska poczucie własnej wielowymiarowej tożsamości i autonomii w harmonii z otaczającym go środowiskiem. Daje to początek życiu dorosłemu, które bynajmniej nie finalizuje rozwoju człowieka jako takiego. Od tego momentu bowiem, kształtowanie siebie i otoczenia zyskuje nowy kontekst i nową dynamikę^{[2],[4]}.

W tabeli 2.1 przedstawiono poznawcze i emocjonalne aspekty rozwoju psychicznego dziecka.

Tabela 2.1: Wybrane elementy rozwoju psychicznego dziecka ^{[2],[4]}			
Wiek	Okres rozwojowy	Procesy poznawcze	Emocje
1. rok życia	noworodkowy i niemowlęcy	- procesy sensomotoryczne, schematy czynnościowe, faza prewerbalna, głuźnienie, gaworzenie (0-8 m.ż.), - organizowanie strategii, poszukiwanie przedmiotu, rozumienie prostych poleceń (8-12 m.ż.)	- wrodzone reakcje emocjonalne, różnicowanie się emocji (0-8 m.ż.), - emocje kierują działaniem (8-12 m.ż.)
2. - 3. rok życia	poniemowlęcy	- wykrywanie nowych sposobów działania, początek integracji poznawczej, wypowiedzi 1-2 wyrazowe	- emocje w stosunku do innych osób
4. - 6. rok życia	średnie dzieciństwo	- myślenie przedoperacyjne, opanowywanie podstaw języka, rozwój słownictwa, wzrost znaczenia komunikacji werbalnej	- egocentryzm emocjonalny, labilność emocjonalna, próby kierowania i kontroli emocji
7. - 10. rok życia	późne dzieciństwo	- konkretne operacje myślowe, pojęcia abstrakcyjne, poznawanie nowych form gramatycznych, rozwój mowy pisanej	- intelektualizacja emocji, uczucia wyższe
od 11. roku życia	adolescencja	- formalizm myślowy, złożony rozwój komunikacji werbalnej	- labilność emocjonalna, kryzys dorastania

3. Zaburzenia emocjonalne i psychosomatyczne na tle początkowych faz rozwoju dziecka

Każdy z wymienionych i opisanych w Rozdziale 2 okresów rozwoju psychicznego wieku rozwojowego wiąże się możliwością nabywania przez dziecko określonych kompetencji psychofizycznych i społecznych. Jednocześnie okresy te są związane ze swoistymi momentami krytycznymi (tzw. okresy sensytywne) dla poszczególnych sfer funkcjonalnych, które mogą dotyczyć różnych aspektów rozwoju. Nieprawidłowe przejście momentu krytycznego danej fazy rozwoju, związane np. z narażeniem dziecka na niedobór ilościowy lub jakościowy określonych czynników stymulujących prawidłowy rozwój, jak i konfrontacja dziecka z czynnikami wywierającymi negatywny wpływ w tym zakresie, może doprowadzić do wystąpienia reakcji nieadaptacyjnej, która w rozumieniu psychopatologicznym polegać może na utrwaleniu nieprawidłowości emocjonalnej, poznawczej, behawioralnej czy też osobowościowej w późniejszym życiu. Do zaburzeń rozwoju może dojść na skutek wystąpienia nierównowagi pomiędzy procesami odbywającymi się w poszczególnych sferach mentalnych, pozostających pod wpływem stymulacji biologicznej i społecznej. Na tym tle może dochodzić u dorastającego człowieka do nasilonych konfliktów wewnętrznych, których przeżywanie wiąże się z kryzysami rozwojowymi, rozwiązywanie pozwala powrócić do zrównoważonego rozwoju, zaś brak rozwiązania może spowodować zakłócenie jego przebiegu. Istotne z punktu widzenia ogólnej analizy rozwoju dziecka jest także zwrócenie uwagi na inne zaburzenia ogólnomedyczne, takie jak: uszkodzenia strukturalne ośrodkowego układu nerwowego (OUN), narażenie na czynniki toksyczne (używki, zatrucia), choroby zakaźne, niepełnosprawność i inne stany, które mają udowodniony wpływ na jakość i funkcjonowanie psychofizyczne dzieci, młodzieży, jak i osób dorosłych^{[2],[6]}. W tabeli 3.1 przedstawiono główne kierunki zmian rozwojowych okresu dzieciństwa oraz możliwe efekty zaburzeń przebiegu rozwoju w poszczególnych sferach^[6].

Tabela 3.1: <i>Możliwe zaburzenia poszczególnych składowych rozwoju psychicznego dziecka</i> ^[6]	
Element rozwoju psychicznego	Możliwe zakłócenia rozwojowe
Zdobywanie wiedzy i umiejętności	Zaburzenia funkcji poznawczych, niepełnosprawność umysłowa
Wykształcenie samoświadomości, poczucia tożsamości, zdolności decyzyjnych i kontroli własnego zachowania	Brak poczucia sensu egzystencji oraz odczuwania własnej indywidualności, zachowania pod wpływem impulsów, niezdolność do planowania i osiągnięcia celów
Rozwój kontaktów społecznych i form współdziałania z innymi	Niezdolność do współdziałania z innymi ludźmi, alienacja, autyzm
Wytworzenie właściwego stosunku do rzeczywistości, ze skłonnością pozytywną	Nieprzystosowanie, brak satysfakcji z życia, negatywne nastawienie do otoczenia, zaburzenia nastroju, lęk, depresja
Kształtowanie więzi społecznych, kierowanie się uczuciami wyższymi	Zachowania aspołeczne, brak więzi opartych na uczuciach, kontakty w oparciu o potrzeby popędowe lub instrumentalne
Zdolność do utrzymywania równowagi wewnętrznej i integracji w zmieniających się warunkach	Nieelastyczność funkcjonowania, zaburzenia przystosowania, dezintegracja osobowości

Relatywnie najbardziej dynamicznym przebiegiem, a zarazem największą potencjalną podatnością na wpływ czynników zakłócających, charakteryzują się wczesne fazy rozwoju osobniczego, począwszy od fazy prenatalnej, poprzez okres noworodkowy i niemowlęcy, po okres ponimowlęcy, który poprzedza proces systemowego uspołeczniania dziecka w wieku przedszkolnym i dalszych okresach rozwojowych. Dziecko, które nabiera kompetencji społecznych w szerszym znaczeniu w przedszkolu i szkole, dojrzewa i staje się nastolatkiem, a później młodą osobą dorosłą, jest oczywiście narażone na skutki konfrontacji z czynnikami wpływającymi negatywnie na jego jakość psychosomatyczną, jednak przyjęło się uważać, że nie mają one tak definitywnego

znaczenia dla jego rozwoju, jak te występujące w najwcześniejszych etapach życia^{[4],[6]}. Jak zostanie to przedstawione w kolejnych rozdziałach, wielu badaczy upatruje pierwotnych przyczyn zaburzeń prowadzących do wykształcenia się skłonności depresyjnych właśnie w czynnikach zakłócających te okresy rozwojowe. Stąd, niniejszy rozdział ma na celu analizę wpływu i powiązań procesów stanowiących kontekst rozwojowy najmłodszego dziecka z wystąpieniem potencjalnej podatności na tego typu zaburzenia w późniejszym wieku.

3.1 Jakość okresu prenatalnego a podatność na zaburzenia psychosomatyczne

Fundamentalne znaczenie dla prawidłowego rozwoju w okresie prenatalnym ma jakość życia matki/ciężarnej. Narażenie płodu na substancje toksyczne (np.: alkohol, narkotyki, niektóre leki) może prowadzić do trwałych uszkodzeń dotyczących nie tylko funkcji, ale i budowy OUN. Przykładem skutków toksycznego działania substancji w okresie prenatalnym jest płodowy zespół alkoholowy (FAS – ang.: *fetal alcohol syndrome*), w ramach którego obserwuje się zarówno deficyty strukturalne, jak i funkcjonalne, dotyczące m.in. układu nerwowego dziecka. Istotnym czynnikiem wpływającym negatywnie na rozwijający się płód jest także niedotlenienie, jak i niedożywienie matki (palenie papierosów, nieprawidłowa dieta), które w sposób szczególnie silny oddziałują na dojrzewającą tkankę nerwową. Ogromną rolę w tej kwestii ma także stres przeżywany przez matkę, jako że matczyne hormony stresu – kortyzol, przedostając się przez łożysko wywiera niekorzystny wpływ m.in. na podwzgórze i hipokamp płodu, pełniące kluczową rolę w kształtowaniu się reakcji emocjonalnych w odpowiedzi na stres doznawany w życiu pozamacicznym. Narażenie mózgu płodu na podwyższone stężenia matczynego kortyzolu może w przyszłości skutkować zwiększoną podatnością dziecka na stres. Z kolei dobry nastrój matki w czasie ciąży sprzyja kształtowaniu odporności dziecka na stres^[6]. Nie do pominięcia w analizie jakości rozwojowej płodu jest także narażenie na infekcje w przebiegu ciąży, choroby z autoimmunizacji, choroby metaboliczne jak i obciążenia genetyczne, skutkujące możliwymi powikłaniami położniczymi (np. poród przedwczesny), czy wykształcaniem się różnego stopnia zaburzeń psychofizycznych płodu, które mogą ujawniać się w okresie wczesnego dzieciństwa oraz w późniejszym życiu. Przykładem

skutków dotyczących sfery mentalnej, wynikłych z narażenia płodu na czynniki zakaźne jest obniżenie potencjału intelektualnego lub opóźnienie w rozwoju psychofizycznym (np.: toksoplazmoza, różyczka, cytomegalia wrodzona, wrodzone zakażenie parwowirusem B19), zaburzenia zachowania i niepełnosprawność intelektualna (np. kiła wrodzona), zaburzenia świadomości, apatia lub pobudzenie (np. opryszczka nabyta w okresie okołoporodowym), jak również całościowe zaburzenia rozwoju czy też skłonności psychotyczne (np. po przebyciu różnych chorób wirusowych). Choroby metaboliczne ciężarnej, obarczone licznymi powikłaniami hormonalnymi i biochemicznymi, mogą również prowadzić w sposób pośredni lub bezpośredni do wystąpienia psychofizycznych zaburzeń i deficytów rozwojowych u płodu, a później dziecka (np.: choroby tarczycy, dyslipidemie, cukrzyca). Do chorób z autoimmunizacji, które mają istotne znaczenie z punktu widzenia prawidłowego przebiegu ciąży i rozwoju płodu należy m.in. toczeń, którego wpływ na płód może skutkować wystąpieniem tocznia rumieniowatego noworodków, mogącego przebiegać również z objawami ze strony OUN. Zespoły genetyczne, w obrazie których obserwuje się deficyty w rozwoju psychicznym, to np.: zespół Downa (obniżenie zdolności intelektualnych), zespół Klinefeltera (problemy z koncentracją, zachowania agresywne) czy zespół Turnera (zaburzenia emocjonalne, chwiejność nastroju)^[7].

Pewną nowością w podejściu do rozwoju psychicznego dziecka w okresie płodowym jest akcentowanie przeżyć psychicznych ciężarnej (lub obojga przyszłych rodziców) i jej (ich) relacji emocjonalnej z dojrzewającym płodem. Okazuje się bowiem, że jakość stanu psychicznego przyszłej matki może kształtować jakość psychiczną przyszłego dziecka poprzez wpływ na procesy fizjologiczne łożyska i płodu, jak i być kształtowana pod jego wpływem. Nawiązanie swoistej relacji psychofizjologicznej w tym zakresie ma służyć zarówno optymalizacji rozwoju płodu jako przyszłego człowieka, jak i nabieraniu właściwych kompetencji przez ciężarną jako przyszłą matkę. Istnieją dowody na to, że osoby urodzone z ciąży, która przebiega w tak zoptymalizowany sposób wykazują się większą stabilnością emocjonalną, dojrzałością społeczną i poczuciem kompetencji. Nieprawidłowa adaptacja kobiety do własnej ciąży może wikłać się negatywnym wpływem na funkcje psychosomatyczne dziecka (np. zaburzenia emocjonalne i lękowe, w tym związane z separacją od obiektu – por.

Podrozdział 4.2.3.1) oraz pogarszać dalszy przebieg ciąży i porodu. Zagadnieniami tego rodzaju zajmuje się dyscyplina określana jako analiza więzi prenatalnej^{[5],[8]}.

3.2 Wpływ przebiegu rozwoju dziecka w okresie noworodkowym, niemowlęcym i poniemowlęcym na powstawanie zaburzeń psychospołecznych

Podstawą prawidłowego funkcjonowania społeczno-emocjonalnego jest poczucie bezpieczeństwa, którego wyrazem we wczesnym okresie życia jest zjawisko przywiązania, stanowiące oś rozwoju. Bowlby zdefiniował przywiązanie jako istnienie silnej więzi pomiędzy dwojgiem ludzi, podkreślając istnienie ewolucyjnie wykształconych zachowań przywiązaniowych zarówno ze strony dziecka, jak i matki lub osoby, która pełni jej rolę^[2]. Według tego badacza, proces przywiązania jest czterofazowy i rozpoczyna się po urodzeniu. Jego pierwsza faza trwa przez pierwsze 1,5 miesiąca życia, zaś jej wyrazem ze strony dziecka jest płacz ukierunkowany na różne osoby z otoczenia oraz wydłużanie kontaktu z opiekunem poprzez chwywanie, wtulanie i ssanie. W drugiej fazie przebiegu procesu, następującej w 3. miesiącu życia, dochodzi do różnicowania obiektów i pojawiania się preferencji związanej z określoną osobą (zwykle matką). Sygnały ze strony dziecka zaczynają być kierowane wówczas głównie w kierunku osoby preferowanej. Trzecia faza trwa do końca 2. roku życia. W tym okresie dziecko, przewidując zachowania opiekuna, ukierunkowuje się na cel, jakim jest poczucie bezpieczeństwa dawane mu przez przebywanie z nim. Wyraża się to np.: chodzeniem za mamą, poszukiwaniem jej gdy zniknie z pola widzenia, powracaniem do znanych sobie miejsc w momencie wystąpienia zagrożenia, radością wyrażaną w związku z powrotem matki. W tej fazie następuje stabilizowanie przywiązania. W fazie czwartej, która rozpoczyna się w kolejnym roku życia, dochodzi do wytwarzania złożonych relacji emocjonalnych pomiędzy dzieckiem a osobą preferowaną. Niewytworzenie się więzi z taką osobą w ciągu pierwszych trzech lat życia, może w późniejszym życiu skutkować zaburzeniem tworzenia relacji uczuciowych w ogóle^[2]. Ponadto, już w początkowych tygodniach życia, z powodu niedoboru właściwego kontaktu dziecka z matką (np. z powodu jej depresji poporodowej^[9]) może aktywować się u dziecka tzw. wrodzony system stresu, związany ze swoistym poczuciem zagrożenia, które w razie przedłużonego trwania może doprowadzić do zaburzenia

regulacji fizjologicznej organizmu. Niedopasowanie relacji opiekun-dziecko może skutkować poczuciem bezradności i brakiem poczucia bezpieczeństwa u dziecka, które wobec silnego stresu może próbować kontrolować własne odczucia poprzez swego rodzaju odcinanie się od urazowego doświadczenia. Stanowi to poważny czynnik ryzyka zaburzenia rozwoju psychicznego, ponieważ dziecko w wyniku utrwalenia takiego mechanizmu nie uczy się rozpoznawania i nazywania emocji, jak i świadomego ich kontrolowania w inny sposób niż poprzez negację, czego potencjalnym skutkiem są problemy z poczuciem własnej tożsamości, relacjami z innymi osobami, jak i szeroko rozumiane zaburzenia psychosomatyczne^{[1],[6]}. Niekorzystnymi z punktu widzenia rozwoju emocjonalnego dziecka są przejawiane względem niego postawy opiekuna polegające na:

- zbyt małym zaangażowaniu (obojętność),
- nadmiernym zaangażowaniu (np.: nadmierna ekspresywność, ograniczanie inicjatywy dziecka),
- lękliwości i napięciu,
- złości i wrogości^{[2],[6]}.

Na podstawie różnych zachowań dzieci w pierwszych trzech, jak i w późniejszych latach życia, wyróżniono kilka rodzajów (typów) przywiązania, które wynikają ze specyficznych warunków dorastania w tym krytycznym okresie rozwoju. Bowlby opisał 3 podstawowe typy przywiązania:

- typ pierwszy – przywiązanie bezpieczne: dzieci eksplorują otoczenie w obecności matki, podczas jej nieobecności dają się pocieszyć, a w momencie ponownego spotkania z nią stają się radosne,
- typ drugi – przywiązanie lękowe: dzieci są mniej swobodne i mniej zainteresowane otoczeniem w obecności matki, reagują złością na jej nieobecność, wykazując chęć zbliżenia z nią po jej powrocie,
- typ trzeci – przywiązanie unikające: w czasie nieobecności matki dzieci nie wykazują objawów niepokoju, a po jej powrocie są obojętne lub unikają z nią kontaktu.

Main oraz Solomon zmodyfikowały podział typów przywiązania zaproponowany przez Ainsworth (por. Podrozdział 4.2.3.7), wyróżniając w końcu 4 wzorce:

- wzorec A: przywiązanie lękowo-unikające,
- wzorec B: przywiązanie ufne,

- wzorzec C: przywiązanie lękowo-ambiwalentne,
- wzorzec D: przywiązanie zdeorganizowane-zdezorientowane^[10].

Typ przywiązania kształtuje i determinuje dalszy rozwój psychiczny dziecka, w tym szczególnie proces socjalizacji, potencjał zdolności poznawczych, poczucie własnej wartości, kompetencji społecznych i autonomii w późniejszych okresach życia, jak i warunkuje sposoby przeżywania stresu. Jest też podłożem powstawania tzw. wewnętrznych reprezentacji umysłowych, czyli odzwierciedlenia rzeczywistości w umyśle dziecka. Bezpieczny typ przywiązania stanowi czynnik ochronny wobec ewentualnych zaburzeń psychospołecznych dziecka w przyszłości. Różnorodne czynniki mogą z kolei zaburzać tworzenie się bezpiecznego przywiązania. Czynniki takimi ze strony dziecka mogą być np.: przewlekłe choroby, częste hospitalizacje w pierwszych tygodniach życia, częste zmiany głównego opiekuna, uwarunkowania charakterologiczne i inne rozwojowe. Z kolei np.: odseparowanie opiekuna, jego śmierć, choroby, częste rozłąki z dzieckiem, poważne nieporozumienia i konflikty rodzinne, rozwód, skrajne ubóstwo, przemoc, brak wsparcia społecznego, izolacja i osamotnienie – to czynniki ryzyka zaburzenia przywiązania ze strony opiekuna (opiekunów)^{[2],[6],[11],[12]}.

3.3 Wczesne skutki zaburzenia rozwoju psychicznego w początkowych etapach życia dziecka

Nieprawidłowy rozwój procesu przywiązania może pociągać za sobą różne skutki, przy czym ogólnie zaburzenia będące tego konsekwencją mogą przybierać dwie zasadnicze formy:

- reaktywne zaburzenia przywiązania w dzieciństwie,
- zaburzenia selektywności przywiązania w dzieciństwie.

Oba rodzaje tych wczesnodziecięcych zaburzeń mogą stanowić podłoże podatności na rozwój zaburzeń depresyjnych i innych problemów psychicznych w późniejszych latach życia.

Zaburzenia rozwoju psychicznego we wczesnym dzieciństwie mogą także dawać obraz kliniczny np.: zaburzeń odżywiania czy czynności nawykowych^{[2],[6],[9]}.

3.3.1 Reaktywne zaburzenia przywiązania w dzieciństwie

Niewłaściwa opieka nad dzieckiem (zaniedbywanie psychiczne lub fizyczne, w tym maltretowanie) może skutkować wystąpieniem reaktywnego zaburzenia przywiązania, polegającego na utrwaleniu nieprawidłowości dotyczących interakcji społecznych dziecka z towarzyszącymi zaburzeniami emocjonalnymi, przy zachowanej reaktywności na wydarzenia w otoczeniu. Zaburzenie to rozwija się przed 5. rokiem życia i charakteryzuje się występowaniem ewidentnie sprzecznych lub ambiwalentnych reakcji społecznych (odwracanie wzroku od opiekuna, unikanie i opór wobec prób pocieszania) oraz nieprawidłowości emocjonalnych (np.: poczucie nieszczęścia, lękliwość i nadmierna czujność, wtórnie reakcje agresywne). Może współwystępować z zahamowaniem rozwoju fizycznego dziecka^{[2],[9],[10]}.

3.3.2 Zaburzenia selektywności przywiązania w dzieciństwie

W przypadku częstych zmian opiekuna, jakie mają miejsce np. wśród dzieci wychowywanych w instytucjach opiekuńczych, może dojść u dziecka do wczesnego niewykształcenia więzi wybiórczych oraz utrzymywania się słabych i mało specyficznych interakcji społecznych. Nieprawidłowy wzorzec współżycia społecznego powstaje w ciągu pierwszych 5 lat życia, przy czym ma tendencję do nieustępowania w późniejszych latach, nawet pomimo otoczenia dziecka prawidłową opieką. Obraz kliniczny dziecka z zaburzeniem selektywności przywiązania zmienia się zależnie od wieku. Niemowlęta przejawiają zachowania ogólnie „przywierające”, 2-latki wykazują rozlane przywiązanie „przywierające”, 4-latki przywiązują się w sposób rozlany i próbują przyciągnąć uwagę otoczenia zachowując się „przyjacielsko” w sposób niespecyficzny, zaś u starszych dzieci w chwilach potrzeby uzyskania przez nie wsparcia obserwuje się nieselektywne przywiązywanie się do różnych osób z otoczenia. Zaburzeniom selektywności przywiązania w dzieciństwie często towarzyszą zaburzenia emocjonalne i zaburzenia zachowania^{[2],[9],[10],[11]}.

3.3.3 Zaburzenia odżywiania w niemowlęctwie i dzieciństwie

Zaburzenia odżywiania w niemowlęctwie i dzieciństwie, polegające na stałym braku przyjmowania wystarczającej ilości pożywienia wraz ze znacznym upośledzeniem przybierania na masie lub znacznym chudnięciem, jako problem natury psychologicznej rozpoznaje się przede wszystkim po wykluczeniu chorób somatycznych, gdy początek objawów ma miejsce przed 6. rokiem życia oraz gdy trwają one przez minimum 1 miesiąc. Zaburzenia takie mogą być skutkiem występowania problemów psychicznych u rodziców (zwłaszcza matki) i rozpoczynać się już w okresie noworodkowym, jak ma to miejsce w przypadku tzw. zaburzeń odżywiania spowodowanych zaburzeniami homeostazy. Zaburzenia odżywiania spowodowane zaburzeniami więzi są wynikiem braku prawidłowego związku emocjonalnego pomiędzy matką i dzieckiem, zaś rozpoczynają się zwykle między 2. a 8. miesiącem życia, stanowiąc poważny czynnik ryzyka nieprawidłowego rozwoju emocjonalnego i globalnego opóźnienia rozwoju dziecka. Zaburzenia odżywiania spowodowane zaburzonym procesem separacji (tzw. dziecięca anoreksja) zaczynają się najczęściej pomiędzy 6. miesiącem a 2. rokiem życia i polegają na czynnej odmowie spożywania pokarmów przez dziecko, co skutkuje nasilonymi problemami na linii dziecko-rodzice, przyczyniając się do nadmiernej kontroli dziecka przez rodziców, jak i manipulacyjnego wpływania na rodziców przez samo dziecko, u którego rytm karmienia staje się stopniowo zależny od takiego mechanizmu błędnego koła wzajemnej kontroli, nie zaś od uczucia głodu i sytości. Zaburzenia odżywiania związane z przeżyciami traumatycznymi polegają na spowodowanej urazem, nagłej i całkowitej odmowie jedzenia i picia przez dziecko. Jako uraz w tym kontekście można rozumieć np.: silne doznanie bólowe ze strony jamy ustnej czy gardła, wymioty, zakrztuszenie, oparzenie lub poddanie dziecka zabiegom medycznym. Dzieci po przeżyciu tego rodzaju traumy mogą reagować silnie lękowo na próby karmienia, jak i na kontakt z przedmiotami, które kojarzą im się z karmieniem. Zaburzenie to może wiązać się z tendencją do nasilonych reakcji lękowych^{[9],[10]}.

Zgodnie z koncepcją biopsychospołeczną, problemy emocjonalne i zaburzona relacja z matką mogą przyczyniać się do występowania ruminalacji (według definicji czynnościowych zaburzeń przewodu pokarmowego), czyli zaburzenia związanego z odżywianiem niemowląt i małych dzieci, polegającego na wymuszaniu przez dziecko powracania pokarmu z żołądka do jamy ustnej i ponownym przeżywaniu go (poprzez

np.: wkładanie rączki do jamy ustnej, rytmiczne ssanie własnego języka, wyginanie się w łuk)^{[2],[6]}.

Deprywacja emocjonalna, ubóstwo, dezorganizacja rodziny, nadmierna stymulacja dziecka oraz określone czynniki kulturowe mogą stanowić tło przyczynowe zjawiska określanego jako pica, czyli utrwalonego lub powtarzającego się co najmniej dwukrotnie w ciągu tygodnia zjadania substancji niespożywczych przez dzieci, które ukończyły 2 lata^{[2],[10],[11]}.

3.3.4 Czynności nawykowe

Dzieci, które nie znajdują zaspokojenia własnych potrzeb emocjonalnych, próbujące rozładowywać napięcie, nadmiernie stymulowane lub narażone na osamotnienie, mogą wykonywać różne manipulacje wokół własnego ciała w sposób utrwalony. Do czynności takich, określanych jako czynności nawykowe, zaliczających się do zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się w niemowlęctwie i we wczesnym dzieciństwie, należą: ssanie kciuka i masturbacja dziecięca. Podkreślenia wymaga kwestia możliwego powstawania zaburzeń wtórnych do nieprawidłowego postępowania rodziców lub opiekunów wobec dziecka przejawiającego takie czynności nawykowe^{[2],[9],[10]}.

4. Depresja – wprowadzenie

Depresja jako choroba zaliczana jest do grupy zaburzeń afektywnych (zaburzeń nastroju) z racji dominującej w niej komponenty dotyczącej pogorszenia nastroju. Fakt ten wiąże się z pewnym historycznym uproszczeniem klasyfikacyjnym, jako że pierwotnie zaburzenia depresyjne wyodrębniono i charakteryzowano głównie ze względu na zaburzenia nastroju. Przez lata obserwacji przebiegu, opisywania przypadków i rozpatrywania potencjalnych powodów wystąpienia tej choroby dostrzegano jej mozaikową strukturę, współwystępowanie różnorodnych symptomów w ramach zespołu chorobowego, ich wspólne tło przyczynowe, dynamikę, zmienność, przemienność (ekwiwalencję), w końcu zależności patofizjologiczne i skutki społeczne, co doprowadziło z jednej strony do opracowania opcjonalnych kryteriów jej rozpoznawania, a z drugiej przyczyniło się do scharakteryzowania dynamicznie zmieniających się cech epidemiologicznych depresji jako problemu biopsychospołecznego. Dominującym aspektem diagnozy i znaczenia tego zaburzenia jako takiego pozostaje pogorszenie jakości funkcjonowania psychosomatycznego z akcentacją negatywizmu emocjonalnego, poznawczego i motywacyjnego, oraz problemów dotyczących aktywności^{[13],[14],[15]}.

4.1 Definicja i rodzaje zaburzeń depresyjnych

Pojęcie zaburzenia depresyjnego (depresji) odnosi się do zespołu objawowego, na który składa się szereg symptomów emocjonalnych (obniżenie nastroju, przygnębienie, smutek) oraz funkcjonalnych (zmiany aktywności: spowolnienie/pobudzenie, zmiany rytmy sen-czuwanie, zmiany apetytu, zaburzenia relacji międzyludzkich), pociągających za sobą inne problemy biomedyczne, jak i negatywne konsekwencje społeczne, w tym rodzinne, szkolne i zawodowe.

O ile powszechne rozumienie terminu ‘depresja’ opiera się na ogólnej definicji, o tyle zakres i zróżnicowanie pojęciowe poszczególnych odmian i form przeżywania depresji jest już bardziej złożonym zagadnieniem.

Stany składające się na grupę zaburzeń depresyjnych można klasyfikować na podstawie różnych kryteriów, w tym odnoszących się do jakości i nasilenia objawów, czasu ich trwania, częstości/cykliczności występowania, jak i domniemanej etiologii, a nawet kontekstu środowiskowego czy odpowiedzi na leczenie. Choć rozpoznawanie zaburzeń depresyjnych jest warunkowane ustalonymi, standardowymi kryteriami stosowanych międzynarodowo klasyfikacji stanów chorobowych, to nazewnictwo poszczególnych ich form często ma charakter raczej tradycyjno-opisowy z praktycznych względów klinicznych^{[13],[14]}.

Poniżej zaprezentowany zostanie podział oraz kryteria klasyfikacyjne depresji mające charakter uniwersalny, dotyczący tak samo dzieci, jak i osób dorosłych.

4.1.1 Charakterystyka depresji według standardowych klasyfikacji zaburzeń zdrowotnych

4.1.1.1 Depresja według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (Światowa Organizacja Zdrowia, 1990)

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang.: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) w Rewizji Dziesiątej (ICD-10) wyróżnia następujące postacie zaburzeń depresyjnych:

* Epizod depresyjny:

- łagodny,
- umiarkowany,
- ciężki, bez objawów psychiatrycznych,
- ciężki, z objawami psychiatrycznymi,
- inne epizody depresyjne,
- nieokreślony,

* Zaburzenia depresyjne nawracające:

- z obecnym epizodem depresyjnym łagodnym,
- z obecnym epizodem depresyjnym umiarkowanym,
- z obecnym epizodem depresji ciężkiej, bez objawów psychiatrycznych,
- z obecnym epizodem depresji ciężkiej, z objawami psychiatrycznymi,

- z obecnym stanem remisji,
- inne nawracające zaburzenia depresyjne,
- nieokreślone.

W charakterystyce zaburzeń chorobowych wg ICD-10, podane są kryteria rozpoznania zaburzenia depresyjnego:

* utrzymywanie się przez okres minimum 2 tygodni co najmniej 2 spośród niżej wymienionych objawów:

- obniżenie nastroju,
- utrata zainteresowań i odczuwania przyjemności związanej z czynnikami, które wcześniej sprawiały przyjemność,
- zmniejszenie energii, które prowadzi do wzmożenia męczliwości oraz zmniejszenia aktywności

* oraz co najmniej 2 spośród niżej wymienionych objawów:

- osłabienie koncentracji i uwagi,
- niska samoocena i mała wiara w siebie,
- poczucie winy i małej wartości,
- pesymistyczne wyobrażenia przyszłości,
- nawracające myśli o śmierci i samobójstwie lub zachowania autoagresywne,
- zaburzenia snu,
- zmniejszony apetyt^[15].

Przyjmuje się, że do rozpoznania zaburzenia depresyjnego konieczne jest stwierdzenie, że obecne u danej osoby objawy wpływają negatywnie na jej samopoczucie i funkcjonowanie codzienne, jak również nie stanowią one elementów innego, bardziej adekwatnego w konkretnej sytuacji zespołu chorobowego (np.: nerwicy, psychozy, zaburzenia osobowości, upośledzenia umysłowego). Ponadto, rozpoznanie zaburzenia depresyjnego wymaga wykluczenia obecności epizodów maniakałnych lub hipomaniakałnych w wywiadzie dotyczącym pacjenta.

O nasileniu zespołu objawów, a tym samym o klasyfikowaniu konkretnego przypadku choroby według kryterium ciężkości (łagodny, umiarkowany, ciężki) decyduje

jakościowo-ilościowe współwystępowanie wymienionych wyżej symptomów (por. Podrozdział 5.5.1.1)^[15].

Kryteria zawarte w ICD-10 pozwalają rozpoznać dystymię, traktowaną jako względnie łagodniejszą, przewlekłą formę zaburzenia depresyjnego, gdy spełnione są następujące warunki:

- * występowanie stałego lub nawracającego obniżenia nastroju w okresie trwającym co najmniej 2 lata (ewentualne, okresowe wyrównanie nastroju rzadko utrzymuje się dłużej niż kilka tygodni; bez obecności epizodów hipomanii oraz manii),
- * żaden albo prawie żaden z obecnych w tym czasie epizodów depresji nie przebiega z takim nasileniem, aby spełniać kryteria ICD-10 dla epizodu depresyjnego,
- * w ciągu przynajmniej niektórych z okresów depresji występują co najmniej 3 spośród wymienionych objawów: zmniejszenie energii lub aktywności, zaburzenia snu, mała wiara w siebie i poczucie niedostosowania, zaburzenia koncentracji, płaczliwość, zmniejszenie zainteresowania seksem lub satysfakcji z aktywności seksualnej oraz innych czynności sprawiających przyjemność, poczucie bezradności lub zmartwienia, wrażenie, że codzienne trudności i odpowiedzialności są niemożliwe do przezwyciężenia, pesymizm dotyczący przyszłości lub nadmierne rozpamiętywanie przeszłości, wycofanie społeczne, zmniejszenie rozmowności^[15].

ICD-10 zwraca uwagę i wyróżnia również somatyczny kontekst depresji, podając objawy zespołu somatycznego w depresji, do których mogą należeć:

- utrata zainteresowań i obniżenie zdolności do odczuwania przyjemności w związku z czynnościami, które dotychczas sprawiały przyjemność,
- wczesne budzenie się (kilka godzin wcześniej niż zwykle),
- większe nasilenie objawów w godzinach porannych,
- wyraźne zahamowanie psychoruchowe lub podniecenie ruchowe (agitacja),
- brak lub wyraźne obniżenie apetytu, ubytek masy ciała (przynajmniej 5% dotychczasowej masy ciała w ciągu miesiąca),
- brak lub wyraźne obniżenie popędu seksualnego.

Przyjmuje się, że zespół somatyczny w depresji to współwystępowanie przynajmniej 4 z wymienionych wyżej objawów w przebiegu zaburzenia depresyjnego. W związku z

powyższym, ICD-10 wyróżnia dodatkowo szczegółowe rozpoznania zaburzenia, w których nazwie do części zasadniczej dodaje się opis: „z objawami somatycznymi” (gdy obok objawów kryterialnych depresji występuje przynajmniej 4 spośród wyżej wymienionych albo 2 lub 3 przy znacznym ich nasileniu) albo „bez objawów somatycznych” (gdy brak takich objawów lub występują pojedyncze)^[15].

W tabeli 4.1 podsumowano obowiązujące w Polsce standardowe nazwy i kody ICD-10 rozpoznań najczęstszych jednostek przebiegających z syndromem depresyjnym^[15].

Dodatkowe omówienie procedury diagnostycznej ICD-10 z wyróżnieniem poszczególnych jednostek (nomenklatura, klasyfikacja, wykluczenia itp.) zawarto w Podrozdziale 5.5.1.1.

Tabela 4.1: *Kody ICD-10 rozpoznań zaburzeń mogących przebiegać z syndromem depresyjnym*^[15]

„Klasyczna” depresja	Inne postacie depresji
F32 – Epizod depresyjny	F06.3 – Organiczne zaburzenia nastroju [afektywne]
F32.0 – Epizod depresji łagodny	F10-F19: zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji (np.: alkoholu, opioidów, leków uspokajających)
F32.1 – Epizod depresji umiarkowany	F20.4 – Depresja poschizofreniczna
F32.2 – Epizod depresji ciężki, bez objawów psychotycznych	F25.1 – Zaburzenie schizoafektywne, typ depresyjny
F32.3 – Epizod depresji ciężki, z objawami psychotycznymi	F31.3 – Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie epizod depresji o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu
F32.8 – Inne epizody depresyjne	F31.4 – Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie epizod ciężkiej depresji bez objawów psychotycznych
F32.9 – Epizod depresyjny, nieokreślony	F31.5 – Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie epizod ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi
F33 – Zaburzenia depresyjne nawracające	F34.0 – Cyklotymia
F33.0 – Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie epizod depresyjny łagodny	F34.1 – Dystymia
F33.1 – Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie epizod depresyjny umiarkowany	F34.8 – Inne uporczywe zaburzenia nastroju [afektywne]
F33.2 – Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie epizod depresji ciężkiej bez objawów psychotycznych	F41.2 – Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane
F33.3 – Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie epizod depresji ciężkiej z objawami psychotycznymi	F43 – Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne
F33.4 – Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie stan remisji	F92.0 – Depresyjne zaburzenie zachowania
F33.8 – Inne nawracające zaburzenia depresyjne	
F33.9 – Nawracające zaburzenia depresyjne, nieokreślone	

4.1.1.2 Depresja według Diagnostycznego i Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychicznych (Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, 2013)

Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychicznych (ang.: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) w Edycji Piątej (DSM-5), opublikowanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, dzieli choroby depresyjne według kryterium nasilenia na szereg jednostek, w tym dwie zasadnicze: depresję dużą (większe zaburzenie depresyjne, MDD – ang.: *major depressive disorder*) oraz dystymię (uporczywe zaburzenie depresyjne, PDD – ang.: *persistent depressive disorder*).

Do rozpoznania większego zaburzenia depresyjnego (depresji dużej) wymagane jest stwierdzenie współwystępowania przez okres minimum 2 tygodni co najmniej 5 spośród poniższych objawów:

- przygnębienie lub obniżenie nastroju (obecne przez większą część dnia, prawie codziennie), lub u dzieci nastrój drażliwy,
- utrata dotychczasowych zainteresowań czynnościami, które wcześniej sprawiały przyjemność (przez większą część dnia, prawie codziennie),

(Do rozpoznania konieczne jest stwierdzenie co najmniej jednego z dwóch wyżej wymienionych.)

- zmiany wagi lub apetytu (bez innej określonej przyczyny), u dzieci możliwe niepowodzenie w osiągnięciu oczekiwanej masy ciała,
- zaburzenia snu (bezsenna lub nadmierna senność),
- poczucie beznadziejności, braku wartości lub nieproporcjonalnie nasilone poczucie winy,
- zmiana aktywności,
- problemy z koncentracją i/lub decyzyjnością,
- uczucie zmęczenia lub braku energii,
- myśli samobójcze.

Należy podkreślić, że rozpoznanie wymaga w tym przypadku dodatkowo spełnienia następujących warunków:

- objawy depresyjne powodują klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego,
- brak epizodów maniakałnych lub hipomaniakałnych w wywiadzie,
- epizody objawowe nie są przypisywane bardziej precyzyjnie innemu schorzeniu lub używaniu substancji psychoaktywnych^[14].

W uszczegółowieniu ciężkości i przebiegu, większe zaburzenie depresyjne dzieli się na: łagodne, umiarkowane, ciężkie, z objawami psychotycznymi (niezależne od stopnia ciężkości), w częściowej remisji, w pełnej remisji oraz nieokreślone, ponadto dany epizod objawowy traktuje się jako: pojedynczy lub nawracający. Jako nawrót epizodu traktuje się ponowne jego wystąpienie po okresie minimum 2 miesięcy, w czasie których objawy spełniające kryteria depresji dużej nie były obecne. DSM-5 zaleca precyzyjny opis danego epizodu chorobowego z odpowiednim uszczegółowieniem, które może mieć następującą treść: z niepokojem, z objawami mieszanymi, z objawami melancholicznymi, z objawami atypowymi, z objawami psychotycznymi zgodnymi z nastrojem, z objawami psychotycznymi niezgodnymi z nastrojem, z katatonią, z początkiem w okresie okołoporodowym, z przebiegiem sezonowym^[14].

Dystymia (w DSM-5 klasyfikowana jako uporczywe zaburzenie depresyjne) jako lżejsza forma zaburzenia depresyjnego, rozpoznawana jest wówczas, gdy stwierdza się współwystępowanie obniżenia nastroju (lub drażliwości u dzieci i młodzieży) oraz dodatkowo minimum 2 objawów (spośród takich jak: zaburzenia apetytu, zaburzenia snu, brak energii lub zmęczenie, niska samoocena, osłabienie koncentracji lub decyzyjności, poczucie braku nadziei) na przestrzeni minimum 2 lat w przypadku osób pełnoletnich i 1 roku w przypadku dzieci i młodzieży. Obniżony (lub drażliwy u dzieci i młodzieży) nastrój utrzymuje się przez większą część dnia, prawie każdego dnia. Dystymię można rozpoznać, gdy w czasie 2 lat (1 roku u dzieci i młodzieży) nie występowały okresy bezobjawowe dłuższe niż 2 miesiące, ponadto nigdy nie obserwowano epizodu manii lub hipomanii ani zaburzenia cyklotymicznego, zaś objawom nie można w sposób bardziej adekwatny przypisać przyczyny wynikającej z innej choroby psychicznej, użycia substancji psychoaktywnej ani innego stanu ogólnomedycznego. Warunkiem rozpoznania dystymii jest ponadto powodowane

objawami występowanie znaczącego klinicznie cierpienia lub upośledzenia funkcjonowania społecznego^[14].

Opis diagnostyczny dystymii obejmuje cechy dodatkowe (takie jak: z niepokojem, z objawami mieszanymi, z objawami melancholicznymi, z objawami atypowymi, z objawami psychotycznymi zgodnymi z nastrojem, z objawami psychotycznymi niezgodnymi z nastrojem, z początkiem w okresie okołoporodowym), ponadto określenie ewentualnej remisji (w częściowej remisji, w pełnej remisji), wieku początku występowania objawów (wczesny – przed 21. rokiem życia, późny – w 21. roku życia lub później), czy jest to zaburzenie, w czasie którego 2 lat trwania zostały lub nie zostały spełnione kryteria większego zaburzenia depresyjnego (z czystym zespołem dystymicznym, z przewlekłym zespołem większego zaburzenia depresyjnego, z okresowo występującymi epizodami większego zaburzenia depresyjnego – z trwającym epizodem, z okresowo występującymi epizodami większego zaburzenia depresyjnego – bez trwającego epizodu), a ponadto uszczegółowienie ciężkości (łagodne, umiarkowane, ciężkie)^[14].

W DSM-5, poza dwoma zasadniczymi rozpoznaniem z syndromem depresyjnym (depresja duża oraz dystymia), wyróżnione są następujące postacie:

- dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju,
- przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne,
- zaburzenie depresyjne wywołane substancją lub lekiem,
- zaburzenie depresyjne spowodowane stanem ogólnomedycznym,
- inne określone zaburzenie depresyjne,
- nieokreślone zaburzenie depresyjne^[14].

Charakterystyka wymienionych zaburzeń znajduje się w Podrozdziale 4.4.4.

Dodatkowe omówienie procedury diagnostycznej DSM-5 z wyróżnieniem poszczególnych jednostek (nomenklatura, klasyfikacja, wykluczenia itp.) zawarto w Podrozdziale 5.5.1.2.

Należy nadmienić, iż w roku 2023 (w okresie po zakończeniu prowadzenia badania autorskiego) ukazała się polskojęzyczna edycja zrewidowanej klasyfikacji DSM-5 –

DSM-5-TR (ang.: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*), w której wprowadzono pewne zmiany formalne kryteriów oraz nazewnictwa dotyczącego poszczególnych stanów chorobowych opisanych w DSM-5. Ogólnie, w nowej wersji zmieniono nieco opisy diagnostyczne odnoszące się do populacji dzieci i młodzieży, starając się w większym stopniu niż miało to miejsce w poprzednich edycjach DSM doprecyzować charakterystykę oraz uwzględnić kwestie kontinuum rozwojowego określonych stanów chorobowych. Ponadto, zwrócono większą uwagę na wzajemną zależność stanu depresji i objawów psychotycznych w przebiegu większego zaburzenia depresyjnego. Z opisu uporczywego zaburzenia depresyjnego wyeliminowano termin alternatywny 'dystymia', jak i część uszczegółowień przebiegu klinicznego, które uznano za nieodpowiadające istocie uporczywości zaburzenia. Doprecyzowano poza tym opis diagnostyczny zaburzenia depresyjnego spowodowanego stanem ogólnomedycznym oraz innego określonego zaburzenia depresyjnego, odnosząc się do ewentualnego współwystępowania takich form depresji z objawami innych zaburzeń psychicznych^[16].

Opisane zmiany formalne w stosunku do DSM-5 nie okazują się jednak na tyle znaczące, by w sposób definitywny zmienić podejście diagnostyczne do zaburzeń depresyjnych w populacji wieku rozwojowego. Stąd niniejszy ustęp ma charakter wyłącznie informacyjny.

4.1.2 Charakterystyka kliniczna, zwyczajowa i uzupełniająca depresji

Kliniczna forma przebiegu depresji często nie daje się scharakteryzować wprost, ściśle i wyłącznie według kryteriów klasyfikacyjnych ICD i DSM. Zaburzenie przybierające formę klasyczną nazywane jest depresją prostą lub typową. Stan danej osoby, w jakim można wyróżnić pewne objawy depresji, których jakość, nasilenie i czas trwania nie wyczerpują kryteriów jej definitywnego rozpoznania, najczęściej nazywa się subdepresją lub depresją poronną. Subdepresja może być charakteryzowana jako osobna jednostka chorobowa, może także stanowić formę wstępną lub zejściową typowej depresji. Z racji obrazu klinicznego, na który składają się bardzo często objawy somatyczne i wegetatywne, depresja poronna bywa nazywana depresją wegetatywną. W podobnych przypadkach, gdy cechy stanu klinicznego danego pacjenta nie wyczerpują

kryteriów czasowych typowej depresji, klasyfikacja ICD-10 wyróżnia nawracające krótkotrwałe zaburzenia depresyjne, charakteryzujące się występowaniem kilkudniowych (trwających zwykle 2-4 dni, krócej niż 2 tygodnie) zespołów depresyjnych pojawiających się naprzemiennie z okresami dobrego samopoczucia i nawracających co kilka tygodni (nie dotyczy to przypadków zespołu napięcia przedmiesiączkowego, które w ICD-10 klasyfikowane jest inaczej)^{[12],[13],[15]}.

W literaturze medycznej, dystymia określana bywa również jako depresja o przebiegu przewlekłym lub depresja nerwicowa (dawniej używano nazw: depresja lękowa przewlekła, nerwica depresyjna, depresyjne zaburzenie osobowości). W DSM-5 uporczywe zaburzenie depresyjne obejmuje wyróżnione w DSM-IV (ang.: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*; Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiczych, Edycja Czwarta): przewlekłe większe zaburzenie depresyjne oraz zaburzenie dystymiczne^{[17],[18]}. Akiskal dzieli dystymię na: pierwotną (występującą bez związku z innymi zaburzeniami, zwykle u młodszych pacjentów) oraz wtórną (towarzyszącą innym chorobom, zwykle u starszych pacjentów)^[19].

Wyróżnia się również postać zaburzenia o charakterze depresyjnym niespełniające kryteriów ani depresji dużej ani dystymii (np. w przypadku, gdy jakość objawów występujących u konkretnej osoby odpowiada charakterystyce dystymii, jednak występują one przez okres zbyt krótki, by spełnić jej kryterium czasowe). Stan, w którym objawy trwającej dystymii przybierają coraz większy rozmiar dając obraz depresji dużej (nałożenie się zespołu objawów depresji dużej na trwającą uprzednio dystymię) w praktyce psychiatrycznej nazywany jest czasem podwójną depresją^{[12],[19]}.

Jeśli określone zaburzenie, na które składają się nie tylko objawy depresji, ale również pewne cechy mogące występować w ramach manii, nie spełnia kryteriów epizodu maniakalnego lub hipomaniakalnego (obecnie lub w przeszłości), przyjmuje się rozpoznanie zaburzenia depresyjnego z objawami mieszanymi (tzw. depresja mieszana). Celem podkreślenia odrębności od epizodu depresyjnego w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD), typowe zaburzenie depresyjne określa się czasem depresją jednobiegunową^{[12],[20]}.

4.1.2.1 Podział depresji ze względu na potencjalny czynnik wywołujący

W praktyce klinicznej zaburzenia depresyjne można podzielić z perspektywy domniemanego pochodzenia czynnika wywołującego objawy na:

- depresję endogenną, która związana jest z podatnością genetyczną i ma tendencję do nawracania bez ewidentnego i istotnego związku z wydarzeniami zewnętrznymi, jednak często rozpoczyna się pod wpływem zewnętrznego czynnika wyzwalającego,
- depresję reaktywną (czasem określana jest jako depresja sytuacyjna, egzogenna lub psychogenna), która stanowi dezadaptacyjną reakcję na stresujące doświadczenie (może przybierać formę np. depresyjnej reakcji w związku ze stratą bliskiej osoby)^{[21],[22]}.

Zasadność wyróżniania dwóch powyższych odmian depresji jest poddawana dyskusjom, z racji trudności w jednoznacznym określeniu pochodzenia czynnika/czynników wywołujących. Można przyjąć, że w praktyce oba te rodzaje mogą mieć zarówno komponenty wewnątrz-, jak i zewnątrzpochodne, przy czym w określonych sytuacjach można rozróżniać przyczyny depresji jako ewidentnie związane z traumatyzującym zdarzeniem – wówczas epizod objawowy może np. wystąpić raz w życiu i więcej nie nawracać, albo uwarunkowane indywidualną konstrukcją psychosomatyczną – gdy np. epizody mają u danej osoby tendencję do nawrotów. Podział ten ma charakter roboczy i umowny. W niektórych publikacjach można spotkać się z pojęciami, które przynajmniej do pewnego stopnia odpowiadają podziałowi depresji na endo- i egzogenną, choć stosowane są w innym kontekście. Np.: Carlson i wsp. oraz Barker wyróżnili depresję pierwotną i depresję wtórną, wiążąc pochodzenie tej pierwszej w zasadniczy sposób z czynnikami genetycznymi, zaś tej drugiej – z czynnikami nabytymi. Mimo to, autorzy podkreślają, że definitywne wyodrębnienie i rozdzielenie obu rodzajów czynników prodepresyjnych jest bardzo trudne w praktyce^[21],
^[22].

Rantala i wsp., mając na uwadze różnorodność szczegółowego obrazu klinicznego i różną odpowiedź na leczenie w przypadku poszczególnych epizodów depresji, proponują tzw. podział rozwojowy, który uwzględnia jakość domniemanej bezpośredniej przyczyny wywołującej zmianę nastroju i dalsze symptomy depresji. Zgodnie z tą koncepcją, wystąpienie zaburzenia depresyjnego może być efektem: infekcji, długotrwałego stresu, samotności / wykluczenia społecznego, traumatyzującego doświadczenia, konfliktu wartości, żałoby, odrzucenia w relacji

partnerskiej, urodzenia dziecka, pory roku, wpływu substancji psychoaktywnej, długotrwałego głodzenia, innych chorób somatycznych (np. organicznego uszkodzenia mózgu). Podział ten, zgodnie z koncepcją autorską, odzwierciedla źródła zależności psychofizjologicznych w przebiegu zaburzenia depresyjnego (zwłaszcza tzw. dużej depresji), mając na uwadze reakcje adaptacyjne i nieadaptacyjne. Tłumaczy zarazem potencjalnie różne reakcje organizmu na różne metody terapeutyczne, wykorzystywane w leczeniu depresji jako takiej. Łącząc źródło zmiany nastroju z kontekstem ogólnego stylu życia i predyspozycji poszczególnych osób, prezentowane podejście rozwojowe proponuje uzależnienie doboru metody leczenia depresji od źródła pochodzenia zmiany nastroju i jej dalszych implikacji^{[21],[22]}.

4.1.2.2 Charakterystyka depresji ze względu na jakość, nasilenie i kontekst kliniczny objawów

Zależnie od jakości oraz proporcji nasilenia poszczególnych objawów, jak i celem doprecyzowania tła przyczynowego poszczególnych zaburzeń, poszczególni autorzy, wymieniają następujące rodzaje depresji:

- depresja melancholiczna – postać z nasilonymi objawami, takimi jak: anhedonia, abulia, spadek napędu psychoruchowego, poczucie winy, bez zmian nastroju w związku z wydarzeniami zewnętrznymi, bez nasilonego lęku^[23],
- depresja atypowa (w pewnych przypadkach nazywana lękową lub agitowaną) – postać polegająca na „odwróceniu” najczęstszych cech depresji (typowej), obraz jej stanowią: pobudzenie psychoruchowe, wzmożony niepokój, silny lęk, zwiększony apetyt, nadmierna senność, drażliwość, charakterystyczne jest mniejsze nasilenie objawów w godzinach popołudniowych i wieczornych, występują zaburzenia snu w godzinach nad ranem, nasilone myśli samobójcze^[24],
- depresja maskowana – zespół depresyjny przebiegający pod postacią („maską”) objawów charakterystycznych dla innych niż depresja zaburzeń: zespołów bólowych (ból brzucha, głowy, pleców, klatki piersiowej, kończyn, narządów płciowych itp.), psychosomatycznych i wegetatywnych (biegunka, zaparcie, wymioty, zawroty głowy, duszność, zaburzenia funkcji seksualnych, zaburzenia widzenia itp.), psychopatologicznych i behawioralnych (zaburzenia lękowe, obsesyjno-kompulsyjne,

odżywiania, fobie szkolne, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zachowania ryzykowne, nieracjonalne itp.), jak i zmian rytmu dobowego (wczesne lub późne zasypianie i budzenie się, spożywanie posiłków o nietypowych porach itp.)^[25],

- depresja sezonowa lub depresja o sezonowym wzorcu przebiegu (SAD – ang.: *seasonal affective disorder*) – stanowi reakcję na zmianę pór roku (intensywność naświetlenia słonecznego), charakteryzując się okresowym i cyklicznym występowaniem objawów (głównie: obniżenie aktywności, pogorszenie nastroju, drażliwość, nadmierna senność, pogorszenie jakości snu, wzmożony apetyt na węglowodany)^{[20],[26]},

- depresja poporodowa (postnatalna) – stan, który pojawia się w wyniku zmian hormonalnych dokonujących się po porodzie, jak również z powodu poczucia trudności w przystosowywaniu się do roli matki (opieka nad małym dzieckiem), objawy: obsesyjne zamartwianie się o zdrowie dziecka, poczucie bycia bezwartościową matką, brak wiary we własne możliwości, zniechęcenie, przemęczenie, zaburzenia snu, brak poczucia więzi z dzieckiem, często gniew na dziecko, a nawet jego odrzucenie (objawy pojawiają się zwykle do 4 tygodni po porodzie, epizod trwa zazwyczaj 3-9 miesięcy)^[27],

- depresja w ciąży – objawy typowe dla depresji wywołane są zmianami zachodzącymi w organizmie ciężarnej, jak również jej podatnością indywidualną oraz czynnikami społeczno-środowiskowymi stanowiącymi kontekst ciąży (np. brak akceptacji ciąży). Poza klasycznymi objawami może występować również: podwyższony poziom lęku o zdrowie swoje i płodu, rozdrażnienie, nietolerowanie krytyki ze strony innych osób, wrogość względem otoczenia. Depresja u ciężarnych może być przyczyną, ale i skutkiem powikłań położniczych^[28],

- depresja anaklityczna – stan występujący u niemowlęcia, jako reakcja na odizolowanie go od matki lub osoby pełniącej podobną rolę (zaburzenia łaknienia, zaburzenia snu, pogorszenie stanu fizycznego, regresja w rozwoju, zubożenie, apatia, stereotypie, kiwanie głową, regresywne zachowania autoerotyczne [por. Podrozdział 5.3.5.1]),

- depresja młodzieńcza – typ depresji charakterystyczny dla osób młodych (dzieci, nastolatki), która poza klasycznymi objawami depresji charakteryzuje się głównie rozdrażnieniem, zaburzeniami snu i apetytu, tendencją do somatyzacji, jak i towarzyszącymi zachowaniami autodestrukcyjnymi, fobią szkolną czy sięganiem po używki. Szczególne koncepcje i podział depresji młodzieńczej opracowali: Kępiński

(depresja apatyczno-abuliczna, depresja buntownicza, depresja rezygnacyjna, depresja labilna) oraz Bomba (depresja z rezygnacją, depresja z niepokojem, depresja hipochondryczna) (por. Podrozdziały: 5.3.2 i 5.3.3),

- depresja wieku starczego – poza objawami charakterystycznymi dla klasycznej depresji, polega na znacznym upośledzeniu procesów poznawczych (tzw. pseudootępienie depresyjne, depresja rzekomootępienna), często z towarzyszącymi zespołami bólowymi i uporczywym poszukiwaniem pomocy medycznej w związku z domniemanymi chorobami somatycznymi. Pojawia się dość często u starszych osób żyjących samotnie, jak również w czasie lub po okresie menopauzy/andropauzy (tzw. depresja inwolucyjna)^[29],

- tzw. depresja egzystencjalna – według niektórych autorów jest to forma depresji reaktywnej, polegająca na negatywnym przeżywaniu swojego życia jako całości, charakteryzująca się utratą celów życiowych, poczuciem zwodu, beznadziei, przekonaniem o braku sensu życia i otaczającego świata^[30],

- tzw. depresja z wyczerpania – przeżywanie zaburzenia depresyjnego jako konsekwencji wyczerpania procesów adaptacyjnych i braku skuteczności mechanizmów obronnych wobec długotrwałych obciążeń emocjonalnych (np. trudności w życiu zawodowym, rodzinnym i osobistym), występująca zwłaszcza u osób podatnych (nadmiernie wrażliwych, perfekcjonistów itp.). Praktycznie rzecz biorąc, większość rodzajów depresji (zwłaszcza reaktywnej) można traktować jako konsekwencję takiego swoistego wyczerpania zdolności radzenia sobie ze stresem^[22].

4.1.2.3 Charakterystyka depresji ze względu na szczególny obraz kliniczny

Ze względu na dominujący, szczególny obraz symptomatologiczny, klinicyści zwyczajowo wyróżniają również postacie depresji, takie jak np.: depresja psychotyczna (depresja urojeniowa, zespół depresyjno-urojeniowy), depresja lękowa (zespół depresyjno-lękowy), depresja hipochondryczna, depresja depersonalizacyjna (zespół depresyjno-derealizacyjny), depresja anankastyczna (zespół depresyjno-anankastyczny), depresja zahamowana (osłupienie depresyjne, depresja katatoniczna)^[31]. Ze względów pragmatycznych, wyróżnia się także depresję lekooporną, jako taką, w leczeniu której zawodzą klasyczne formy terapii^[32]. Ponadto, w literaturze medycznej można spotkać

się z określeniami charakteryzującymi depresję ze względu na przejawiane przez osobę chorą czynności szczególne, patologiczne ze społecznego punktu widzenia (np. zaburzenia depresyjne z kradzieżami)^[33].

4.1.3 Syndrom depresyjny w przebiegu innych zaburzeń

Symptomy depresyjne mogą przybierać formę zespołu objawów także w przebiegu innych zaburzeń. Wyróżnia się np.:

- fazę depresyjną w przebiegu zaburzenia dwubiegunowego,
- syndrom depresyjny związany z zaburzeniami schizofrenicznymi i schizoafektywnymi (np. depresja postschizofreniczna),
- syndrom depresyjny w przebiegu chorób o podłożu organicznym (tzw. depresja somatogenna – np. w: chorobie Alzheimera, chorobie Parkinsona, uszkodzeniu toksycznym mózgu, chorobach nowotworach OUN),
- syndrom depresyjny spowodowany użyciem środków farmakologicznych (patrz tab. 4.2),
- syndrom depresyjny w przebiegu zaburzeń nerwicowych,
- syndrom depresyjny w zaburzeniach osobowości (np.: anankastycznym, typu borderline),
- syndrom depresyjny w przebiegu ciężkich chorób somatycznych (tzw. depresja somatyczna),
- depresyjne zaburzenia zachowania.

Tabela 4.2: <i>Przykłady środków farmakologicznych, których stosowanie może być związane z wystąpieniem depresji jako działaniem niepożądanym, reakcją na odstawienie itp.</i>^{[2],[34]}
interferon, kortykosteroidy, leki przeciwpsychotyczne (np.: chloropromazyna, flufenazyna, haloperidol), leki przeciwdrgawkowe (np.: fenytoina, wigabatryna), leki przeciwwirusowe (np. efawirenz), benzodiazepiny, barbiturany, opioidy, tiazydy, beta-blokery, metyldopa, rezerpina, izotretynoina, cymetydyna, aminofilina, klonidyna, preparaty naparstnicy, hormonalne środki antykoncepcyjne, środki stosowane w rzucaniu palenia (np. wareniklina), alkohol, dysocjanty (np. fencyklidyna), stymulanty (np.: amfetamina, kokaina)

Stany ogólnomedyczne, które w sposób szczególny wiążą się z syndromem depresyjnym to: choroby nowotworowe, zawał mięśnia sercowego, udar oraz ciąża. Poza tym, w populacji pediatrycznej obserwuje się dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju (uporczywa drażliwość, częste epizody skrajnego osłabienia kontroli behawioralnej), które może przybierać formę objawową jak w typowym zespole depresyjnym. Innym stanem, który należy odróżniać od zaburzeń afektywnych o charakterystyce typowej depresji jest występujące u kobiet przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne. Klasyfikacja DSM-5 wymienia oba te stany, podobnie jak syndromy depresyjne spowodowane stanem ogólnomedycznym i wywołane substancją lub lekiem w szerokim spektrum zaburzeń depresyjnych. Dla przypadków niezakwalifikowanych do którejś z wymienionych wyżej jednostek pozostawiono dwa rozpoznania uzupełniające to spektrum: inne określone zaburzenie depresyjne oraz nieokreślone zaburzenie depresyjne^[14].

Pewne stany kliniczne, w których obrazie i przebiegu występują wyraźne cechy zaburzenia depresyjnego, rozpoznaje się i kwalifikuje jako inne, osobne jednostki chorobowe. Ma to miejsce zwłaszcza w przypadkach, gdy zewnętrzny czynnik wyzwalający objawy jest ewidentny i definitywnie rozpoznany, przy jednoczesnym założeniu, że bez jego wystąpienia syndrom depresyjny najprawdopodobniej nie pojawiłby się u danej osoby (np.: zespół stresu pourazowego, ostra reakcja na stres, zaburzenie adaptacyjne, zaburzenie przystosowania z nastrojem depresyjnym). W tych

przypadkach, diagnoza może przybrać formę np. „zaburzenie adaptacyjne – reakcja depresyjna (krótka, przedłużona lub mieszana)”^[33].

4.1.4 Inne formalne klasyfikacje zaburzeń depresyjnych

4.1.4.1 Depresja w Klasyfikacji diagnostycznej zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęstwa i wczesnego dzieciństwa (ZERO TO THREE, 2016, 2021)

Począwszy od 1994 roku, organizacja ZERO TO THREE wydaje i uaktualnia klasyfikację *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood* (pol.: Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęstwa i wczesnego dzieciństwa), której aktualnie obowiązująca wersja (DC:0-5) stanowi udoskonalenie poprzednich: DC:0-3 i DC:0-3R, a jak wskazuje nazwa – odnosi się do zaburzeń psychicznych i rozwojowych obserwowanych u najmłodszych dzieci. DC:0-5 jest stosowanym międzynarodowo systemem diagnozy wieloosiowej, mającym na celu wsparcie klinicystów zajmujących się zdrowiem psychicznym i rozwojem dzieci od 1. do ukończenia 5. roku życia. Posługiwanie się klasyfikacją DC:0-5 nie obowiązuje w sposób uniwersalny i bezwzględny we wszystkich krajach, tym niemniej może być praktycznie użyteczne, również na gruncie polskim.

DC:0-5 wyróżnia zatem depresję wczesnodziecięcą, której rozpoznanie wymaga spełnienia następujących warunków:

- depresyjny nastrój lub rozdrażnienie,
- anhedonia,
- (2 z poniższych):
 - * znacząca zmiana apetytu lub zaburzenia wzrastania fizycznego,
 - * bezsenność lub wzmożona senność,
 - * niepokój psychoruchowy lub ospałość,
 - * zmęczenie lub utrata energii,
 - * uczucie bycia bezwartościowym, nadmierne poczucie winy,
 - * obniżona zdolność do skupiania uwagi, wytrwałości i podejmowania decyzji,

- * zaabsorbowanie tematami śmierci albo samobójstwa lub próby samouszkodzenia,
- objawy lub sposób, w jaki opiekunowie się do nich przystosowali zakłócają funkcjonowanie dziecka lub rodziny na co najmniej jeden z poniższych sposobów:
 - * powodują dystres u dziecka,
 - * zakłócają relacje dziecka,
 - * ograniczają uczestniczenie dziecka w rozwojowo oczekiwanych aktywnościach i rutynach,
 - * ograniczają uczestniczenie rodziny w codziennych aktywnościach i rutynach,
 - * ograniczają możliwości dziecka w uczeniu się lub utrudniają rozwój,
- objawy występują przez większość dni, przynajmniej przez 2 tygodnie^[35].

4.1.4.2 Depresja według ICD-11 (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja Jedenasta; Światowa Organizacja Zdrowia, 2019)

Należy zasygnalizować, że opracowywana w latach 2007-2018, zatwierdzona w 2019 i przeznaczona do oficjalnego użycia począwszy od 2022 roku najnowsza rewizja ICD (ICD-11), która nie jest aktualnie (2024 r.) formalnie stosowana w Polsce, wprowadza pewne zmiany w klasyfikacji i nomenklaturze zaburzeń depresyjnych. Zaburzenia depresyjne stanowią w ICD-11 część grupy zaburzeń o nazwie ‘Zaburzenia nastroju’, zaś dzielą się na 5 jednostek:

- zaburzenie depresyjne z pojedynczym epizodem (6A70),
- nawracające zaburzenia depresyjne (6A71),
- zaburzenie dystymiczne (6A72),
- inne określone zaburzenie depresyjne (6A7Y),
- zaburzenie depresyjne, nieokreślone (6A7Z).

Osobną jednostką, łączącą cechy zaburzenia depresyjnego i lękowego, jest zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane (6A73)^[36].

Omówienie sposobu i kryteriów klasyfikowania poszczególnych zaburzeń depresyjnych według ICD-11 w chwili obecnej wykracza poza zakres tematyczny niniejszej pracy.

4.2 Etiopatogeneza zaburzeń depresyjnych

Przyczyny występowania zaburzeń depresyjnych nie zostały ustalone, scharakteryzowane i zaklasyfikowane w sposób wyczerpujący i niebudzący wątpliwości. Przyjmuje się, że w większości przypadków występowania tego zaburzenia, rolę inicjującą odgrywa czynnik lub zespół czynników wyzwalających, przy czym zasadnicze znaczenie dla przebiegu choroby mają warunki indywidualne, w tym podatność osobnicza i profil genowy. Podejście, które wskazuje na współodpowiedzialność czynników zewnętrznych i indywidualnych za wystąpienie zaburzenia depresyjnego bazuje na modelu predyspozycja-stres. Model ten jest wspólny dla wielu hipotez powstawania depresji, z kolei same mechanizmy jej powstawania mogą ze sobą współlistnieć i wzajemnie uzupełniać, przyczyniając się do powstawania podobnych zespołów objawowych u różnych osób. Ogólny podział domniemanych przyczyn powstawania depresji przyjmuje hipotezy adaptacyjne, biologiczne i psychologiczne. Jest to tym niemniej podział roboczy, jako że wiele koncepcji mechanizmów etiopatogenetycznych wydaje się łączyć ze sobą czynniki o różnej genezie. Przykładem złożoności koncepcyjnej jest hipoteza wpływu czynników żeńskich na występowanie i nasilenie objawów depresji. Jej biologiczny wymiar nie jest w pełni dowiedziony ani przekonujący^{[13],[20],[21],[22]}. Stąd, kwestia ta jest tylko częściowo omówiona w niniejszym podrozdziale pracy, częściowo zaś w Podrozdziale 4.5.1.3, poświęconym epidemiologii depresji w obrębie grup płciowych.

4.2.1. Adaptacja do niesprzyjających warunków a objawy depresji

Obserwacja zachowań przedstawicieli poszczególnych gatunków doprowadziła do wniosku, że nastrój jest ściśle powiązany z doświadczeniem oraz aktywnością. Obciążające warunki panujące w otoczeniu, które w wymiarze indywidualnym prowadzą do ponoszenia strat prowadzących do cierpienia oraz do nieuzyskiwania satysfakcji, wiążącego się z brakiem zadowolenia, sprawiają, że lęk (obawa przed stratą) oraz przygnębienie (brak satysfakcji spowodowany brakiem zdobyczy), wynikające z osobistych doświadczeń, idą w parze z obniżeniem aktywności, które ma na celu minimalizowanie ryzyka pogarszania się sytuacji (czyli wystąpienia dalszych strat i niedoboru satysfakcjonujących zysków). Wycofywanie się

jednostki z aktywności może być w tym sensie rozumiane jako biologiczna próba zredukowania ryzyka w niesprzyjających warunkach. Analogicznie można rozumieć stan względnej apatii w przebiegu choroby somatycznej, której obecność związana jest z wyhamowaniem aktywności oraz obniżeniem nastroju (np. w wyniku doznawania bólu lub niepełnosprawności). Wówczas również celowe staje się obniżanie wydatkowania energii, zapobiegające dalszemu negatywnemu rozwojowi sytuacji.

Organizm nauczony doświadczeniem może w pewnym sensie prewencyjnie przygotowywać się do przewidywanego pogorszenia warunków. Fakt ten może tłumaczyć nawracanie lub długotrwałe utrzymywanie się stanu obniżonej aktywności połączonego z negatywizmem emocjonalnym, które może mieć na celu uniknięcie zaskoczenia obciążeniami zewnętrznymi lub wewnętrznymi albo zapobieganie przedwczesnemu powrotowi do normalnej aktywności w nadal niesprzyjających warunkach. Tak rozumiane zjawisko obniżania nastroju i spadku aktywności można postrzegać jako ewolucyjnie uwarunkowaną próbę zaadaptowania się do potencjalnych trudności^{[24],[26],[37]}.

4.2.2 Biologiczne hipotezy depresji

Poszukując przyczyn choroby jako procesu patofizjologicznego, nie sposób nie brać pod uwagę jej możliwego podłoża biologicznego. Badania nad zaburzeniami depresyjnymi skutkowały powstaniem wielu koncepcji i hipotez biologicznych. Wiele z tych badań było inicjowanych obserwacjami wpływu, tak pozytywnego, jak i negatywnego, różnorodnych czynników fizycznych i chemicznych, strukturalnych i czynnościowych na występowanie, nasilanie się, łagodzenie i ustępowanie symptomów depresyjnych. W dotychczas przeprowadzonych badaniach obserwowano, że taki wpływ wykazują zarówno środki farmakologiczne (antydepresanty oraz leki, które w zakresie skutków niepożądanych mają działanie prodepresyjne), światło słoneczne (obecność lub niedobór), zmiany strukturalne tkanek wywołane procesem patologicznym, a nawet elektrowstrząsy, które w dalszym ciągu stanowią skuteczną metodę terapeutyczną w wielu przypadkach lekoopornej depresji. Rzecz jasna, analiza pro- lub antydepresyjnego wpływu określonych czynników na organizm ludzki opiera się nie tylko na ocenie ich bezpośredniego oddziaływania na OUN, ale również

pośredniczącego znaczenia osi hormonalnych i podatności warunkowanej genotypem. Kwestią niezmiernie trudną do jednoznacznego rozstrzygnięcia pozostaje ocena, czy dane zjawisko natury biologicznej, które koreluje z przebiegiem depresji, stanowi jego rzeczywistą przyczynę czy też jest jego potencjalnym skutkiem. Ponadto, zasadnicza okazuje się analiza danego czynnika pod względem jego trwałej lub incydentalnej obecności oraz wpływu pro- lub antydepresyjnego u osób z domniemaną podatnością lub brakiem podatności na wystąpienie depresji. W końcu, należy pamiętać o tzw. mechanizmach dynamicznych, czyli niejako wpływie samego przeżywania objawów depresji na dalsze ich trwanie lub pojawianie się i nasilenie w kolejnych epizodach choroby. Z kolei sama kwestia tzw. podatności również pozostaje przedmiotem analiz i dyskusji obfitujących w kontrowersje. Badacze zastanawiają się, czy większe znaczenie dla wystąpienia objawów depresji ma czynnik, który zadziałał bezpośrednio w danym momencie, czy też strukturalne i/lub czynnościowe zmiany w OUN, jakie mogły zajść wcześniej, w przebiegu rozwoju osobniczego (np. na skutek zakażeń w życiu płodowym), przyczyniając się do wytworzenia domniemanej podatności (hipoteza neurorozwojowa)^[38].

4.2.2.1 Monoaminergiczna koncepcja patofizjologii depresji

Badania polegające m.in. na ocenie skuteczności środków farmakologicznych stosowanych w depresji, doprowadziły do wniosków, że w rozwoju zaburzenia istotną rolę odgrywają nieprawidłowości dotyczące szlaków nerwowych wykorzystujących neurotransmitery monoaminowe: serotoninę (hipoteza serotoninowa), dopaminę i noradrenalinę (hipoteza katecholaminowa). Przekazniki te pełnią istotną funkcję w aktywności układu limbicznego, uczestnicząc w regulowaniu popędów i emocji. Obniżanie się stężenia tych mediatorów w przestrzeniach synaptycznych, jak również zaburzone mechanizmy receptorowe (prawdopodobnie nadwrażliwość receptorów postsynaptycznych indukowana niskim stężeniem mediatorów w szczelinie synaptycznej – ang.: *up-regulation*), prowadzą do spadku nastroju i zmian aktywności. Stosowanie leków, takich jak inhibitory monoaminoooksydazy (IMAO – hamują rozkład neuroprzekazników monoaminowych przez enzym monoaminoooksydazę) oraz selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI – ang.: *selective*

serotonin reuptake inhibitor), inhibitory wychwyty noradrenaliny, dopaminy lub serotoniny i noradrenaliny (TLPD – trójcykliczne leki przeciwdepresyjne; SNRI – ang.: *serotonin norepinephrine reuptake inhibitor*), poprzez zwiększanie ich stężenia (biodostępności) i oddziaływania receptorowego (zmniejszanie wrażliwości receptorowej – desensytyzacja receptorów) w synapsach, przyczynia się do redukcji intensywności objawów depresji. Należy mieć na uwadze fakt, że samo zwiększanie stężenia wymienionych przekźników w przestrzeniach synaptycznych nie ma prostego i proporcjonalnego przełożenia na redukcję objawów depresyjnych, co pośrednio można stwierdzić na podstawie obserwowanego opóźnienia efektu klinicznego względem początku stosowania wymienionych leków. Tym samym, uzasadniona wydaje się teza o mechanizmie receptorowym – dostępność receptorów aminowych zmienia się zależnie od stężenia transmiterów w przestrzeniach synaptycznych. Część badaczy (m.in.: McNeal, Cimbolic)^[39] uważa mechanizm receptorowy za bardziej znaczący w generowaniu i ustępowaniu objawów. Siever i wsp. zasugerowali, że o pojawianiu się lub zanikaniu symptomów depresji decyduje niestabilność, desynchronizacja i nieprawidłowe reakcje w systemie neuroprzekźników monoaminowych, nie zaś wyłącznie ich stężenie w obrębie synaps^[40]. Analizując neurofizjologiczne podłoże depresji nie należy zapominać o znaczeniu wzajemnych powiązań systemów neurotransmisji, których aktywność może być modulowana np. na skutek działania wymienionych leków^{[20],[41],[42]}.

4.2.2.2 Hipoteza zapalna stanu depresyjnego

Część autorów zwraca uwagę na fakt współwystępowania cech depresji z określonymi zmianami zachodzącymi w obrębie systemu immunologicznego (np. Jeon i wsp.)^[43]. Symptomy depresji występują istotnie częściej u ludzi chorujących na przewlekłe choroby zapalne o niewielkim nasileniu, takie jak w przypadku np.: zaburzeń ze strony układu pokarmowego, stanów zapalnych układu ruchu, alergii czy endokrynopatii. Poza tym, wiele leków immunomodulujących ma udowodnione działanie depresjogenne (por. tab. 4.2). Biochemicznym odzwierciedleniem różnic w aktywności układu odpornościowego u osób depresyjnych i niedepresyjnych są choćby zmiany stężeń niektórych cytokin prozapalnych w stosunku do przeciwzapalnych (np.

interleukin: IL-1 i IL-6 vs. IL-10), co można uznać za pośredni dowód wzajemnego związku pomiędzy stanem depresji a stanem zapalnym^{[37],[43],[44]}. Złożoność patomechanizmów zapalnych w przebiegu chorób alergicznych oraz ich domniemany związek z występowaniem zaburzeń emocjonalnych, w tym stanów obniżonego nastroju jest obecnie przedmiotem analiz badawczych^[45]. W tym kontekście ocenia się również rolę jakościową i ilościową mikrobioty jelitowej oraz nadwrażliwości pokarmowych (np. zależnych od immunoglobuliny G [IgG-zależnych]), jako czynników znaczących dla zapobiegania lub prowokowania reakcji zapalnych, w tym alergicznych, oraz ich wtórnych skutków, np. potencjalnych zaburzeń depresyjnych^{[46],[47],[48]}.

Szersze omówienie zależności pomiędzy patofizjologią zaburzeń depresyjnych i chorób zapalnych zawarto w Podrozdziale 4.3.

4.2.2.3 Genetyczne czynniki rozwoju depresji

Celem weryfikacji założeń przyjmujących genetyczną podatność na depresję bada się rodziny, stosując modele matematyczne i metody biologii molekularnej. Wskaźniki rozpowszechnienia depresji wśród krewnych pierwszego stopnia okazują się wyższe niż wskaźniki dotyczące populacji ogólnej. Istnieją przesłanki, że podatność na zachorowania w obrębie tej samej rodziny dotyczy zwłaszcza ciężkich postaci choroby. Dotychczasowe badania sugerują, dystymia jest znacząco bardziej swoiście rozpowszechniona w rodzinach pacjentów z dystymią niż w rodzinach, gdzie tej formy zaburzenia dotychczas nie rozpoznano. Zauważono również znacząco większą podatność na depresję u dzieci rodziców chorujących na nią^[49]. Przytoczone wnioski z obserwacji nie stanowią jednak dowodu wyłącznego wpływu dziedziczenia genów na powstawanie zaburzenia depresyjnego, jako że istotnym tego czynnikiem w obrębie rodzin może być kontekst psychologiczny wychowywania dzieci, stresogenne środowisko lub powielanie nieprawidłowych wzorców behawioralnych. Bardziej przekonujących dowodów na genetyczną skłonność do powstawania depresji mogą dostarczać wyniki badań bliźniąt. Badania prowadzone w latach 80. i 90. XX wieku dowiodły, że rozpowszechnienie depresji wśród bliźniąt jednojajowych jest około 2-3 krotnie większe niż wśród bliźniąt dwujajowych. W obu przypadkach rodzeństw bliźniaczych wskaźniki te były wyższe niż w populacji ogólnej. Choć w istocie osoby z

rodzeństw bliźniaczych najczęściej wychowują się wspólnie, a przez to podlegają podobnym wpływom psychospołecznym, co zapewne ma tu istotne znaczenie, rola genetycznej skłonności do zapadania na depresję wydaje się znacząca. Podobnych obserwacji i wniosków dostarczyły badania bliźniąt i dzieci adoptowanych^{[41],[49]}.

Prowadzone badania koncentrujące się na molekularnym podłożu genetycznym depresji nie doprowadziły do poznania jednego genu lub zespołu genów w przypadkach podobnych klinicznie przebiegów zaburzenia. Przyjęto, że dziedziczenie podatności na depresję nie podlega w pełni klasycznym wzorcom mendlowskim, zaś za powstawanie podobnego obrazu fenotypowego mogą być odpowiedzialne różne kombinacje genotypowe w połączeniu z różnym wpływem czynników zewnętrznych. Zakładając współdziałanie czynników genetycznych i środowiskowych w modelu predyspozycja-stres, część badaczy uważa, że znaczenie genów polega w tym przypadku na przyczynianiu się do zwiększania (działanie prodepresyjne) lub zmniejszania (działanie antydepresyjne) wrażliwości na działanie stresujących bodźców. Stąd, u osób predysponowanych określone czynniki stresowe mogą stać za wywołaniem objawów depresji, a u innych nie. Niektórzy autorzy zwracają uwagę na fakt, że profil genetyczny charakterystyczny dla niektórych rodzin, kształtując jakość i predyspozycje biologiczne ich członków, w tym ich wrażliwość, temperament, skłonności i usposobienie, może pośrednio przyczyniać się do wyzwalania stresogennych czynników zewnętrznych, które z kolei mogą działać u nich prodepresyjnie (korelacja podatności indywidualnej i czynników zewnętrznych)^[41].

Najnowsze doniesienia informują o zidentyfikowaniu ponad 100 loci genowych związanych z ewentualną podatnością na depresję (w tym kodujących białka odpowiedzialne za produkcję pęcherzyków w neuronach presynaptycznych, transmisję dopaminergiczną, receptory glutamatergiczne, jak i elementy strukturalne błonowych kanałów wapniowych). W badaniach Genome Wide Association Studies (GWAS) opisano 178 loci genów związanych z podwyższonym ryzykiem występowania depresji, a ponadto ponad 200 loci genów podejrzewa się o związek z jej pojawianiem się. Labonte i wsp. informują również o genach mogących mieć wpływ na powstawanie różnic w przebiegu depresji w zależności od płci^[48].

4.2.2.4 Neuroendokrynologiczne zależności depresji

Odpowiedzialny za procesy emocjonalne układ limbiczny wpływa na funkcje podwzgórza, przez co pośrednio ma również wpływ na układ endokrynnny oraz autonomiczny układ nerwowy. Badania wykazują, że u osób z depresją oraz u osób bez depresji występują znaczące różnice w stężeniu kortyzolu oraz CRF (ang.: *corticotropin-releasing factor*; czynnik uwalniający kortykotropinę). CRF jest produkowany w podwzgórzu, zaś kortyzol (podstawowy hormon stresu) – w nadnerczach. W normalnych warunkach hormonalne osie sprzężeń zwrotnych regulują homeostazę ustroju, kontrolując poziom odpowiednich hormonów. W stanie depresji poziom kortyzolu jest istotnie wyższy niż w stanie zdrowia. Ponadto, zaburzeniu ulega czynność osi sprzężenia zwrotnego. W wielu przypadkach potwierdzono doświadczalnie, że u osób depresyjnych nadnerczowe wydzielanie kortyzolu nie ulega zmniejszeniu w czasie testu z deksametazonem^{[26],[37],[41]}. Pomimo podania deksametazonu, stężenie kortyzolu utrzymuje się na wyższym poziomie niż ma to miejsce w przypadku osób bez depresji. Zauważono, że u wielu osób, u których nie obserwowano prawidłowej reakcji w teście z deksametazonem nawet pomimo ustąpienia objawów, epizody depresyjne miały tendencję do szybszego nawracania i cięższego przebiegu w porównaniu do osób, u których wydzielanie kortyzolu wracało do normy w czasie remisji^[41]. McNeal i wsp. zasugerowali, że zmniejszona gęstość noradrenalinowych receptorów postsynaptycznych w podwzgórzu może blokować jego zdolność odbioru informacji o poziomie kortyzolu we krwi, a tym samym wpływać hamująco na czynność regulacji funkcji przysadki i nadnerczy^[39]. Gold i wsp. zaproponowali model zintegrowany, w którym zasadniczą rolę przypisano czynnikom ostrego, uogólnionego stresu, który nie ulegając zmniejszeniu przez odpowiednio długi okres, prowadzi do opisanego wyżej zaburzenia reakcji HPA (ang.: *hypothalamic-pituitary-adrenal axis*; oś podwzgórze-przysadka-nadnercza). Badacze ci wskazali, że predysponować do takiego zaburzenia może profil genetyczny lub wczesna sensytyzacja OUN, wynikająca np. z przeżycia silnego stresu w dzieciństwie^[41]. Smart i wsp. sugerują, że powyżej opisywane zmiany strukturalno-czynnościowe stanowiące podłoże występowania objawów depresji, mogą w wymiarze molekularnym zachodzić w mechanizmach epigenetycznych, tj. polegających na modyfikacji ekspresji genów, np. w reakcjach metylacji czy przyłączania mikroRNA^[37]. Parnowski przedstawia z

kolei obserwacje z badań dotyczących roli zlokalizowanych w układzie limbicznym receptorów dla mineralokortykoidów i glukokortykoidów w generowaniu objawów depresji^[43]. Długotrwałe (np. związane ze stresem i/lub stanem zapalnym) pobudzenie receptorów mineralokortykoidowych przez kortyzol, do którego mają one inne powinowactwo niż receptory glukokortykoidowe, oraz wystąpienie oporności związanej z receptorami glukokortykoidowymi (biorącymi udział w ujemnym sprzężeniu zwrotnym osi stresu) może doprowadzić do przewlekłej aktywacji stresowej, w konsekwencji do zanikania komórek hipokampu, zmniejszenia aktywności procesów neurogenezy i plastyczności synaptycznej, oraz zaburzenia sygnałów monoaminergicznych, a co za tym idzie – pojawienia się symptomów depresyjnych.

W poszukiwaniu przyczyn zaburzeń depresyjnych badano również funkcję wydzielania tyreoliberyny (TRH – ang.: *thyrotropin-releasing hormone*), która stymuluje sekrecję tyreotropiny (TSH – ang.: *thyroid-stimulating hormone*) przez przysadkę. Oba te hormony są powiązane z fizjologią odczuwania odpoczynku, aktywności i pozytywnego nastroju. Doświadczalnie stwierdzono, że u dorosłych osób z depresją synteza i wydzielanie TSH w odpowiedzi na wzrost stężenia TRH jest obniżone. Nie potwierdzono jednak tej obserwacji w populacji dzieci i nastolatków^[41]. Cui i wsp. przywołują wyniki badań, zgodnie z którymi hormony produkowane przez tarczycę, pełniąc rolę stymulującą w syntezie mikrogleju, proliferacji astrocytów i oligodendrocytów, interakcji gleju z komórkami nerwowymi, jak i produkcji czynników wzrostowych w OUN, wykazują protekcyjny wpływ antydepresyjny^[48].

Pomiary poziomu hormonu wzrostu (GH – ang.: *growth hormone*) w okresie depresji dały niejednoznaczne wyniki. W części badań stwierdzono znacząco zwiększony poziom GH w godzinach nocnych u adolescentów, których objawy odpowiadały większemu zaburzeniu depresyjnemu^[41].

Badacze skłaniają się do konkluzji, że za pojawianie się objawów depresji u dzieci i młodzieży przynajmniej częściowo odpowiada ogólny brak równowagi w osiach hormonalnych sprzężeń zwrotnych w okresie dojrzewania^[50].

Osobnym aspektem wydaje się związek żeńskich hormonów płciowych z występowaniem zaburzeń depresyjnych. Korelacja jakościowo-ilościowa tych hormonów z depresją wydawać się może oczywista i istotna choćby z racji statystycznie częstszego populacyjnie występowania depresji u kobiet niż u mężczyzn począwszy od

okresu dojrzewania płciowego, a ponadto ujawniania się i/lub nasilania objawów depresji w związku z ciążą, po ciąży oraz w okresie przedmiesiącznym i okołomenopauzalnym. Tym niemniej, badania w tym obszarze dawały niejednoznaczne wyniki, niedające podstawy do wyciągnięcia uniwersalnych wniosków^[51]. Część autorów skłania się do przypuszczenia, jakoby bardziej znaczącą rolę w powstawaniu istotnych statystycznie różnic dotyczących depresji pomiędzy kobietami i mężczyznami, odgrywały czynniki psychospołeczne i kulturowe (por. Podrozdział 4.5.1.3). Na modelach zwierzęcych wykazano natomiast, iż estrogeny – działając na receptory przezłonowe – mogą pełnić funkcję protekcyjną względem komórek nerwowych, zaś ich oddziaływanie na jądrowe receptory estrogenowe przyczynia się do redukcji stresowego pobudzenia osi HPA, jak i zachowań lękowych^[48].

4.2.2.5 Biologiczny rytm dobowy i sezonowy a objawy depresji

Wahania dobowe dotyczące jakości i nasilenia objawów depresji skłoniły badaczy do analizy jej ewentualnego związku z dobowym cyklem procesów somatycznych i behawioralnych. Przykładem zaburzenia mającego przełożenie na pojawianie się symptomów jest zmiana rytmu wydzielania kortyzolu, którego poziom może wzrastać u osób z depresją w godzinach nocnych zamiast rano, co z kolei prowadzić może do zaburzeń snu charakterystycznych dla depresji^[41].

Thase i wsp. podali trzy anomalie dotyczące wzorców snu u osób depresyjnych. Po pierwsze, ok. 80% osób z cechami dużej depresji ma problem z zachowaniem ciągłości snu (trudności z zaśnięciem i spaniem bez przerw, wczesne budzenie się) – często nie tylko w okresach objawowych. Po drugie, u chorych na depresję w badaniu elektroencefalograficznym we śnie obserwuje się skrócenie okresu snu wolnofalowego (delta) – szczególnie u ludzi cierpiących z powodu tzw. depresji melancholijnej. Trzecia cecha to zmiany charakteru i rozkładu czasowego fazy snu REM (ang.: *rapid eye movement*; faza snu o szybkich ruchach gałek ocznych), której pierwszy okres u osób zdrowych pojawia się po około 1-2 godzinach od początku snu, zaś w przypadkach depresji przejawia tendencję do wcześniejszego wystąpienia (przed upływem godziny od zaśnięcia) u około połowy pacjentów. Zjawisko to określa się jako skróconą latencję fazy snu REM. W przypadku zaburzeń depresyjnych często stwierdza się większą

aktywność REM (gęstość REM) w pierwszych godzinach snu, co według Reynoldsa i wsp. wiąże się ze złośliwym przebiegiem i ryzykiem nawrotu zaburzenia depresyjnego. Część autorów stwierdza, że nieprawidłowe wzorce snu mają tendencję do utrzymywania się również w okresach remisji choroby. Z kolei Thase i wsp. zauważyli, że u pacjentów płci męskiej gęstość fazy REM może ulegać normalizacji wraz z poprawą stanu klinicznego jako skutkiem psychoterapii. Nie stwierdzono jednak wydłużenia latencji snu REM ani zmian w zakresie snu wolnofalowego. Podobnie, zmiany w częstości faz REM często ulegają normalizacji w związku czasowym z leczeniem farmakologicznym depresji^[41].

Zmiany struktury snu nie są jednak zjawiskiem swoistym w patofizjologii depresji, co obserwuje się zwłaszcza w populacji dzieci i młodzieży. O ile część badań wykazało, że latencja i gęstość faz REM jest u dzieci depresyjnych podobna jak u depresyjnych dorosłych, o tyle nie stwierdzono u osób w wieku rozwojowym z rozpoznaniem depresji istotnych zmian wzorców snu wolnofalowego, takich, jak w populacji dorosłej. Być może znacząca jest w tym przypadku różnica dotycząca dojrzałości fizjologicznej mózgu^[41].

Należy podkreślić, że niezależnie od przytoczonych powyżej wniosków z obserwacji przebiegu snu, istnieje korelująca dodatnio zależność pomiędzy pozbawieniem snu i redukcją objawów depresji. Wu i wsp. wiążą to z prawdopodobnym uporządkowaniem rytmów dobowych na skutek braku snu^[41].

Analogiczne do zaburzeń depresyjnych występujących w związku z rytmem dobowym, obserwuje się także wahania nastroju i aktywności (przebiegające np. w formie depresji sezonowej) związane z porami roku. Z racji, że zwiększoną zapadalność na depresję obserwuje się jesienią i zimą, jak również ze względu na obserwowaną skuteczność fototerapii przy użyciu lamp antydepresyjnych u wielu pacjentów, można domniemywać, że biologiczne podłoże depresji może być związane z osobniczą wrażliwością na światło oraz sezonową podażą światła w rytmie dobowym. Istotny w tym przypadku jest również fakt, że wiele osób niemających rozpoznanej depresji zgłasza pogorszenie nastroju, zmiany apetytu, senność i obniżenie chęci do podejmowania aktywności w porze jesiennej i zimowej, oraz stopniową normalizację swojego stanu psychofizycznego poczynawszy od okresu wydłużania się dnia wczesną wiosną^[48].

4.2.2.6 Struktura i czynność ośrodkowego układu nerwowego a podatność na depresję

O znaczeniu nieprawidłowości dotyczących struktury OUN w rozwoju objawów depresji może świadczyć fakt, że zaburzenie to często występuje u osób, które doznały obrażeń lub udarów (np. depresja poudarowa). Wyniki badań wskazują na to, że obszary, których dysfunkcje wywołane uszkodzeniem wiążą się z podwyższonym ryzykiem wystąpienia depresji, to w szczególności: okolica czołowa (strona lewa), tylna okolica płatów czołowych (strona prawa) i lewa strona mózgu. Wiadomo, że płat czołowy sprawuje kontrolę nad czynnością układu limbicznego, przez co można domniemywać, że jego dysfunkcja może mieć skutki w postaci zaburzeń afektywnych. W badaniach obrazowych z użyciem rezonansu magnetycznego, prowadzonych u pacjentów z ciężkimi postaciami depresji, obserwowano zmniejszenie objętości płata czołowego w porównaniu do osób z grupy kontrolnej^[48].

Poza oceną strukturalną, pewnych obserwacji dostarcza również ocena czynnościowa mózgu – elektroencefalografia. Istnieją badania, których wyniki świadczą o zmniejszeniu aktywności bioelektrycznej mózgu u osób depresyjnych w okolicy czołowej lewej lub tylnej prawej. Schaffer i wsp. wysnuli hipotezę, że asymetria aktywności lewej i prawej okolicy czołowej stanowi podłoże nadmiernej wrażliwości w interpretowaniu czynników środowiskowych przez osoby podatne na depresję, a tym samym wiąże się z większym prawdopodobieństwem wystąpienia objawów depresji u osób predysponowanych w kontekście środowiskowym, który u osób zdrowych nie wyzwałaby objawów choroby. Pośrednim potwierdzeniem zjawiska podatności na depresję związanej z czynnością okolicy czołowej jest fakt, że obniżenie aktywności okolicy czołowej lewej i prawej tylnej utrzymuje się u osób depresyjnych również w czasie remisji^[41].

Fuchsova i wsp.^[52] oraz Mahar i wsp.^[53] przedstawiają dowody na znaczenie zahamowania lub ograniczenia neuroplastyczności mózgu w patogenezie depresji. U pacjentów depresyjnych obserwuje się zmiany ekspresji genów odpowiedzialnych za plastyczność OUN, ponadto zmniejszenie ilości połączeń pomiędzy neuronami, jak i spadek intensywności procesu neurogenezy (istota biała, hipokamp, ciało migdałowe,

kora przedczołowa), co jest związane z zahamowaniem psychoruchowym i ograniczeniem behawioralnym. Część autorów wiąże wymienione mechanizmy z funkcją receptorów glutaminergicznych i układu glutaminergicznego w OUN^{[54],[55]}.

4.2.3 Depresja – koncepcje źródeł psychologicznych

Charakterystyka psychologicznych wzorców powstawania depresji wiąże czynniki społeczne i środowiskowe z rozwojem psychicznym organizmów jako istot biologicznych, poddawanych wpływowi procesów poznawczych, emocji czy popędów, a zarazem potencjalnie zdolnych do samokontroli i adaptowania się do swojego dynamicznie zmieniającego się otoczenia. Rzecz jasna, podobnie jak ma to miejsce w przypadku potrzeby utrzymania homeostazy w sensie biologicznym, również w znaczeniu psychologicznym zaburzenia równowagi wewnętrznej jednostki, wynikające z nadmiaru bądź niedoboru określonych bodźców i ich cech w stosunku do możliwości oraz potrzeb indywidualnych, mogą skutkować powstaniem nieadaptacyjnej reakcji, mającej znamiona patologiczne, jak np. w przypadku zaburzenia depresyjnego. Należy zauważyć, że zasadniczą cechą zdecydowanej większości psychologicznych koncepcji powstawania depresji jest podkreślanie inicjującego wpływu odpowiednich czynników prodepresyjnych w okresie dzieciństwa^{[13],[56]}.

4.2.3.1 Teorie psychoanalityczno-psychodynamiczne

Koncepcje psychoanalityczne i psychodynamiczne wiążą występowanie depresji z obciążeniami pojawiającymi się we wczesnych fazach rozwoju. Do takich obciążeń zalicza się zwłaszcza zaburzenia relacji z obiektem. Obserwacja osób chorujących na depresję oraz analiza wypowiedzianych przez nie treści, uwidoczniła występowanie w takich przypadkach postaw i motywów o charakterze ambiwalentnym, z towarzyszącym poczuciem winy. Jednostka, która przeżywa utratę bliskiej osoby (w przypadku dziecka może to być np. odseparowanie od matki), odczuwająca niedostatek zainteresowania (np. odrzucenie przez matkę) lub też doświadczająca krzywdy z jej strony (np. przemoc wobec dziecka), może wykształcić wrogie uczucia wobec niej. Przeżywając te wrogie uczucia, jednostka czuje się winna z ich powodu i zaczyna kierować wrogość przeciwko

sobie, co nasila frustrację. Tym samym, konwertując impulsy agresywne, jednostka sama staje się obiektem własnej niechęci, która w założeniu miała być skierowana przeciwko obiektowi, np. z powodu jego utraty (dosłownej lub symbolicznej). W ten sposób, stłumiony gniew i impulsy agresywne, które według teorii psychoanalizy leżą u podłoża depresyjnego nastroju i niskiej oceny siebie, mogą wiązać się z negatywnymi doświadczeniami w relacji z obiektem, niespełniającym swojej roli, jaką w założeniu jest dawanie poczucia bezpieczeństwa i ciepła emocjonalnego jednostce pozostającej z nim w zależności. Freud i Abraham zauważyli, że potrzeba wsparcia emocjonalnego i współwystępujące z nią w depresji zaburzenia łaknienia, wynikają z zaburzenia prawidłowego przebiegu oralnej fazy rozwoju, które może skutkować wyzwalaniem się objawów depresji w późniejszym życiu, w sytuacjach analogicznych do utraty źródła miłości (regresja do fazy oralnej z tendencją do inkorporacji utraconego obiektu). Klein zasugerowała, że u źródeł symptomów depresyjnych leży stała, utrzymująca się obawa przed utratą obiektu (bliskiej osoby), która zarazem utrwała u jednostki obecność negatywnych emocji zwróconych przeciwko niej samej^{[21],[57]}.

Teorie psychodynamiczne podkreślają istotne znaczenie przeżycia poważnej straty i doświadczenia silnych uczuć bezradności we wczesnym dzieciństwie. Arieti i wsp. stwierdzili, że osoby z depresją usiłują kompensować takie doświadczenia poprzez próbę przypodobania się innym ludziom w późniejszym życiu, jednak wobec braku realizacji często zbyt wymagających oczekiwań, popadają we frustrację i przejawiają niską samoocenę. Przedstawiciele nurtu psychodynamicznego wnioskuje ponadto, że przyczyną silnego braku poczucia własnej wartości u osób z depresją jest „surowe, kontrolujące i niestabilne superego, nadwrażliwość jednostki na frustrację i doświadczane poczucie krzywdy, patologiczny rozwój autoprezentacji i niedojrzałe, powodujące samokrytykę ego”^{[58],[59]} (por. Podrozdział 5.4.1).

4.2.3.2 Teorie społeczno-behawioralne

Perspektywa przedstawiona przez Lewinsohna zakłada, że syndrom depresyjny może wystąpić w wyniku braku odpowiedniej zależności pomiędzy zachowaniem adaptacyjnym (przystosowawczym) a wzmocnieniem pozytywnym (nagrodą, będącą wyznacznikiem warunkowania pozytywnego), które w założeniu miałyby przyczyniać

się do utrwalania takiego zachowania. W tym przypadku uczenie się i utrwalanie poszczególnych zachowań prodepresyjnych wiąże się ściśle z interakcją cech jednostki z czynnikami środowiskowymi. Znacząca okazuje się po pierwsze jakość samych czynników środowiskowych, które mogą składać się na niesprzyjające i depresjogenne otoczenie społeczne danej osoby (niedobór czynników pozytywnych, nadmiar czynników negatywnych, np.: życie w rodzinie dysfunkcyjnej, utrata bliskiej osoby, izolacja społeczna). Drugim czynnikiem istotnym z tego punktu widzenia jest jakość poznawczo-emocjonalna relacji jednostka-środowisko, która w niesprzyjających warunkach kształtuje się prodepresyjnie w wyniku spostrzegania przez jednostkę mniejszego pozytywnego ładunku uzyskiwanych nagród i większego negatywnego ładunku kar. Po trzecie, istotne w kształtowaniu się depresji jednostki są jej cechy osobnicze, w tym przypadku potencjalne deficyty w relacjach ze środowiskiem. Długotrwały brak pozytywnych wzmocnień zachowań adaptacyjnych (antydepresyjnych) może prowadzić do pogorszenia funkcjonowania, spadku aktywności, w końcu obniżenia nastroju i ukształtowania się zespołu depresyjnego. Przejawy depresji mogą być dodatkowo wzmocnione przez wiążące się z nimi opiekuńcze postawy bliskich osób (zainteresowanie, współczucie itp.), które w tym przypadku stanowią czynnik warunkujący pozytywnie. Z czasem jednak, nieadaptacyjne zachowanie osoby cierpiącej z powodu depresji może wywoływać efekt w postaci dalszego ograniczenia możliwości pojawiania się pozytywnych wzmocnień w ogóle (wycofanie się z relacji społecznych, odsunięcie lub niechęć okazywana przez osoby ze środowiska jednostce, której depresyjny stan staje się co raz bardziej uciążliwy)^{[58],[60],[61]}.

4.2.3.3 Teorie poznawcze

4.2.3.3.1 Model Becka

Według Becka, wpływ na powstawanie syndromu depresyjnego ma zniekształcenie procesów poznawczych, polegające na negatywnym postrzeganiu siebie i otaczającego świata obecnie i w perspektywie czasowej (triada depresyjna). Swoisty błąd poznawczy polega w tym przypadku na względnie trwałym utrzymywaniu się

negatywnego obrazu siebie (poczucie niskiej wartości, negowanie własnych możliwości) oraz pesymistycznej wizji rzeczywistości (koncentrowanie się na negatywnych aspektach otaczającego świata i dewaluacja jego cech pozytywnych) z towarzyszącym poczuciem beznadziejności i spodziewaniem się niepowodzenia. U osoby usposobionej prodepresyjnie według modelu Becka zniekształcone jest poza tym przetwarzanie informacji, co polega na wybiórczym koncentrowaniu się na negatywnych aspektach rzeczywistości i pochopnym, często nielogicznym i niewłaściwym wnioskowaniu w kierunku negatywnym. Ponadto, osoba skłonna do depresji ma utrwalony negatywny schemat Ja, czyli uporządkowane negatywne założenia i przekonania na temat siebie, które stanowiąc swoisty punkt odniesienia pozostają względnie niezmiennie pomimo zaprzeczających im przesłanek. Cechami depresyjnego usposobienia poznawczego w modelu Becka są zatem: selektywne abstrahowanie, nadmierna generalizacja, arbitralne wnioskowanie, personalizacja oraz myślenie dychotomiczne. Te zniekształcenia postrzegania generują depresyjne deficyty dotyczące afektu i motywacji, które dodatkowo prowadzą do nasilania się zniekształceń poznawczych. Beck sugerował, że dysfunkcjonalne schematy poznawcze danej osoby powstają we wczesnym okresie jej rozwoju, stając się jej cechą osobniczą i usposabiają do powstawania syndromu depresyjnego w kontekście sytuacji trudnej, podobnej do takich, które przyczyniły się do ukształtowania deficytu poznawczego w dzieciństwie, co zostało częściowo potwierdzone badaniami (np.: Reinherz i wsp., King i wsp.). Z czasem autor ten uznał, że odmienne typy osobowości mogą usposabiać do pojawiania się depresji w reakcji na odmienne czynniki wyzwalające, co może się również wiązać z różną jakością samych objawów w przebiegu depresji u ludzi z różnymi profilami osobowościowymi. Zgodnie z tą koncepcją, można wyróżnić dwa zasadnicze typy osobowości o potencjalnej podatności na depresję: socjotropiczną i autonomiczną. Osobowość socjotropiczna, skupiająca się na związkach z innymi ludźmi i uzależniająca samoocenę od ich aprobaty, jest szczególnie wrażliwa na zjawiska takie jak choćby lekceważenie ze strony otoczenia. Zdarzenia, poprzez które człowiek o osobowości socjotropicznej może odczuwać niedobór aprobaty lub lekceważenie, mogą przyczyniać się do wywołania u niego objawów depresji poprzez zniekształcenie poznawcze polegające na negatywnym postrzeganiu własnej osoby. Analogicznie, ludzie o osobowości autonomicznej, własną wartość postrzegają przez pryzmat

indywidualnych osiągnięć oraz niezależności. W przypadku braku oczekiwanych od samej siebie efektów lub sukcesów, osoba taka może znacząco obniżyć samoocenę i w dalszej kolejności – popaść w depresję^[41].

Część autorów zgłasza wątpliwości co do trwałości dysfunkcyjnych schematów poznawczych u adolescentów oraz ich wpływu na powstawanie objawów depresyjnych w obrębie tej populacji, z racji niedojrzałego jeszcze wykształcenia obrazu siebie i poczucia perspektywy wydarzeń odległych w czasie^[62].

4.2.3.3.2 Teoria wyuczonej bezradności

Seligman przedstawił teorię wyuczonej bezradności, według której przyczyną wyuczonej bezradności jednostki jest oczekiwanie przez nią niepowodzenia. Osoby, które przeżyją negatywne doświadczenia w przeszłości, mogą utrwalić przekonanie, że otrzymywanie kary i nagrody nie jest zależne od dokonywanych przez nie wyborów. Stają się wobec tego niezdolne do unikania sytuacji pociągających za sobą karę, a jednocześnie bezradne wobec trudności. Zakładając prodepresyjne znaczenie bezradności, Abramson i wsp. wyróżnili dwa rodzaje depresji: depresję opartą na bezradności, w której obecne są deficyty poznawcze i motywacyjne (bez obniżenia nastroju) oraz depresję z obniżonym nastrojem, która opiera się na poczuciu beznadziejności (por. Podrozdział 4.2.3.3.3). Ci sami autorzy zasugerowali, że do powstania deficytów bezradności przyczyniać się mogą określone style atrybucji (poprawiona teoria wyuczonej bezradności). Według tej teorii, prodepresyjne style atrybucji polegają na tym, że jednostka przypisuje negatywnym zdarzeniom przyczyny wewnętrzne (własne), stabilne (trwałe) i globalne (uniwersalne), zaś pozytywnym zdarzeniom – zewnętrzne, niestabilne i specyficzne. Wyniki badań oceniających podatność na depresję u osób przejawiających negatywne style atrybucji nie dają jednak jednoznacznych wyników. Przewidywana istotna korelacja dodatnia jest obserwowana w grupach dzieci przed ukończonym 10. rokiem życia, natomiast zależność taka niekoniecznie występuje w populacji nastolatków^{[62],[63],[64]}.

4.2.3.3.3 Model braku nadziei

Uszczegóławiając poznawczy model depresji, Abramson i wsp. upatrują częściowych przyczyn zaburzeń depresyjnych w trwałych, negatywnych oczekiwaniach co do zachodzenia zdarzeń pożądanых. Taki sposób postrzegania przejawiany przez osoby depresyjne określany jest jako brak nadziei. Rose i wsp. dowodzą, że im większy stopień braku nadziei u danego pacjenta depresyjnego, tym większe prawdopodobieństwo występowania u niego zaburzenia osobowości (zwłaszcza typu paranoicznego), obciążenia trudnym dzieciństwem (np.: dorastanie w nieprzyjnym i kontrolującym środowisku lub bycie ofiarą przemocy) lub ciężkiej postaci depresji^[41].

4.2.3.3.4 Deficyt rozwiązywania problemów

Nezu i wsp. zasugerowali, że zaburzenie depresyjne może rozwinąć się w przypadku konfrontacji osoby podatnej ze stresującym wydarzeniem. Podatność w tym przypadku polega na niewystarczającej umiejętności radzenia sobie z problemem, który może być interpretowany jako zagrożenie, a osoba predysponowana nie jest w stanie wyobrazić sobie i wybrać odpowiedniego sposobu jego rozwiązania. Mechanizm ten przynajmniej częściowo może wynikać z utrwalonych negatywnych przekonań na temat samego siebie i życiowych sytuacji. Nie jest to model wyłącznie poznawczy, jednak posiada komponenty, które pozwalają go rozpatrywać przez pryzmat swoistego deficytu poznawczego^[41].

4.2.3.3.5 Skupianie uwagi na sobie

Część autorów (np.: Pyszczyński i wsp., Ingram) zauważyło, że nadmierne skupianie się na sobie może nasilać samokrytycyzm i przyczyniać się do zaniżania samooceny, a co za tym idzie – utrudniać adaptację i funkcjonowanie społeczne, co z kolei prowadzi do dalszego nasilania się samokrytyki i potencjalnego rozwoju symptomów depresji. Model ten wiąże się ze zjawiskiem nasilania się objawów depresyjnych jako skutku ruminacji, czyli uporczywego, nadmiernego rozpamiętywania i skupiania się nad znaczeniem negatywnych zdarzeń i aspektów własnego funkcjonowania. Lyubomirsky i wsp. potwierdzili, że ruminacje przyczyniają się do

bardziej negatywnego myślenia o sobie, a tym samym wiążą się z większą dysforią niż podejście zgoła odmienne, jakim jest odwracanie uwagi^[41].

4.2.3.4 Teoria kontroli siebie

Rehm zaproponował model powstawania depresji, zgodnie z którym podatność jednostki na wystąpienie zaburzenia jest związana z nieadaptacyjną kontrolą siebie. Osoby podatne mają tendencję do wybiórczego dostrzegania negatywnych aspektów swoich działań, stosują wobec siebie nadmierne wymagania i silne samokaranie, dostarczają sobie niewystarczających pozytywnych wzmocnień, przy czym skupiają się na bezpośrednich skutkach zdarzeń, zdając się nie dostrzegać potencjalnie pozytywnych efektów działania długoterminowego (selektywna uwaga). Mają ponadto krańcowo zawyżone, nierealistyczne standardy sukcesu oraz zaniżone standardy porażki lub zachowania niewłaściwego^[21]. Z powodu takiej skłonności, nawet najmniejsze niepowodzenia mogą być traktowane jako poważne porażki życiowe, o które jednostka obwinia przede wszystkim samą siebie. Autor teorii określa tego rodzaju cechę jako zaburzenie samoobserwacji i samoregulacji, prowadzące do uporczywego i nadmiernego zaniżenia samooceny i pojawiających się w związku z tym problemów emocjonalnych. Kaslow i wsp. potwierdzili w swoich badaniach, że jednostki depresyjne (dzieci i młodzież) mają więcej deficytów w obszarze samokontroli w porównaniu do populacji ogólnej^{[58],[65]}.

4.2.3.5 Teorie interpersonalne

Autorzy teorii interpersonalnych depresji wychodzą z założenia, że fundamentalny wpływ na jednostkę w kształtowaniu się syndromu depresyjnego mają jej zaburzone emocjonalne relacje z innymi ludźmi, zwłaszcza w tzw. podstawowej grupie społecznej (najbliższa rodzina i bezpośrednie otoczenie). Według tej teorii, ludzie podatni na depresję wykazują określony system zachowań, które opisuje się jako „poszukujące wsparcia” lub submisyjne. Takie zachowania przyczyniają się do powstawania i nasilania depresji w mechanizmie błędnego koła, którego istotą jest usilne i niezaspokojone domaganie się wsparcia, pociągające za sobą zniechęcenie i

rozdrażnienie u osób, od których wsparcia się oczekuje. Coyne proponuje interakcyjny model depresji, zgodnie z którym jednostka oczekująca wsparcia początkowo je otrzymuje, ale jednocześnie dalej wątpi w nie, co prowadzi do dalszych zachowań domagających się wsparcia, które z kolei powodują frustrację i przejawy odrzucenia ze strony otoczenia. Skutkiem tego dochodzi do zaburzenia interakcji jednostki z osobami z jej otoczenia, co przyczynia się do wywoływania, nasilania, utrwalania i wydłużanie obecności symptomów depresyjnych u niej. Interpersonalne podłoże depresji ma szczególne znaczenie w przypadku dysfunkcyjnych systemów rodzinnych, co zostało potwierdzone licznymi badaniami (np.: Slesnick i wsp., Joiner i wsp.)^[66].

4.2.3.6 Społeczno-środowiskowe podłoże depresji

Model społeczno-środowiskowy depresji kluczowe znaczenie przypisuje tzw. buforowej teorii wsparcia, która zakłada, że uzyskiwanie wsparcia społecznego stanowi czynnik osłabiający potencjalny wpływ negatywnych wydarzeń na powstawanie syndromu depresyjnego. Zasadniczym tłem dla ewentualnego rozwoju podatności indywidualnej na depresję jest środowisko rodzinne, które stwarza dorastającemu dziecku warunki, mogące zwiększać lub zmniejszać ryzyko wystąpienia depresji obecnie i w przyszłości. Wiele badań potwierdza, że osoby dorastające, które doświadczały niższego poziomu wsparcia ze strony rodziców, są bardziej podatne na wystąpienie objawów depresji niż osoby, w przypadku których poziom takiego wsparcia był wyższy (np.: Sheeber i wsp., Aydin i wsp.). Okazuje się także, że w opisywanym kontekście, tym większy wpływ na dziecko ma poziom uzyskiwanego przez nie wsparcia im jego wiek jest niższy (Greenberger i wsp.), zaś związek pomiędzy wsparciem i depresją wykazuje się istotną specyficznością. Badania prospektywne dostarczają jednak co do tego niejednoznacznych przesłanek (Burton i wsp.)^[58].

Według badaczy społeczno-środowiskowego podłoża depresji, czynnikami, które w sposób szczególny przyczyniają się do wystąpienia podatności na depresję są: niski status społeczno-ekonomiczny rodziny, bezrobocie, wielodzietność rodziny, brak jednego z rodziców i wadliwy system wsparcia społecznego^[58].

4.2.3.7 Teoria przywiązania

Rozwijający się człowiek, będąc dzieckiem, zaczyna kształtować i utrzymywać uwewnętrzniony obraz samego siebie, obiektu bliskiej osoby oraz schemat własnej relacji z obiektem, który w późniejszym życiu odtwarza w relacjach z innymi. Zasadniczym elementem relacji z obiektem w dzieciństwie jest forma przywiązania pomiędzy dzieckiem i opiekunem (osobą znaczącą, np. matką). Przywiązanie można ogólnie charakteryzować jako bezpieczne albo niebezpieczne. Bezpieczne przywiązanie kształtuje się dzięki dostępności i wrażliwemu reagowaniu ze strony osoby bliskiej, poprzez co dziecko wytwarza obraz samego siebie jako wartościowego, zasługującego na opiekę i kompetentnego w relacji z otoczeniem. Przywiązanie niebezpieczne (niedostępność i/lub brak odpowiedniej wrażliwości ze strony opiekuna) łączy się z kolei z postrzeganiem samego siebie przez dziecko jako bezwartościowego, niezasługującego na zaopiekowanie i pozytywne uczucia ze strony innych ludzi. Ainsworth obserwując zachowania niemowląt w przypadkach rozstania i powrotu opiekuna, wyróżniła 3 typy przywiązania: bezpieczne, związane z unikaniem i ambiwalentne^[67]. W zależności od doświadczeń w relacji z opiekunem, dzieci reagowały w trojaki sposób. Pierwszy rodzaj reakcji polegał na dążeniu do kontaktu i poszukiwaniu ukojenia po powrocie opiekuna (przywiązanie bezpieczne). Drugi rodzaj reakcji polegał na obojętności i ignorowaniu opiekuna po jego powrocie (unikanie). Trzeci (ambiwalentny) typ objawiał się początkowym domaganiem się kontaktu, a w momencie zbliżenia opiekuna – niechęcią lub obojętnością w stosunku do niego. Main i Solomon wyróżnili dodatkowo typ niezorganizowany, charakteryzujący się niejednorodną strategią reagowania na brak lub obecność osoby bliskiej w pobliżu dziecka (por. Podrozdział 3.2).

Teoria przywiązaniowa depresji zakłada, że za podatność danej jednostki na depresję odpowiada odseparowanie lub dysfunkcyjna relacja z bliską osobą we wczesnym dzieciństwie, skutkujące wytworzeniem się u dziecka modelu niepewnego przywiązania. Zależność ta tłumaczona jest zaburzeniem regulowania własnych stanów emocjonalnych przez dziecko, któremu nie dostarczono odpowiednich doświadczeń i wzorców w okresie krytycznym, jakim jest wczesne dzieciństwo^[68].

Armsden i wsp., jak również Whisman i wsp. wykazali w swoich badaniach populacji młodzieży, że nasilenie ilościowe i jakościowe symptomów depresji koreluje dodatnio z

niepewnością przywiązania. Szczegółowe badania oceniające zależność powstawania depresji od charakterystycznych form niepewnego przywiązania dowiodły, że większe nasilenie objawów depresji jest związane z przywiązaniem lękowym, ambiwalentnym i o typie nadmiernego zaangażowania^[68].

Greszta podkreśla możliwość występowania zjawiska dodatniego sprzężenia zwrotnego we wzajemnym wpływie niepewności przywiązania i depresji u dorastających^[58] (por. Podrozdziały: 3.2 i 3.3).

4.2.3.8 Model psychospołeczny depresji Billingsa i Moosa

Podejście to łączy w sobie w sposób eklektyczny cechy różnych modeli powstawania depresji. Billings i Moos stwierdzili, że do rozwoju zaburzenia nie wystarczy wystąpienie jednego określonego mechanizmu czynnikowego, zaś źródeł depresji należy upatrywać jednocześnie w przyczynach zewnętrznych (okoliczności stresowe) i podmiotowych, na które składają się: zasoby osobiste, zasoby środowiskowe, poznawcze reakcje oceniające stres oraz działania mające na celu radzenie sobie ze stresem. W myśl tak przedstawionej zależności, pod pojęciem zasobów osobistych autorzy rozumieją indywidualne zdolności i usposobienie jednostki, które może ją chronić lub też obciążać w kontekście narażenia na inne czynniki depresyjne. Cechami osobistymi, które wiążą się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia depresji według tej koncepcji są: brak poczucia sprawczości, negatywny styl atrybucji oraz deficyty w zakresie umiejętności i kompetencji społecznych. Zasobami środowiskowymi określa się natomiast jakość związków międzyludzkich i otoczenia jednostki, które mogą stanowić czynnik osłabiający lub też nasilający prodepresyjne działanie ewentualnych stresorów. Poznawcza ocena stresu i działania mające na celu radzenie sobie z nim są w pewnym sensie konsekwencją współdziałania wcześniej wymienionych czynników, tym niemniej, jako elementy aktywnego zachowania, stanowią formę reagowania jednostki wobec sytuacji stresowej. Badania pokazują, że z tak przedstawionej perspektywy oceny przyczynowej depresji, wyraźne różnice pomiędzy osobami depresyjnymi i niedepresyjnymi zaznaczają się przede wszystkim w sposobie reagowania na sytuacje trudne. Osoby z depresją częściej niż osoby bez niej potrzebują pewności, wsparcia czy też rady z zewnątrz zanim

podejmą jakiekolwiek działania. W związku z tym, relatywnie często nie rozwiązują problemu w sposób aktywny, starając się go po prostu unikać. Badanie populacji dziecięcej z użyciem skali CDI (ang.: *Children's Depression Inventory*) Kovacs wykazało, że dzieci depresyjne wobec stresu najczęściej przejawiają zachowania unikowe, a w dalszej kolejności strategię koncentrującą się na emocjach oraz myśleniu zadaniowym^[21].

4.2.3.9 Podatność na depresję a cechy osobowości

Można przyjąć, że przynajmniej część cech osobowościowych usposabiających do występowania syndromu depresyjnego składa się, jest efektem lub przyczyną zachodzenia procesów wymienionych we wcześniej opisywanych koncepcjach etiopatogenetycznych. Tym niemniej, niektórzy badacze wiążą w sposób ogólny występowanie depresji z profilem osobowości człowieka jako takim. Nieprawidłowe cechy osobowościowe mogą być skutkiem i/lub powodem dysfunkcji neurobiologicznych wpływających na rozwój depresji. W związku z tym, Klein i wsp. zakładają współzależność patologii dotyczących osobowości z zaburzeniami depresyjnymi. Pużyński opisuje tzw. osobowość przedchorobową, która poprzedza wystąpienie depresji. Cechy takiej osobowości to przede wszystkim: introwersja, chwiejność emocjonalna, przewlekłe poczucie niskiej wartości i przygnębienia. Burton charakteryzuje osobowość przedchorobową cechami, takimi jak: ponure usposobienie, smutek, skłonność do kontemplacji, perfekcjonizm. Współcześni badacze jako cechy osobowościowe predysponujące do wystąpienia depresji lub dodatnio korelujące z nią wymieniają: neurotyczność, słabe zaangażowanie w działanie, zaniżenie poczucia własnej wartości, brak poczucia kontroli nad sytuacją, traktowanie stresorów jako zagrożenia, niskie umiejętności społeczne, pesymizm, perfekcjonizm, brak adaptacyjnych sposobów i strategii radzenia sobie ze stresem. Orzechowska i wsp. podkreślają znaczenie aleksytymii w generowaniu objawów depresji. Do zaburzenia depresyjnego usposabiają ponadto trudności w rozpoznawaniu i przeżywaniu emocji pozytywnych, oraz skłonność do rozpamiętywania zdarzeń negatywnych (ruminacje). Millon i wsp. wśród zaburzeń osobowości najczęściej wiążących się z depresją wymieniają: osobowość zależną, osobowość unikającą (lękliwą), osobowość obsesyjno-

kompulsyjną oraz osobowość chwiejną emocjonalnie. Należy pamiętać, że niektóre typy osobowości dodatkowo przyczyniają się do osłabienia lub braku efektów terapii choroby, np. ze względu na trudność w nawiązywaniu kontaktu z terapeutą czy nieregularność w realizowaniu zaleceń. Lewitzka i wsp. sugerują, że jeśli u osoby z zespołem depresyjnym współwystępują cechy osobowości takie jak: uogólnione uczucie niepokoju, skłonności do wycofania oraz wysoki poziom odczuwanego gniewu, to należy brać pod uwagę istotne ryzyko suicydalne^[37].

4.2.3.10 Stres a depresja

Większość – o ile nie wszystkie – spośród wyżej wymienionych koncepcji powstawania depresji, jak wspomniano we wstępie niniejszego podrozdziału, zakłada możliwość udziału czynnika wyzwalającego jako współprzyczyny rozwoju objawów depresji. Jako czynnik wyzwalający można postrzegać szeroko rozumiany stres, przy czym samą jakość, wpływ oraz skutki przeżywanego stresu można różnie rozpatrywać i badać. Często jakość symptomów już występującego zaburzenia, jak i jego skutki, takie jak np. wtórne generowanie stresorów przez osoby depresyjne, mogą utrudniać identyfikację rzeczywistej, pierwotnej roli stresu względem depresji. Dohrenwend i wsp. wykazali, że pacjenci będący w depresji przeżywali bardziej liczne i trudniejsze sytuacje życiowe na przestrzeni roku poprzedzającego epizod chorobowy w porównaniu do pacjentów bez depresji. Holahan i wsp. odnotowali istotny związek pomiędzy obciążeniami występującymi przewlekłe w otoczeniu pacjentów, u których doszło do pojawienia się syndromu depresyjnego. Brown i wsp. stworzyli model oddziaływania samych czynników stresujących i ich następowania w określonym kontekście psychospołecznym jako tła depresji. Według tej koncepcji, poważne stresory (zarówno krótko-, jak i długotrwałe) silniej oddziałują prodepresyjnie przy odpowiedniej podatności, w porównaniu do wpływu sumarycznego wielu stresorów o nasileniu słabszym lub umiarkowanym. Jako psychospołeczne czynniki podatności, autorzy wymieniają: brak bliskiego związku lub relacji opartej na zaufaniu, utratę matki przed ukończeniem 11. roku życia, wychowywanie trójki lub większej ilości dzieci mających mniej niż 14 lat oraz brak zatrudnienia na pełny etat. Na podstawie kolejnego, podłużnego badania, Brown i wsp. uściślili, że istotą stresu o depresjogennym

znaczeniu jest przede wszystkim poczucie straty w wymiarach dotyczących kwestii mających dla danej osoby duże znaczenie^{[41],[48]}.

Badając znaczenie stresu w rozwoju depresji, można pośrednio wyciągnąć wniosek o obecności indywidualnej, biologicznie rozumianej podatności na pojawienie się zaburzenia. Okazuje się bowiem, że o ile silny stres toruje drogę depresji, o tyle wydaje się, że większe ryzyko jej wystąpienia dotyczy osób, co do których istnieją inne przesłanki o biologicznej (genetycznej) podatności. Należy jednak pamiętać, że czynniki stresu mogą do pewnego stopnia modyfikować również mechanizmy biologiczne, a przez to zmieniać indywidualne progi wrażliwości na stres^{[41],[48]}.

4.3 Patofizjologiczne implikacje zaburzeń depresyjnych

Przebieg zaburzenia depresyjnego wiąże się z różnorodnymi nieprawidłowościami dotyczącymi aktywności poszczególnych narządów i układów organizmu. Poza wymienionymi w poprzednich podrozdziałach zależnościami pomiędzy układem nerwowym, wydzielania wewnętrznego, odpornościowym itd., należy mieć na uwadze również inne potencjalne powiązania przyczynowo-skutkowe nierównowagi ustrojowej, za jaką uważa się epizod depresji i jego pochodne zjawiska patofizjologiczne.

Współzależność pomiędzy zaburzeniami depresyjnymi a objawami i chorobami somatycznymi manifestuje się na różnych płaszczyznach. Pierwszą kwestią jest występowanie w przebiegu depresji objawów postrzeganych pierwotnie jako somatyczne (np. zaburzenia apetytu, snu i aktywności). Po drugie, znaczący okazuje się fakt pojawiania się oraz nasilania dolegliwości, jak i zaostrzania przebiegu somatycznych stanów ostrych i chorób przewlekłych w czasie trwania depresji (np.: zespoły bólowe, choroby układu ruchu). Trzecia kwestia, to występowanie objawów depresyjnych jako konsekwencja uciążliwości i/lub samego leczenia choroby somatycznej (np.: choroby neurologiczne, alergia, cukrzyca, niepełnosprawność psychoruchowa).

Fakt występowania wzajemnych zależności depresji oraz patologii somatycznych z jednej strony jest związany z pogarszaniem przebiegu, rokowania i spadkiem efektywności leczenia tak jednego, jak i drugiego. Z drugiej strony świadczy o tym, że

organizm człowieka stanowi zintegrowaną całość, w ramach której nie da się w zupełności oddzielić sfery psychicznej od somatycznej, zaś do diagnostyki i terapii należy podchodzić holistycznie^[43].

Symptomy kojarzące się w pierwszej kolejności z patologią somatyczną (np.: zaburzenia snu, aktywności, apetytu, zmęczenie, nadmierny spadek lub wzrost masy ciała) często stają się powodem trudności diagnostycznych, ponieważ poza tłem organicznym, przyczyna ich pojawienia się może być związana również z zaburzeniem depresyjnym. Z drugiej strony, typowe dla depresji objawy natury psychicznej, tj. np.: spadek nastroju, zamartwianie się czy negatywna samoocena, niekoniecznie muszą być symptomami pełnoobjawowego zaburzenia psychicznego jako takiego, a jedynie stanowić reakcję na przeżywanie choroby somatycznej. W sytuacji konfrontacji z chorobą lub stresem wynikającym z hospitalizacji, konieczności poddania się leczeniu czy też zależności od innych ludzi, część pacjentów wyzwała ponadto objawy, takie jak: wycofanie z kontaktów społecznych, zaburzenia koncentracji, negatywne wizje przyszłości, anhedonia, bezsenność, utrata apetytu itp. Zjawiska takie stanowią dodatkowe utrudnienie w procesie diagnostycznym i wymagają wzmożonej czujności^[43].

W 1999 roku przedstawiono wyniki międzynarodowego badania, które miało ocenić związek pomiędzy występowaniem depresji oraz objawów somatycznych. Okazało się, że u niespełna 70% pacjentów depresyjnych występowały dolegliwości somatyczne, połowa pacjentów z depresją sygnalizowała objawy somatyczne o niewyjaśnionym pochodzeniu, z kolei 11% z nich negowało występowanie kryterialnych objawów zaburzenia depresyjnego. Objawy somatyczne w przebiegu depresji są szczególnie charakterystyczne w określonych grupach pacjentów: u ciężarnych, osób starszych, ubogich, pacjentów z wielochorobowością, jak i pochodzących z określonych kręgów kulturowych, a ponadto obciążonych traumą, mającą miejsce w okresie wieku rozwojowego^[43].

W tabeli 4.3 wymieniono cechy charakterystyczne somatycznych przejawów zaburzeń depresyjnych i/lub lękowych.

Tabela 4.3: <i>Ogólna charakterystyka somatycznych przejawów depresji i/lub lęku</i> ^[43]
Cechy objawów:
- brak potwierdzenia przyczyny somatycznej na podstawie wyników badań dodatkowych - liczne skargi somatyczne - zmienność lokalizacji - przewlekłość/nawrotowość - zła tolerancja i/lub brak efektu standardowego leczenia podejrzewanej przyczyny somatycznej
Predyktory objawów:
- doświadczenie stresu aktualnie i/lub ostatnio - znaczne nasilenie dolegliwości - zła ocena własnego stanu zdrowia - trudny kontakt w relacji lekarz-pacjent - częste korzystanie ze świadczeń zdrowotnych (badania, wizyty lekarskie itp.)

Liczne badania wykazują zależność, objawiającą się częstszym występowaniu objawów depresji u osób dotkniętych chorobą somatyczną. W badaniach kanadyjskich wskazywano na obecność choroby somatycznej jako istotnego czynnika ryzyka wystąpienia dużej depresji^[43]. Rosenberg i wsp. podają, że objawy depresji mogą występować nawet u 40% pacjentów hospitalizowanych z przyczyn somatycznych^[43]. W tabeli 4.4 wymieniono przykłady jednostek chorobowych, z którymi relatywnie często współwystępują symptomy depresji.

Tabela 4.4: <i>Wybrane stany i choroby, które mogą przebiegać z objawami depresji</i> ^[2]
Zaburzenia neurologiczne:
stwardnienie rozsiane, choroba Huntingtona, kiła OUN, padaczka, zaburzenia krążenia i krwawienia w OUN, zapalenie mózgu, choroba Alzheimera, choroba Parkinsona
Zaburzenia endokrynologiczne:
choroba Addisona, choroba Cushinga, cukrzyca, niedoczynność/nadczynność tarczycy, nadczynność przytarczyc, niedoczynność przysadki
Infekcje:
AIDS, gruźlica, mononukleoza zakaźna, zapalenie wątroby, zapalenie płuc, grypa, bakteryjne zapalenie wsierdza
Inne zaburzenia:
choroby układowe, choroby serca, nowotwory, porfiria, mocznica, choroba Wilsona, anemia, stan wyniszczenia, zaburzenia wodno-elektrolitowe, niepełnosprawność ruchowa, alergia, przewlekłe zespoły bólowe

Objawy depresji wiążą się z nasileniem przebiegu niektórych chorób zakaźnych ze względu choćby na swoje powiązanie z aktywnością układu dokrewnego i immunologicznego (np. szybsza progresja AIDS w przypadku osób depresyjnych w porównaniu do populacji ogólnej), utrudniają kontrolę i terapię chorób endokrynologicznych (np. cukrzycy), pogarszają funkcjonowanie chorych i stanowią czynnik ryzyka powikłań (w tym śmiertelnych) chorób układu krążenia, śmiertelności szpitalnej oraz śmiertelności ogólnej. Szczególnie dokładnie został udokumentowany związek pomiędzy występowaniem depresji oraz chorób układu krążenia^[69], zespołów bólowych kręgosłupa^[43] czy fibromialgii^[70]. Pużyński na podstawie wyników badań epidemiologicznych prowadzonych wśród pacjentów oddziałów somatycznych stwierdził, że symptomy depresyjne mogą dotyczyć blisko 20% takich chorych i być pośrednim lub bezpośrednim efektem chorób takich, jak np.: choroby narządów mięszszowych (m.in. uszkodzenie wątroby), choroby układowe (m.in. reumatoidalne zapalenie stawów), infekcje przewlekłe (m.in.: gruźlica, kiła), infekcje wirusowe (m.in. AIDS), nowotwory (m.in.: guzy OUN, nowotwory złośliwe), zaburzenia hormonalne (m.in.: choroby tarczycy, cukrzyca, choroba Addisona), anemia złośliwa, padaczka skroniowa, procesy zwyrodnieniowe i zaburzenia krążenia OUN^[21]. Autorzy nowszych publikacji dotyczących współwystępowania chorób somatycznych i depresji wśród

dzieci i młodzieży podają, że większe zaburzenie depresyjne występuje u około 11-29% młodych ludzi cierpiących z powodu zaburzeń niepsychiatrycznych^{[12],[71]}.

Pacjenci obciążeni niepełnosprawnością, przeżywaniem objawów związanych z dyskomfortem (np.: ból, świąd), pogorszeniem wyglądu zewnętrznego (np. choroby skóry) czy koniecznością długotrwałego i systematycznego leczenia, mogą przechodzić depresję znacznie ciężiej niż osoby bez takich obciążeń – przebieg depresji u takich osób dość często staje się przewlekły, odpowiedź na leczenie jest słabiej wyrażona, zaś remisje niezupełne. Iosifescu i wsp. dowodzą, że rezultaty leczenia depresji są tym słabsze, im bardziej nasiloną jest choroba somatyczna i im więcej narządów objętych jest procesem chorobowym^[43]. Współwystępowanie depresji i chorób somatycznych wiąże się także z tym większym subiektywnym pogorszeniem jakości życia, pogorszeniem ogólnej sprawności fizycznej, trudnościami w procesie rehabilitacyjnym oraz uporczywym i długotrwałym pozostawaniem w roli chorego przez pacjenta. Pacjenci depresyjni często gorzej niż niedepresyjni współpracują z terapeutą w procesie leczenia (brak przekonania o możliwości ustąpienia cierpienia, nieregularność w stosowaniu leków czy zgłaszaniu się na sesje terapeutyczne), co ma znaczenie nie tylko w terapii depresji, ale również w przypadku leczenia chorób towarzyszących jej. Stąd, jednoczesne występowanie tych stanów chorobowych może stanowić czynnik pogarszający rokowanie tak w jednym, jak i w drugim przypadku. Znaczący jest tu też fakt pojawiania się niepożądanych efektów farmakoterapii, które mogą występować w czasie stosowania różnych leków wobec różnych chorób (por. tab. 4.2). Objawy wynikające z interakcji lekowych często dodatkowo zniechęcają pacjentów do kontynuowania leczenia. Z kolei, Tylee i wsp. podają, że reakcja na stosowanie leków przeciwdepresyjnych u pacjentów z umiarkowaną lub znacznie nasiloną depresją, która przebiega z licznymi, głównie bólowymi dolegliwościami somatycznymi, jest 2-4 razy słabsza niż u pacjentów bez takich objawów. Konsekwencją wymienionych współzależności klinicznych może być stale pogarszający się stan zdrowia i jakość życia pacjenta^{[43],[72]}.

Biochemiczny wymiar współzależności objawów depresji i chorób somatycznych jest odzwierciedlany m.in. przez aktywność cytokin prozapalnych. Zarówno choroby zakaźne, choroby z autoimmunizacji, choroby naczyń (w tym wieńcowych), cukrzyca, alergia, jak i zaburzenia o charakterze depresyjnym przebiegają ze wzrostem stężenia

odpowiednich cytokin^{[69],[73],[74]}. Wzrost stężenia interleukin (np.: IL-1, IL-2, IL-6), interferonów oraz TNF (ang.: *tumor necrosis factor*; czynnik martwicy guza) zarówno w czasie naturalnej reakcji immunologicznej, jak i po podaniu leczniczym lub eksperymentalnym, pociąga za sobą pojawianie się niespecyficznych symptomów zapalnych (np.: gorączka, osłabienie, uczucie rozbicia, bóle mięśniowo-stawowe), ale także objawów charakterystycznych dla depresji (np.: obniżony nastrój, spadek aktywności, pogorszenie apetytu, anhedonia)^[69]. Broczek podkreśla znaczenie cytokin w procesie amplifikacji somatycznej, czyli uwrażliwiania szlaków bólowych. Depresjogenna funkcja cytokin prozapalnych jest powiązana z ich oddziaływaniem na układ limbiczny, a tym samym na całą oś układ limbiczny-podwzgórze-przysadka-nadnercza. Aktywność taką wykazują np.: IL-1, IL-6 i TNF-alfa. Skutkiem ich oddziaływania w OUN jest także zmiana metabolizmu monoamin w obrębie podwzgórza i hipokampa oraz modyfikacja receptorów dla hormonów glukokortykoidowych (oporność na glukokortykoidy – por. Podrozdział 4.2.2.4), co pociąga za sobą blokowanie hamowania czynności osi stresu przez krążący we krwi kortyzol i jego pochodne. Ponadto, jako możliwy mechanizm wpływu cytokin na nastrój rozważana jest aktywacja mikrogleju przez receptory TNF i IL-6, i wynikające z niej zmniejszenie aktywności procesu neurogenezy, BDNF (ang.: *brain-derived neurotrophic factor*; neurotroficzny czynnik pochodzenia mózgowego) i struktur odpowiedzialnych za emocje. Innym mechanizmem może być wpływanie cytokin na enzym IDO (indoloamino-2,3-dioksygenaza), który katalizując metabolizm tryptofanu do kinureniny, pośrednio może blokować dostęp do prekursora do syntezy serotoniny i melatoniny. Aktywacja IDO i zwiększenie aktywności katabolitów tryptofanu dodatkowo może zaburzać transmisję glutamatergiczną, co przyczynia się do uszkodzania neuronów hipokampa i apoptozy. Anderson i wsp. na podstawie przeprowadzonych badań sugerują, że wyższe stężenia katabolitów tryptofanu mogą odpowiadać m.in. za występowanie somatycznych objawów depresji^{[43],[44]}.

Innymi oznakami aktywacji immunologicznej w przebiegu depresji mogą być obserwowane w epizodach dużej depresji np.: spadek stężenia albumin i transferyny (tzw. negatywne białka ostrej fazy), wzrost stężenia białka C-reaktywnego (CRP – ang.: *C-reactive protein*), jaki i zwiększenie odsetka neutrofilii i monocytów w rozmazie białokrwinkowym. W badaniach eksperymentalnych dowiedziono, że część leków

antydepresyjnych oraz stabilizujących nastrój (np.: SSRI, TLPD, lit) ma działanie immunomodulujące, a nawet łagodzące ból, co pośrednio również potwierdza związek istoty stanu zapalnego z patofizjologią zaburzeń depresyjnych^[69].

Liczni autorzy dowodzą w swoich badaniach związków pomiędzy patofizjologią depresji i chorób, których mechanizm jest związany z czynnością osi podwzgórze-przysadka-nadnercza, jak i stanem wzmożonej aktywacji układu współczulnego^[75]. Stewart i wsp. w sposób szczególny wiążą występowanie tego rodzaju zaburzeń z tzw. odwrotnymi objawami wegetatywnymi depresji, tj.: reaktywnością nastroju (zdolność polepszenia nastroju w wyniku przyjemnych zdarzeń), nadmiernym łaknieniem czy nadmierną sennością. Hiperinsulinemia, będąca pośrednią konsekwencją nadmiernej ilości tkanki tłuszczowej jako skutku przejadania się, wiąże się z występowaniem epizodów hipoglikemii czynnościowej, wpływając stymulująco na oś podwzgórze-przysadka-nadnercza i pociągając za sobą wzrost wydzielania ACTH (ang.: *adrenocorticotropic hormone*; hormon adrenokortykotropowy) i kortyzolu, co jest dość typowym zjawiskiem biochemicznym również w przebiegu zaburzeń depresyjnych. Odzwierciedleniem zwiększenia aktywności frakcji kortyzolu czynnej biologicznie jest podwyższona wartość indeksu wolnego kortyzolu czyli stosunku kortyzolu całkowitego do kortyzolu związanego z globuliną (CBG – ang.: *corticoid binding globulin*). Stężenie CBG jest obniżone np. u osób chorujących na cukrzycę, sprzyjając miejscowemu wzrostowi stężenia kortyzolu aktywnego biologicznie, bez istotnego wpływu na całkowite stężenie kortyzolu. Kortyzol, za pośrednictwem receptorów glukokortykoidowych tkanki tłuszczowej, aktywuje lipazę, hamując aktywność lipidów i powodując akumulację triglicerydów. W dalszej kolejności dochodzi do nadmiernego gromadzenia tkankowego tłuszczu, co jest zjawiskiem zasadniczym w patogenezie otyłości trzewnej i może jednocześnie towarzyszyć przewlekłemu stresowi związanemu z depresją^[75]. Związek depresji z otyłością, jako elementem składowym zespołu metabolicznego jest zatem dwukierunkowy. Sugeruje się, że zasadnicze znaczenie prodepresyjne w zespole metabolicznym mają: otyłość brzuszna, niski poziom HDL (ang.: *high density lipoprotein*; frakcja lipoprotein wysokiej gęstości) oraz hipertriglicydemia. Podskórna tkanka tłuszczowa jest narządem aktywnym endokrynnie, produkującym cytokiny i hormony (np. leptynę). Przewlekły stan zapalny powoduje aktywację szlaków związanych z czynnikiem jądrowym kappa B (NF-KB –

ang.: *nuclear factor kappa-light-chain-enhancer of activated B cells*) oraz kinazą c-Jun N-końcową (JNK – ang.: *c-Jun N-terminal kinase*), przyczyniając się do rozwoju oporności na insulinę, zaś w OUN stymuluje działanie inhibitora leptyny w podwzgórzu, hamując jej działanie zapobiegające otyłości, co skutkuje wzmożeniem apetytu i dalszym odkładaniem się tkanki tłuszczowej. Hamowanie aktywności leptyny w układzie limbicznym powoduje z kolei zmniejszenie aktywności procesu neurogenezy, synaptogenezy i regulacji morfologii dendrytów, a pośrednio przyczynia się do rozwoju objawów depresyjnych^[43]. Cechą przebiegu depresji z odwrotnymi objawami wegetatywnymi jest spożywanie w nadmiarze pokarmów wysokokalorycznych, które aktywuje układ nagrody i uwalnianie endogennych opioidów, powodując spadek nasilenia reakcji na stres, a jednocześnie przyczynia się do przyrostu ilościowego tkanki tłuszczowej i potencjalnego wzrostu insulinooporności. Dalsze pobudzanie osi stresu przez odpowiednie bodźce może prowadzić do utrwalenia się takiej reakcji behawioralnej, co ma znaczenie w rozwoju zjawiska tzw. zajądania stresu. Przewlekły stres towarzyszący stanom depresyjnym może także wywoływać zachwianie równowagi biochemicznej wzajemnego wpływu kortyzolu oraz leptyny, insuliny i neuropeptydu Y, co również prowadzić może do zwiększenia łaknienia i nadmiernego gromadzenia się tkanki tłuszczowej w obszarze brzucha. W opisany wyżej sposób zaburzenia metaboliczne (np.: otyłość, insulinooporność) i depresja mogą się wzajemnie stymulować na zasadzie swoistego biochemicznego dodatniego sprzężenia zwrotnego. Wzajemnie stymulujący związek otyłości z objawami depresji został zresztą potwierdzony w badaniach klinicznych^[76].

Podobna zależność obserwowana jest pomiędzy stresową aktywacją układu współczulnego (jak np. w depresji) a gromadzeniem się nadmiaru tkanki podskórnej w przebiegu otyłości i indukowaniu insulinooporności czy rozwojem nadciśnienia tętniczego^{[75],[77]}, choćby z racji wyzwalania przez aminy katecholowe kaskady sygnałów zapalnych. Dysregulacja układu współczulnego w przebiegu depresji wyraża się szczególnie silnie w obrazie klinicznym postaci zaburzenia określanego jako depresja z nasilonymi objawami wegetatywnymi/fizykalnymi. Epizod depresji tego rodzaju wiąże się z pojawianiem i/lub nasilaniem się symptomów, związanych z istniejącymi dysfunkcjami różnych narządów i układów. Napięcie układu nerwowego towarzyszące stresowi przeżywanemu w czasie epizodu depresji bardzo często skutkuje wzmożonym

napięciem określonych grup mięśniowych, np.: głowy, karku, grzbietu i brzucha, powodując występowanie bólów napięciowych^[78]. W związku z tym, np. Lowen zaproponował rozszerzenie działania terapeutycznego w depresji na pracę z układem mięśniowo-szkieletowym, która dzięki łagodzeniu napięć pomaga docierać do tkwiących u ich źródła negatywnych emocji^[79]. Również istotny okazuje się wpływ patomechanizmów towarzyszących zaburzeniom depresyjnym na napięcie ścian naczyń, w tym naczyń OUN (u osób depresyjnych cierpiących jednocześnie na migrenę może dochodzić do częstszych i bardziej nasilonych migrenowych epizodów bólowych) oraz naczyń wieńcowych (np.: sercowy zespół X, dławica Prinzmetala). Bardzo charakterystyczny dla depresji z objawami wegetatywnymi jest tzw. niepokój przedsercowy (ból, ucisk, dyskomfort w okolicy mostka z towarzyszącym poczuciem nasilonego lęku), ponadto inne objawy potencjalnie kardiogenne, jak kołatanie serca czy duszność. Zmiana aktywności autonomicznego układu nerwowego w depresji wyraża się także pod postacią objawów brzusznych, tj.: bólów kolkowych, nudności, zaparć i biegunek (często występujących naprzemiennie), czy dyskinezy dróg żółciowych, poza tym innych niespecyficznych objawów, jak: uczucie suchości w jamie ustnej i gardle, pieczenie ust, świąd skóry, uczucie trudności w przełykaniu („kula w gardle”), szumy uszne czy częste oddawanie moczu^{[43],[80]}.

Wzmoczoną aktywność układu współczulnego i zmniejszoną przywspółczulnego w przebiegu depresji można badać poprzez pomiar stężenia katecholamin, jak i ocenę zmienności rytmu zatokowego (HRV – ang.: *heart rate variability*), która odzwierciedla napięcie nerwu błędnego^[81]. Schiweck i wsp. podkreślają jednak, że badanie częstości akcji serca jako funkcji stanu stresu w depresji ma znaczenie bardziej miarodajne w czasie reakcji na stres niż w spoczynku, gdyż istotą pobudzenia współczulnego w przebiegu depresji jest pogorszenie reaktywności na stres^[82].

Oquendo i wsp., analizując neurobiologiczne zjawiska związane z depresją ze skłonnościami samobójczymi, akcentują rolę zaburzeń osi międzymózgowie-przysadka-nadnercza, zmian zapalnych w mózgu (np. wzrost stężenia IL-6), jak i procesów biochemicznych zachodzących z udziałem endogennych opioidów. Autorzy potwierdzają jednocześnie prewencyjną rolę wielonienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3 w tej kwestii^[83].

Należy podkreślić, że wpływ depresji na procesy patofizjologiczne ludzkiego organizmu ma także wymiar dalekosiężny. Konsekwencją przewlekającego się stresu jest dalsze utrwalanie się patologii metabolicznych, rozregulowanie procesów hormonalnych, immunologicznych i aktywności układu nerwowego, w końcu powielanie nieprawidłowości behawioralnych oraz inne wtórne skutki rozwijających się chorób. Nasilanie się negatywnych efektów zaburzeń depresyjnych prowadzi do dalszych komplikacji zdrowotnych i trudności diagnostyczno-terapeutycznych, w tym dotyczących przebiegu samej depresji^[43].

4.4 Przebieg kliniczny zaburzeń depresyjnych

Depresja jest zaburzeniem o niejednorodnej strukturze przebiegu i stopniu nasilenia. Jakość symptomatologiczna depresji może zmieniać się zależnie od przyczyny wywołującej, podatności osobniczej, wieku wystąpienia pierwszego epizodu, warunków życia, standardów diagnostycznych, przebiegu samej terapii i odpowiedzi na leczenie pacjenta, oraz innych czynników. Istnieją tym niemniej pewne zjawiska i tendencje w manifestacji oraz przebiegu choroby wspólne dla pewnych przypadków chorych, co można traktować jako kształtowanie się swoistych modeli klinicznych depresji^[13].

W niniejszym podrozdziale skupiono się na ogólnej charakterystyce klinicznego przebiegu zaburzeń depresyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem populacji dziecięcómłodzieżowej.

4.4.1 Dynamika zaburzeń depresyjnych

Wielu autorów zwraca uwagę, że objawy depresji najczęściej pojawiają się pomiędzy 15. a 30. rokiem życia, zaś początek ich występowania może być ostry lub powolny. Część badań świadczy o tym, że wczesny początek depresji predysponuje do częstszych i bardziej nasilonych nawrotów objawów w późniejszym życiu, jednak trudno jest ustalić, czy ma to związek z podatnością genetyczną czy też z względnie niezmiennym, stresogennym środowiskiem życia określonej osoby. Zapadalność na

depresję wydaje się być mniejsza po 40. roku życia, zaś w wieku podeszłym jej stopień ponownie wzrasta^[41].

Czas trwania dużej depresji z samej definicji wynosi minimum 2 tygodnie, zaś dystymii – minimum 2 lata u osób dorosłych i 1 rok u dzieci i młodzieży. Z przeprowadzonych dotychczas badań wynika, że większość epizodów dużej depresji ustępuje po około 4-6 miesiącach, zaś ponad 60% pacjentów wyszło z depresji w ciągu pierwszego pół roku od postawienia diagnozy. Coryell i wsp. stwierdzili, że ponad połowa spośród zarówno pacjentów, jak i osób nieleczonych, których część zapadła na depresję w czasie obserwacji, wraca do zdrowia w ciągu 6 miesięcy, około 70% w ciągu roku, ponad 80% w ciągu 2 lat, a 97% przed upływem 6 lat od początku okresu objawowego. 40% epizodów depresji zarówno ciężkich, jak i łagodnych ustępuje do 3 miesięcy od początku choroby. Dane odnoszące się do populacji dziecięco-młodzieżowej określają średni czas trwania epizodu depresji jako wynoszący od 16 do 36 tygodni^[41]. Jedno na pięć dzieci z depresją choruje przez co najmniej rok, zaś do 10% takich dzieci przez 2 lata. McCauley i wsp. zauważyli tendencję do dłuższego przeżywania epizodów depresji przez dziewczęta w porównaniu do chłopców. Birmaher i wsp. podają, że w przypadku wykrycia depresji w badaniach epidemiologicznych u dziecka dotychczas niezdiagnozowanego, epizod depresyjny trwa u niego średnio około 1-2 miesiące, zaś wśród dzieci, które poszukiwały pomocy z powodu swoich objawów – 8 miesięcy^[12].

Ogólnie, dość typowymi cechami depresji są nawroty, powracanie objawów oraz ich przewlekłość. Powracanie objawów to w przypadku depresji wystąpienie nowego, kolejnego epizodu choroby po minimum dwumiesięcznym okresie bezobjawowym^[41]. Jeśli w ciągu 6 miesięcy po zakończeniu leczenia dochodzi do ponownego wystąpienia objawów choroby, wówczas stan taki określa się jako nawrót^[20]. Czas bez istotnych objawów zaburzenia jest określany wówczas jako pełna remisja, zaś w wypadku, gdy część objawów ostatniego epizodu nadal się utrzymuje, ale nie spełniają one pełni kryteriów, by rozpoznać depresję, lub okres bezobjawowy jest krótszy niż 2 miesiące – wówczas traktuje się remisję jako częściową. Nawroty są zjawiskiem występującym częściej niż powracanie objawów zaburzenia depresyjnego^{[84],[85]}. Pojedynczy epizod depresyjny może obejmować depresję reaktywną lub reakcję depresyjną, jednak ogólnie u większości chorych jeden epizod depresyjny nie jest jedynym epizodem w ciągu ich całego życia^[41]. Bhandari podaje, że większość osób z depresją średnio w ciągu życia

przeżywa epizod chorobowy 4-5 razy^[86]. Przyjmuje się, że im bardziej wydłuża się okres bezobjawowy, tym mniejsze jest prawdopodobieństwo nawrotu^[41]. W przypadku populacji młodzieżowej wyniki badań dowodzą, że średnio około 20-60% pacjentów depresyjnych przeżywa powtórzenie się epizodu choroby (dużej depresji) w ciągu 1-2 lat od ustąpienia objawów poprzedniego epizodu^[12]. W ciągu 5 lat od ustąpienia epizodu nawroty depresji dotyczą około 50% dzieci i młodzieży, zaś w dłuższym niż 5 lat okresie – 70%^[12]. Bonin i wsp. podają, że ogólnie średnio 40-60% osób populacji dzieci i młodzieży przeżywa nawrót jakiejś formy depresji^[20].

Zjawiskiem o dowiedzionym znaczeniu w nawrotowości depresji jest tzw. podwójna depresja, czyli nałożenie się epizodu dużej depresji na przeżywane zaburzenie dystymiczne. Ogólnie, również sama dystymia przeżyta we wczesnym okresie życia wiąże się ze zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia zaburzeń nastroju, w tym dużej depresji w przyszłości. Kovacs i wsp. szacują, że ponad 80% dzieci, które przeżyły dystymię, przeżywa w późniejszym życiu większe zaburzenie depresyjne^[41]. Ponadto, należy pamiętać o możliwości wzajemnego, dwukierunkowego wpływu depresji i stresu, który do pewnego stopnia może tłumaczyć nawracanie objawów (por. Podrozdział 4.2.3.10). Podobnie, inne choroby i zaburzenia towarzyszące – również zwiększają prawdopodobieństwo nawrotu objawów depresji. W kwestii nawracania symptomów depresyjnych brakuje wśród badaczy jednoznacznych wniosków dotyczących znaczenia płci oraz wieku wystąpienia pierwszego epizodu depresji^[41].

Badacze stwierdzają, że w około 30% przypadków depresja przyjmuje przewlekłą formę przebiegu, co może mieć miejsce w różnych sytuacjach, jak np. w przypadku dystymii rozpoczynającej się w dzieciństwie lub po przeżyciu kolejnego epizodu dużej depresji^[87]. Część pacjentów chorujących przewlekłe wraca do stanu równowagi, jednak znacznie wolniej niż inni, niechorujący przewlekłe. Akiskal stwierdził, że tendencja do przewlekłości depresji koreluje dodatnio z obciążeniami wywiadu rodzinnego w kierunku zaburzeń nastroju oraz ze stresogennymi warunkami życia^[41]. Birmaher i wsp. oszacowali, że większe zaburzenie depresyjne przyjmuje formę przewlekłą w 10% przypadków, zaś średni czas trwania dystymii ocenili na 3-4 lata^[12]. Według Kleina i wsp. początek dystymii w młodym wieku jest związany nie tylko z częstszymi nawrotami objawów i epizodów dużej depresji, ale i ogólnym, długotrwałym gorszym funkcjonowaniem w wieku późniejszym^[41]. Na przestrzeni minionych dekad, wielu

autorów dowodziło, że zachodzi istotny, dodatnio korelujący związek pomiędzy początkiem depresji w okresie dorastania a jej nawrotami i przewlekaniem się objawów w życiu dorosłym^{[12],[41]}.

4.4.2 Nasilenie zaburzeń depresyjnych

Nasilenie (ciężkość) epizodu depresyjnego może być: łagodne, umiarkowane albo ciężkie. Z przebiegiem łagodnym mamy do czynienia, gdy poza objawami niezbędnymi do spełnienia kryteriów zaburzenia depresyjnego (ICD-10) nie występują lub występuje co najwyżej kilka innych objawów spośród wszystkich wymienionych w opcjonalnych kryteriach diagnostycznych, intensywność objawów jest możliwa do opanowania i nie powodują one znacznego upośledzenia funkcjonowania. Ciężkie nasilenie depresji charakteryzuje występowanie objawów, których ilość znacząco przekracza niezbędne minimum potrzebne do spełnienia kryteriów diagnostycznych, ich intensywność jest niemożliwa do opanowania oraz znacząco pogarsza jakość funkcjonowania. Epizod depresji ciężki może przebiegać z objawami psychotycznymi (np.: depresja psychotyczna, duża depresja z objawami psychotycznymi) albo bez nich. Umiarkowane nasilenie depresji to takie, które ma cechy pośrednie pomiędzy nasileniem łagodnym i ciężkim^{[14],[33]}.

4.4.3 Inne charakterystyczne cechy przebiegu zaburzeń depresyjnych

Przebieg kliniczny zaburzenia depresyjnego, poza jakościowo-ilościowymi cechami objawów, które odpowiadają kryteriom rozpoznawczym, może odznaczać się pewnymi symptomami dodatkowymi, niekoniecznie charakterystycznymi dla depresji jako takiej, jednak utrzymującymi się przez większość dni jej trwania. Depresja (zarówno większe, jak i uporczywe zaburzenie) może przebiegać z cechami niepokoju (np.: poczucie napięcia, nerwowość – uszczegółowienie diagnostyczne: „z niepokojem”), co wiąże się z wyższym ryzykiem samobójczym oraz ogólnie gorszym rokowaniem. Zaburzenie depresyjne może przebiegać również z współwystępującymi objawami maniakalnymi lub hipomaniakalnymi, niewystarczającymi jednak do rozpoznania manii lub hipomanii – gdy takich objawów jest co najmniej 3, wówczas

dany epizod uszczegóławia się w diagnostyce jako „z objawami mieszanymi”. Przebieg zaburzenia o szczególnie dużym nasileniu objawów, zwłaszcza takich jak: anhedonia lub uboga, prawie nieobecna reaktywność na bodźce dotychczas uznawane za przyjemne, ponadto cechami, takimi jak np.: obniżenie nastroju przybierające formę rozpaczki lub poczucia pustki wewnętrznej, częste przedwczesne budzenie się rano (co najmniej 2 godziny wcześniej niż zwykle), czy też wyraźne nasilenie objawów w godzinach porannych, kwalifikuje dany epizod do uszczegółowienia diagnostycznego „z objawami melancholicznymi” i jest typowo najcięższym obrazem przebiegu danego zaburzenia. W epizodzie depresyjnym mogą być obecne objawy atypowe, tj.: reaktywność nastroju (potencjalna zmienność po zadziałaniu odpowiednich bodźców), zwiększenie apetytu lub znaczny wzrost masy ciała, nadmierna senność, uczucie ociężałości kończyn, długotrwale utrzymująca się nadwrażliwość na odrzucenie przez inne osoby, powodująca znaczne upośledzenie społeczne lub zawodowe. W przypadku depresji o takim przebiegu nastrój może być nieobniżony i jako taki utrzymywać się przez dłuższy czas w sprzyjających warunkach. Epizod depresyjny może przebiegać z objawami psychotycznymi (urojenia i/lub omamy), których treść może być zgodna lub niezgodna z nastrojem, jak i z katatonią. Depresja, której początek miał miejsce w czasie ciąży lub do 4 tygodni po porodzie, może charakteryzować się przebiegiem z objawami niepokoju, a nawet napadami lęku panicznego czy symptomami psychotycznymi. Ogólnie, epizod depresyjny może przebiegać z towarzyszącymi objawami somatycznymi (np. z zespołem somatycznym – por. Podrozdział 4.1.1.1) lub bez nich, ponadto pod maską narastania fobii lub natręctw, zachowań hipochondrycznych, zachowań histerycznych, nadużywania alkoholu itp. Takie zjawiska mogą wpływać na ogólny odbiór osoby chorej i być źródłem różnych interpretacji jej stanu, dlatego tak ważne jest zachowanie szczególnej uwagi i staranności w diagnostyce różnicowej depresji^{[25],[27],[88]}.

4.4.4 Charakterystyka przebiegu określonych typów zaburzeń depresyjnych

Opisy jednostek chorobowych stanowiące załączenia do ich kryteriów klasyfikacyjnych podanych w systemach ICD i DSM charakteryzują typowy przebieg poszczególnych zaburzeń ze spektrum depresji, co obok definicji i treści samych

kryteriów (por. Podrozdział 4.1.1) stanowi dopełnienie obrazu klinicznego tych jednostek. W niniejszym podrozdziale opisano poszczególne jednostki chorobowe przede wszystkim w oparciu o ich charakterystykę przedstawioną w DSM, co wydaje się pełniej oddawać charakter i ogólne zróżnicowanie zaburzeń depresyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem populacji dziecięco-młodzieżowej.

Kwestię uaktualnienia opisów diagnostycznych DSM w zrewidowanej wersji DSM-5-TR opisano pokrótce w Podrozdziale 4.1.1.2.

4.4.4.1 Większe zaburzenie depresyjne

Większe zaburzenie depresyjne (depresja duża) charakteryzuje się niemal codziennym występowaniem objawów kryterialnych (może to nie dotyczyć zmiany masy ciała i myśli samobójczych), obniżony nastrój utrzymuje się przez większość dnia. Dzieci i nastolatki mogą mieć nastrój drażliwy jako swoisty ekwiwalent smutku dorosłych. Funkcjonowanie niektórych osób z łagodniejszą postacią tego zaburzenia może wydawać się normalne, jednak wymaga od nich zwiększonego wysiłku i przełamywania wewnętrznego oporu. Część pacjentów może nie zgłaszać objawów w sposób bezpośredni, jednak można o nich wnioskować z ich gestów i mimiki, jak również z wywiadu od osób im bliskich. Zmiana apetytu może polegać zarówno na jego zwiększeniu, jak i zmniejszeniu (u dzieci problem może się ujawnić pod postacią nieosiągania masy ciała właściwej dla wieku i płci). Zmiany aktywności mogą polegać na nadmiernym pobudzeniu lub spowolnieniu psychoruchowym, które może być odzwierciedlone np. w sposobie wypowiedzania się. Zaniżenie samooceny, czy też poczucie winy może objawiać się w postaci uporczywego zarzucania sobie błędów oraz interpretowania względnie neutralnych zdarzeń na swoją niekorzyść. Problemy z koncentracją i myśleniem mogą się manifestować np.: spadkiem efektywności i wydajności w pracy lub pogorszeniem wyników szkolnych. Myśli dotyczące śmierci mogą polegać na uporczywym wyobrażaniu sobie i uzasadnianiu potrzeby własnej śmierci, jak i na planowaniu lub podejmowaniu prób samobójczych w związku z przekonaniem o bezsensie dalszego życia, niemożności poprawy sytuacji lub też silnej niechęci do samego siebie.

Większe zaburzenie depresyjne może odznaczać się przebiegiem sezonowym, a ma to miejsce wówczas, gdy obserwuje się regularny związek jego objawów z określonym czasem w ciągu roku (np.: jesień i/lub zima) i ich ustępowanie poza tym okresem, przez minimum 2 lata z rzędu.

Najczęściej, pierwszy epizod większego zaburzenia depresyjnego pojawia się przed ukończeniem 30. roku życia, zaś częstotliwość i długość ewentualnych remisji jest zmienna. Zazwyczaj, przed wystąpieniem epizodu pojawiają się łagodniejsze, podprogowe objawy i stany przypominające depresję. Badania skoncentrowane na dzieciach i młodzieży wskazują na wiek 13-15 lat jako okres najczęstszego występowania pierwszych objawów choroby^[89]. Jeśli większe zaburzenie depresyjne wystąpi we wczesnym okresie życia (przed ukończeniem 14 lat), to jego przebieg może być stosunkowo cięższy, a nawroty częstsze niż w przypadku późniejszego początku choroby. Jeśli zaburzenie przyjmuje postać przewlekłą, to należy brać pod uwagę zwiększone ryzyko współwystępowania zaburzeń osobowości, zaburzeń lękowych czy też używania substancji psychoaktywnych przez osoby zgłaszające objawy. Poprawa stanu klinicznego u około 40% chorych dostrzegana jest w ciągu 3 miesięcy, zaś już u 80% przed upływem roku od zachorowania. Przeciętny czas trwania epizodu dużej depresji u adolescentów wynosi około 8 miesięcy. Ciężkie, wymagające leczenia epizody depresyjne zwykle trwają około roku. Do około 90% badanych wychodzi z pierwszego epizodu dużej depresji w przeciągu 1-2 lat. Czynnikiem wiążącym się z tendencją do przewlekania się objawów są: czas trwania choroby, lęk, objawy psychotyczne, zaburzenia osobowości i ogólna ciężkość przebiegu. Ryzyko nawrotu większego zaburzenia depresyjnego jest wyższe u osób, u których w przeszłości występowały nawroty, poprzedni epizod lub epizody przebiegały ciężko oraz im młodszy jest wiek pacjenta. Silnym predyktorem nawrotu pełnoobjawowego epizodu jest niepełność remisji. W przypadku większego zaburzenia depresyjnego, ryzyko nawrotu objawów w ciągu roku dotyczy 25%, w ciągu 2 lat – 40%, a w ciągu 5 lat – 70% badanych. Statystycznie, każda kolejna remisja u danego pacjenta trwa krócej niż poprzednia^[58] (por. Podrozdziały: 4.4.1 i 4.5.1.2). W przypadkach większego zaburzenia depresyjnego, które wystąpi w wieku dorastania, stosunkowo często dochodzi do rozwoju przewlekłej formy depresji, trwającej do okresu dorosłości^[58]. Niejednokrotnie epizod nasilonych objawów depresyjnych staje się pierwszą fazą objawową ChAD, w

pewnych wypadkach także schizofrenii – wówczas należy odpowiednio zweryfikować postawione rozpoznanie^{[90],[91],[92]}.

Choć stwierdza się różnice w rozpowszechnieniu większego zaburzenia depresyjnego zależnie od płci, to charakterystyka jakościowa i ilościowa objawów pojawiających się u kobiet i mężczyzn jest zbliżona. Do zaburzeń, które stosunkowo często współwystępują z większym zaburzeniem depresyjnym, a tym samym mogą interferować z jego obrazem klinicznym, należą: zaburzenia paniczne, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, jądłowstręt psychiczny, żarłoczność psychiczna, zaburzenie osobowości typu borderline, zaburzenia związane z substancją^{[12],[14],[48]}.

4.4.4.2 Uporczywe zaburzenie depresyjne

Uporczywe zaburzenie depresyjne (dystymia) przebiega z obniżeniem nastroju trwającym przez większą część dnia, prawie każdego dnia, przez okres minimum 2 lat (w przypadku dorosłych) lub 1 roku (u dzieci i adolescentów). Podobnie jak w przypadku dużej depresji, ekwiwalentem obniżenia nastroju u dzieci i młodzieży może być drażliwość. Dystymia może mieć formę tzw. czystego zespołu dystymicznego, ale może też towarzyszyć jej epizod większego zaburzenia depresyjnego (okresowo lub przewlekłe), przy czym jego obecność nie wyklucza rozpoznania dystymii, a jedynie może uszczegóławiać kontekst kliniczny jej występowania, co należy mieć na uwadze na potrzeby charakterystyki klinicznej przebiegu choroby.

Poza warunkami kryterialnymi (por. Podrozdział 4.1.1), dystymia może odznaczać się pewnymi cechami, których stwierdzenie może uszczegółowić jej charakterystykę kliniczną. Dystymia często rozpoczyna się wcześnie – w okresie dzieciństwa, nastoletniości lub wczesnej dorosłości. Zgodnie z treścią definicji przebiega przewlekłe, zaś ewentualne okresy bezobjawowe nie przekraczają 2 miesięcy. Z racji swojej przewlekłości, zaburzenie to może nie być opisywane przez osobę chorą jako problem, który pojawił się w ostatnim czasie, tylko stan, który trwał „od zawsze”. Wczesny początek dystymii koreluje dodatnio z występowaniem zaburzeń osobowości oraz nadużywaniem substancji. Dystymiczni adolescenti z reguły cechują się słabą kontrolą emocjonalną. Zdarza się, że cechy dystymii mają wspólne tło przyczynowe z współwystępującym zaburzeniem osobowości typu borderline. Ogólnie,

współwystępowanie dystymii z innymi zaburzeniami psychicznymi (zwłaszcza używaniem substancji psychoaktywnych i zaburzeniami lękowymi) jest dosyć częste. Ustępowanie objawów dystymicznych ma miejsce rzadziej i zwykle przebiega dłużej niż w przypadku dużej depresji. Cechami, które sprzyjają przewlekaniu się objawów są: wyższy poziom neurotyczności, większa ciężkość objawów, gorsze funkcjonowanie ogólne, zaburzenia lękowe lub zaburzenia zachowania. Zależnie od warunków osobniczych, nasilenie negatywnego wpływu uporczywego zaburzenia depresyjnego na funkcjonowanie codzienne osoby chorej może być różne, bywa, że nawet większe niż w przypadku większego zaburzenia depresyjnego^{[12],[14]}.

Kovacs i wsp. podają, że dystymia po raz pierwszy w życiu pojawia się w nieco młodszym wieku niż większe zaburzenie depresyjne – najczęściej u dzieci 11-12-letnich. Epizody dużej depresji u nastolatków są zresztą na ogół poprzedzone właśnie dystymią. Trwający kilka lat okres dystymiczny częściej kończy się jednak powrotem do stanu zdrowia. Jeśli dystymia ma swój początek w dzieciństwie, to zwykle jej czas trwania jest dłuższy – średnia długość epizodu szacowana jest na 2-5 lat. Czas trwania dystymii wydaje się być dłuższy także w przypadku występowania zaburzeń współistniejących, np. zaburzeń zachowania^[58] (por. Podrozdział 4.5.1.2).

4.4.4.3 Dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju

Dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju jest jednostką zaliczaną w klasyfikacji DSM-5 do szerokiej gamy zaburzeń depresyjnych. Zasadniczą cechą tej jednostki jest trwająca przewlekle, nasilona i uporczywa drażliwość. Głównym przejawem są wybuchy gniewu, które stanowią reakcję na frustrację, mogąc mieć formę werbalną lub behawioralną. Występują one średnio co najmniej 3 razy w tygodniu przez co najmniej 1 rok, w co najmniej 2 środowiskach (w domu, w szkole lub wśród rówieśników), w tym przynajmniej w jednym osiągają znaczne nasilenie, poza tym są reakcjami nieprawidłowymi z rozwojowego punktu widzenia i nieproporcjonalnie nasilonymi w stosunku do czynnika wywołującego. Pomiędzy dużymi wybuchami gniewu, przez większą część dnia, prawie codziennie i w sposób zauważalny dla innych, występuje nastrój uporczywie drażliwy lub zły. Dzieci z przewlekłą drażliwością wykazują cechy dysfunkcji w zakresie zadań oceniających ukierunkowanie

uwagi w reakcji na bodźce emocjonalne. Obserwuje się u nich wyraźne zakłócenia i nieprawidłowości w relacjach z innymi osobami oraz w wynikach szkolnych. Dzieci z tym zaburzeniem mają bardzo niską tolerancję na frustrację, przez co mają trudności z osiąganiem sukcesów w szkole, inicjowaniem i podtrzymywaniem relacji przyjacielskich, jak i uczestnictwem w zabawach zespołowych. Ponadto, dość często zachowują się ryzykownie, niebezpiecznie i agresywnie, mają myśli i podejmują próby samobójcze.

Wymogiem kryterialnym rozpoznania jest niewystępowanie okresów bezobjawowych trwających 3 miesiące lub dłużej. Rozpoznanie nie ustala się po raz pierwszy przed 6. i po 18. roku życia, jednak wywiad i obserwacja dają podstawę do ustalenia początku występowania objawów przed 10. rokiem życia. Zaburzeniu temu mogą towarzyszyć inne zaburzenia psychiatryczne, tj.: większe zaburzenie depresyjne, zaburzenie z deficytem uwagi i nadaktywnością, zaburzenie zachowania, zaburzenie używania substancji. Nie należy łączyć rozpoznania tej jednostki chorobowej z rozpoznaniem zaburzenia opozycyjno-buntowniczego, okresowego zaburzenia eksplozywnego lub ChAD, a w razie współwystępowania objawów wskazana jest weryfikacja diagnozy według wymogów kryterialnych. Symptomy charakterystyczne dla manii lub hipomanii nie wykluczają rozpoznania dezorganizującego zaburzenia regulacji nastroju, o ile nie trwają dłużej niż 1 dzień.

Dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju jest częstsze u chłopców i dzieci młodszych niż u dziewcząt i osób nastoletnich. Jego występowanie wiąże się z ryzykiem rozwoju pełnoobjawowej depresji lub zaburzeń lękowych w dalszym życiu^[14].

4.4.4.4 Inne jednostki rozpoznawcze depresji klasyfikowane w DSM-5

Przedmenstruacyjne zaburzenie dysforyczne częściowo odpowiada wymienianemu przez ICD-10 w rozdziale dotyczącym układu moczowo-płciowego zespołowi napięcia przedmiesiączkowego. Podstawowymi cechami tego zaburzenia są występujące przy okazji większości cykli menstruacyjnych w przeciągu minionego roku: wyraźna chwiejność nastroju, drażliwość, dysforia i objawy lękowe. Objawy te występują w przedmenstruacyjnej fazie cyklu, ulegając stopniowej remisji na początku krwawienia miesięcznego lub niedługo później. Mogą im towarzyszyć objawy

somatyczne i behawioralne. Do postawienia rozpoznania konieczne jest stwierdzenie niekorzystnego wpływu objawów na funkcjonowanie codzienne^{[14],[33]}.

Zaburzenie depresyjne wywołane substancją lub lekiem, choć symptomatologicznie może być bardzo podobne do klasycznej depresji, to jednak należy je zasadniczo odróżniać od zaburzeń depresyjnych sensu stricto. Istotą tego zaburzenia jest potwierdzony związek z działaniem substancji psychoaktywnej, mającej w swoim zakresie oddziaływania wpływ prodepresyjny. Syndrom depresyjny rozwija się w ciągu 1 miesiąca od użycia takiej substancji, zaś utrzymuje się dłużej niż trwa oczekiwany okres jej działania fizjologicznego, zatrucia lub odstawienia. Początek objawów zaburzenia może mieć miejsce podczas zatrucia, jak i podczas odstawienia. Zaburzenie wywołuje klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie społecznego funkcjonowania, trwając zwykle do około 4 tygodni dłużej niż wynosi oczekiwany okres odstawienia substancji. Do środków farmakologicznych, których używanie może skutkować pojawieniem się tego zaburzenia należą np.: neuroleptyki, leki przeciwdrgawkowe, hormony, retinoidy, interferon, leki kardiologiczne, leki przeciwwirusowe^[14] (por. tab. 4.2).

Zaburzenie depresyjne spowodowane stanem ogólnomedycznym polega na występowaniu syndromu depresyjnego jako dowiedzionej konsekwencji innego stanu chorobowego. Objawy w przebiegu tego zaburzenia mogą łącznie spełniać kryteria rozpoznawcze depresji, ale mogą im też towarzyszyć objawy maniakalne lub hipomaniakalne, jednak nie dominują one w obrazie klinicznym. Ta jednostka chorobowa charakteryzuje się przede wszystkim wyraźnym i uporczywym obniżeniem nastroju lub znacznym zmniejszeniem zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności w klinicznym kontekście innej choroby. Okoliczności jej wystąpienia mogą nie być typowe dla klasycznej depresji z pierwotnymi zaburzeniami nastroju (np.: początek lub przebieg), co należy brać pod uwagę w ocenie diagnostycznej. Do stanów ogólnomedycznych, których patofizjologiczny przebieg łączy się z zaburzeniem depresyjnym należą np.: udar, urazowe uszkodzenie mózgu, endokrynopatie czy choroby demielinizacyjne^[14] (por. tab. 4.4).

Objawy charakterystyczne dla zaburzenia depresyjnego mogą nie spełniać wszystkich kryteriów koniecznych do postawienia rozpoznania pełnej depresji. W takich przypadkach opcjonalnymi rozpoznaniem są:

- krótkotrwała nawracająca depresja, w której objawy kliniczne depresji występują przez okres 2-13 dni, co najmniej raz w miesiącu, przez kolejne co najmniej 12 miesięcy, nie są związane z cyklem menstruacyjnym i nie są elementem innego zaburzenia depresyjnego, zaburzenia dwubiegunowego ani zaburzenia psychotycznego,
- krótkotrwały epizod depresyjny, w którym objawy depresyjne występują przez co najmniej 4 dni i krócej niż 14 dni, oraz wiążą się z istotnym klinicznie cierpieniem lub upośledzeniem funkcjonowania u osoby, u której nigdy nie rozpoznano innego zaburzenia depresyjnego, zaburzenia dwubiegunowego ani zaburzenia psychotycznego, oraz nie kwalifikują się pod rozpoznanie krótkotrwałej nawracającej depresji,
- epizod depresyjny z niepełnymi objawami – to przebiegające przez co najmniej 2 tygodnie zaburzenie polegające na obniżeniu nastroju i występowaniu co najmniej 1 z 8 objawów kryterialnych większego zaburzenia depresyjnego, związanych z klinicznie istotnym cierpieniem lub upośledzeniem funkcjonowania u osoby, u której nie rozpoznano innego zaburzenia depresyjnego, zaburzenia dwubiegunowego, zaburzenia psychotycznego ani mieszanych zaburzeń lękowo-depresyjnych.

Powyższe 3 przypadki przebiegu klinicznego są klasyfikowane w opisach diagnostycznych jako inne określone zaburzenie depresyjne.

Jeśli występujące u danej osoby objawy nie spełniają w danej chwili kryteriów wymaganych do rozpoznania określonego zaburzenia depresyjnego w sposób swoisty, wówczas ich klasyfikacja kliniczna jest określana rozpoznaniem nieokreślonego zaburzenia depresyjnego^[14].

4.4.5 Wygląd zewnętrzny i zachowanie w zaburzeniu depresyjnym

Celem uzupełnienia charakterystyki obrazu klinicznego osoby, która przejawia symptomy depresji, należy zwrócić uwagę na pewne dodatkowe aspekty jej wizerunku i zachowania, w tym jakość gestów, mimiki, zmiany postawy ciała czy sposobu mówienia. Uściślenie obserwacji dotyczących tych kwestii może stanowić cenną wskazówkę w procesie diagnostycznym i terapeutycznym dla badaczy i klinicystów, jako że stan psychiczny osoby chorej ma swoje odzwierciedlenie i wyraz w obiektywnie stwierdzanych cechach fizycznych^[12].

Coyne stwierdza, że styl interpersonalny osób depresyjnych, będąc źródłem izolacji społecznej, charakteryzuje się pewną specyfiką, ewidentnie odróżniającą chorych od osób niedepresyjnych. Wyrazem tego może być odmienny sposób zachowania, obejmujący gesty, wygląd twarzy, sposób poruszania się i wypowiadania przez pacjentów z depresją. Przykładowo, Eckman opisuje różnice w tej sferze dotyczące ruchów rąk w czasie rozmowy. Z kolei Lamparski stwierdza odmienności dotyczące głośności, czasu reakcji oraz tempa mówienia. Według tego i innych autorów, osoby cierpiące na zaburzenia depresyjne mówią zwykle wolniej, delikatniej i ciszej w porównaniu do ludzi bez depresji^[21]. Mazur i wsp. wiążą to z zaburzeniem neurofizjologii obszaru limbicznego (krąg Papeza), który pełni rolę w rozwoju mowy limbicznej, będącej filogenetycznie najstarszym sposobem komunikowania się^[93]. Badacze sugerują, że opisany sposób zachowania może stanowić przyczynę niechęci i odrzucenia takich osób przez ich otoczenie^[21].

Rebel podaje szereg cech dotyczących zarówno względnie kontrolowanych, jak i niekontrolowanych ruchów ciała, które mogą towarzyszyć przeżywaniu depresji. Autor sugeruje, że szczególne znaczenie w kwestii manifestowania wewnętrznych uczuć mają mikroekspresje twarzy, spośród których jako charakterystyczne dla stanów depresyjnych wymienia: wrażenie opadania powiek (wiotkość oraz zakrzywienie linii łączącej górną i dolną powiekę), niejasność i wrażenie braku skupienia w spojrzeniu, zakrzywienie ust w dół (lekko opadnięte kąciaki ust), marszczenie brwi i przestrzeni pomiędzy oczami (wrażenie zaskoczenia). Ponadto istotna może okazać się pozycja głowy względem reszty ciała – u osób depresyjnych głowa bywa pochylona w dół i lekko do przodu, zaś w czasie wysłuchiwanie kogoś może pochylać się (często w stronę prawą)^[94]. Głos w czasie wypowiedzi sprawia wrażenie ochryplego lub łamiącego się. Typowa jest oszczędność słów i względny brak ekspresyjności w mowie. W postawie ciała chorego na depresję można dostrzec swego rodzaju wiotkość, wygięcie kręgosłupa ku tyłowi i zgarbienie. Biernat i wsp. podkreślają wzajemną dodatnią zależność pomiędzy poziomem negatywnej samooceny (samoakceptacja, obraz własnego ciała) oraz nieprawidłowością postawy ciała^[95]. Poruszanie się jest z reguły powolne, jednak w pewnych sytuacjach wydaje się być nadmiernie ożywione (zwłaszcza dotyczy to dystalnych części kończyn górnych: wyginanie palców, strzelanie stawami, skubanie paznokci itp.). W aktywności ruchowej osoby z zaburzeniem depresyjnym może

dochodzić do skrajnych zmian. Ciężka depresja może przebiegać z osłupieniem, zaś depresja z cechami lęku może uwiadczać się nasilonym niepokojem wokalnym i ruchowym (np.: ciągłe ruchy kończyn, dotykanie twarzy zwłaszcza w okolicy ust, chrząkanie, trudności w pozostawaniu w jednym miejscu i w jednej pozycji). Lowen zwraca uwagę na głębokość i częstość oddechu, który w stanach depresyjnych wydaje się być płytki, a zarazem szybki, z kolei nieefektywność takiego rytmu oddechowego wiąże z narastającym poczuciem zmęczenia osoby chorej, co też może być zauważalne przez osoby z jej otoczenia^[79].

Analizując domniemaną negatywną prezencję i odbiór społeczny pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi, oprócz wymienionych zmian w ich wyglądzie i zachowaniu należy brać pod uwagę cechy, które wiążą się z możliwymi zaniedbaniami higienicznymi i brakiem dbałości o własny wizerunek, co najczęściej jest skutkiem wtórnym do spadku samooceny i motywacji, jak i uczucia bezsilności oraz braku sensu podejmowania działań^[95].

4.5 Epidemiologia i konsekwencje społeczne zaburzeń depresyjnych

Depresja jest zaburzeniem występującym powszechnie. Prowadzone na przełomie XX i XXI wieku liczne badania oceniające jej rozpowszechnienie, koncentrowały się przede wszystkim na ocenie występowania depresji aktualnie (chorobowość punktowa) w populacji oraz na przestrzeni całego życia określonych grup osób, zaś w przypadku dzieci i młodzieży – oceniając chorobowość punktową i 12-miesięczną. Opisywano występowanie klasycznej, tzw. czystej depresji, jak i jej współwystępowanie z innymi zaburzeniami, rozpowszechnienie w poszczególnych grupach wiekowych, u obu płci i bez podziału ze względu na płeć, zależność pojawiania się objawów od różnych czynników, w tym: kulturowych, społecznych i demograficznych, ponadto skutki jej występowania w sferze społecznej i ekonomicznej: rodzinnej, szkolnej czy zawodowej. Rozpoznawalność, a tym samym ocena występowania i konsekwencji depresji jest w dużej mierze związana z przyjętymi kryteriami badawczymi, które mogą być różne, zależnie od założenia conceptualnego depresji, jak i zastosowanego narzędzia diagnostycznego^[58].

Z racji faktu, iż wiek jest jedną z cech różnicujących populację z punktu widzenia epidemiologii, w niniejszym podrozdziale uwzględnione zostaną pewne dane dotyczące depresji zarówno w znaczeniu ogólnym, jak i depresji dzieci i młodzieży, mimo iż tej ostatniej poświęcony jest w całości Rozdział 5. Ze względów praktycznych pominięto aspekty dotyczące wyłącznie lub niemal wyłącznie populacji osób dorosłych (np.: depresja a aktywność zawodowa, depresja a wykształcenie, depresja a relacje w związkach). Część danych epidemiologicznych odnoszących się do dynamiki przebiegu depresji zawarto w Podrozdziale 4.4.1.

4.5.1 Epidemiologia depresji

4.5.1.1 Występowanie depresji w danym momencie (aktualna depresja) i w ciągu całego życia

W latach 90., Smith i wsp. stwierdzili, że duża depresja występuje w populacji ogólnej z częstością 4,6–7,4%, zależnie od kraju objętego badaniem, zaś Blazer i wsp., badając populację amerykańską, uzyskali wyniki rozpowszechnienia depresji na poziomie 4,9%, przy czym u połowy osób z depresją stwierdzono inne psychiczne zaburzenia towarzyszące. W tym samym czasie Compas i wsp. oszacowali występowanie klinicznie istotnego zespołu depresyjnego wśród dorastających na 5-6%, zaś Lewinsohn i wsp. ocenili odsetek występowania dużej depresji wśród nastolatków i młodych dorosłych na około 3%. Rozpowszechnienie dystymii oceniane było jako mniejsze niż większego zaburzenia depresyjnego. Smith i wsp. obliczyli wskaźnik ogólnego występowania dystymii na 2-4%, z kolei Lewinsohn i wsp. na 1-3% wśród dorastających. Lewinsohn i wsp. oceniając wywiady kliniczne nastolatków w wieku 14-18 lat ustalili, że 3% tej grupy spełniało kryteria trwającej depresji, 8% podawało występowanie cech depresyjnych w ciągu minionego roku, zaś 20% występowanie cech depresyjnych w przeszłości^{[41],[58]}.

Walter i wsp. podają dane pochodzące z wyników badań opublikowanych w roku 2015, szacujące aktualne występowanie dużej depresji wśród dorastających na ok. 3%, 7,5% w ciągu minionego roku oraz 11% w ciągu całego dotychczasowego życia^[12]. Avenevoli i wsp. stwierdzają, że prawie jedną na trzy młode osoby z depresją cechował ciężki

przebieg choroby. Występowanie dystymii u dorastających na przestrzeni minionego roku szacowane jest przez tych samych badaczy na 1,3%, zaś w ciągu życia – 1,8%. Odpowiednie wskaźniki występowania jakiegokolwiek formy depresji u dzieci przedszkolnych nie przekraczają 2%^[96].

Przyjmuje się, że depresja może pojawić się w każdym wieku. Współczynniki jej trwania są zróżnicowane i osiągają w różnych badaniach 1–17%, zależnie od populacji badanej, co oznacza, że zaburzenie depresyjne, przyjmując potencjalnie różne formy, może trwać przewlekłe od momentu wystąpienia praktycznie do końca życia u przynajmniej kilku procent osób depresyjnych^[41]. W podrozdziale dotyczącym przebiegu depresji odnotowano pewne dane statystyczne na temat ustępowania i nawracania symptomów depresyjnych.

W ocenie depresji trwającej i przebytej lub nawracającej należy mieć na uwadze wspomnianą wcześniej zależność wyników ocen od przyjętej metody badawczej oraz sposobu postrzegania depresji, jako zaburzenia, syndromu czy też nastroju depresyjnego. By zobrazować złożoność problemu, można przytoczyć wyniki badań polskich, które były prowadzone w dwóch ostatnich dekadach ubiegłego wieku i na początku XXI wieku. Narzędziem diagnostycznym użytym w badaniach Bomby i wsp. (1985-1988) był Krakowski Inwentarz Depresyjny (KID), służący do przesiewowej diagnostyki zaburzeń depresyjnych. Wyniki dotyczące rozpowszechnienia depresji wśród 14 i 17-latków krakowskich wynosiły odpowiednio: 31,65% oraz 27,37%. W roku 1996 Witkowska-Ulatowska, prowadząc badania na dużej próbie 13-14-latków warszawskich z użyciem Inwentarza Objawów Dużych Zaburzeń Depresyjnych, uzyskała wskaźnik rozpowszechnienia syndromu depresyjnego na poziomie 19,3%, przy czym odsetek dużej depresji w obrębie grupy z syndromem depresyjnym oceniono na 3,83%, czyli 0,77% całej badanej populacji. W 2001 roku Jaklewicz i wsp., oceniając populację 17-latków gdańskich i koszalińskich, uzyskali wskaźnik rozpowszechnienia depresji na poziomie aż 54%^[58].

4.5.1.2 Zależność występowania depresji od wieku (rozwojowego)

W grupie wiekowej dzieci i młodzieży, zaburzenia depresyjne są piątą pod względem częstości występowania grupą zaburzeń psychicznych (po: zaburzeniach

lękowych, zaburzeniach niszczycielskich i kontroli impulsów, zaburzeniach hiperkinetycznych oraz zaburzeniach opozycyjno-buntowniczych)^[89]. Jak zaznaczono w podrozdziale dotyczącym przebiegu depresji, duża liczba przeprowadzonych na przestrzeni minionych dekad badań wskazuje na to, że początek występowania depresji i wyraźny populacyjny wzrost liczby chorujących na nią dotyczy najczęściej osób w drugiej lub trzeciej dekadzie życia^{[37],[97]}. W ciągu ostatnich 50 lat obserwowano ponadto rosnącą liczbę chorujących na depresję młodych osób, korelującą z późniejszą datą urodzenia. Innymi słowy, oceniając retrospektywnie potencjalne występowanie objawów depresyjnych u osób urodzonych w różnych latach XX wieku, oszacowano, że jest ono tym większe im późniejszych roczników urodzenia dotyczy. Badania amerykańskie pokazują, że na przestrzeni kilku minionych dekad odsetek młodzieży z depresją zwiększa się, zaś wiek początku jej wystąpienia się obniża^[98]. Obserwowany trend próbowano wyjaśniać czynnikami obyczajowymi, kulturowymi oraz społecznymi, jak i kwestiami metodologicznymi, i choć narastanie problemu na przestrzeni kolejnych dekad pozostaje zjawiskiem niepokojącym, to żadna z przyjętych dotychczas hipotez nie rozstrzyga przyczyn tego zjawiska w pełni^[98].

W roku 1993, Angold i Costello, analizując kilka badań populacyjnych dotyczących rozpowszechnienia depresji wśród ludzi młodych, stwierdzili, że depresja dotyczy 6–8% osób tej grupy. Należy podkreślić, że jest to odsetek ogólny, który wynika z uśrednienia danych dotyczących zarówno dzieci młodszych, jak i nastolatków, oraz analizy różnych form syndromu depresyjnego. Obserwuje się, że występowanie depresji jest w tej grupie zróżnicowane, zwłaszcza jeśli bierze się pod uwagę zestawienie wyników uzyskanych przez dzieci poniżej 12. roku życia i dzieci starsze. Ci sami autorzy stwierdzają, że populacja dzieci młodszych (do 12. roku życia) cechuje się odsetkiem występowania szeroko rozumianej depresji na poziomie 2–3%, a wskaźniki te rosną wraz z wiekiem badanych^[58]. Mniej jest odpowiednich danych dotyczących dzieci w wieku przedszkolnym. Kashani i wsp. szacowali rozpowszechnienie depresji wśród takich dzieci na mniej niż 1%^[58]. Wyraźny wzrost zachorowań na depresję wiązano z początkiem okresu dorastania^[97] i według różnych autorów może on mieć miejsce pomiędzy 13. i 15. (McGee i wsp., 1990) lub między 14. i 15. (Essau i wsp., 2000) rokiem życia, zaś w połowie okresu dorastania wskaźniki występowania depresji osiągają poziom zbliżony do populacji dorosłych^[58]. W latach 90. Harrington i wsp.

oceniali występowanie większego zaburzenia depresyjnego na przestrzeni całego okresu dojrzewania na 15–20%, z kolei analogiczne dane dotyczące dystymii sugerowały jej mniejsze rozpowszechnienie w tym okresie (1–3% wg Lewinsohna i wsp., 5% wg Renouf i wsp.)^[58]. Angold i Rutter (1992) ocenili, że w przypadku dziewcząt początek występowania objawów depresyjnych zwykle miał miejsce wcześniej niż u chłopców – pewne symptomy uwiadamiały się już w wieku 11 lat, zaś około 13. roku życia wzrost zachorowań był już ewidentny. Badając rozpowszechnienie nastroju depresyjnego, oceniono jego występowanie na 13% wśród dzieci 10-11-letnich oraz na 40% wśród 14-15-letnich. Birmaher i wsp. (1996) ocenili wzrost występowania większego zaburzenia depresyjnego wśród nastolatków dorastających w porównaniu do dzieci młodszych jako dwu- lub trzykrotny^[58]. Bomba i wsp. (1986), porównując rozpowszechnienie depresji wśród 10- i 13-letnich dzieci, stwierdzili 2,5-krotny wzrost odsetka jej występowania na przestrzeni tej 2-letniej różnicy wiekowej^[50]. Greszta (2001), używając skali CDI Kovacs, oceniła średni poziom nasilenia objawów depresyjnych w grupie preadolescentów (11-12 lat) jako istotnie niższy niż w grupie adolescentów (13-15 lat)^[58].

Biorąc pod uwagę pochodzące z kilkuset nowszych badań uśrednione wskaźniki występowania depresji w populacji dzieci i młodzieży, należy przyjąć, że aktualnie na świecie choruje na nią około 2,6% osób tej populacji (w tym na większe zaburzenie depresyjne – 1,3%), czyli około 47 milionów młodych ludzi, przy czym niemal 40% tych osób nie korzysta z żadnej formy leczenia^[37]. Dosyć wyraźnie zaznacza się w populacji dzieci i młodzieży granica wiekowa korelująca ze zmianą częstości występowania depresji. Rozpowszechnienie depresji wynosi średnio około 1–2% jeszcze wśród 13-latków, zaś już 3–7% wśród 15-latków^[89]. Wichstrøm i wsp. (2012) oceniają odsetek występowania depresji u dzieci przedszkolnych na ok. 1–2%, przy czym Domenech-Llaberia i wsp. (2009) szacują występowanie większego zaburzenia depresyjnego w tej grupie na 0,3%, zaś dystymii na 0,2%. Powyższe badania dowodzą ponadto większego rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych wśród chłopców przedszkolnych w porównaniu z dziewczętami przedszkolnymi^[37]. Dość typowym zjawiskiem w tej grupie jest współwystępowanie zaburzeń opozycyjno-buntowniczych z depresją (wg Wichstrøma i wsp. około 48% przedszkolnych dzieci z depresją przejawia cechy tego zaburzenia, u ok. 37% rozpoznaje się zaburzenia lękowe, u ok.

24% ADHD [ang.: *attention deficit hyperactivity disorder*; zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi], zaś ogólnie zaburzenia emocjonalne i/lub zachowania występują u 3 na 4 takie dzieci^[37]. W badaniach amerykańskich występowanie przynajmniej jednego epizodu depresji w ciągu roku poprzedzającego badanie u dzieci starszych (12-17 lat) stwierdzono u 11,4% badanych^[37]. Avenevoli i wsp. (2015), po przebadaniu ponad 10 tysięcy dzieci w wieku 13-18 lat (kwestionariusz CIDI [ang.: *Composite International Diagnostic Interview*; Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny] i kryteria DSM-IV) stwierdzili, że zaburzenie depresyjne w dotychczasowym życiu ogólnie wystąpiło u nieco ponad 10%, zaś w ciągu poprzedzającego roku u 7,5% badanych, z kolei epizod ciężkiej depresji odpowiednio u 3% i 2,3% badanych. Dystymia dotyczyła mniejszego odsetka osób tej grupy – 1,8% badanych doświadczyło jej w ciągu życia, zaś 1,3% w ciągu poprzedzającego roku. Średni czas trwania choroby wyniósł 27 tygodni. Prawie jedna trzecia badanej grupy potwierdzała przeżycia lub działania samobójcze, a prawie 11% dokonało w ciągu minionego roku próby samobójczej. 63,7% dzieci badanej grupy było obciążonych dodatkowo innym zaburzeniem psychicznym, najczęściej lękowym i/lub behawioralnym. Współchorobowość dotyczyła głównie dzieci z cięższym przebiegiem depresji. Analizując przypadki tzw. depresji podwójnej, stwierdzono, że w ponad 85% przypadków rozpoznaniu większego zaburzenia depresyjnego nie towarzyszyło rozpoznanie dystymii, jednak jeśli stwierdzono u danej osoby dystymię, to w prawie 90% przypadków towarzyszyło jej większe zaburzenie depresyjne. W tym samym badaniu stwierdzono, że w okresie dorastania ryzyko depresji jest 2-3 razy większe u dziewcząt niż u chłopców, przy czym ryzyko wystąpienia ciężkiego epizodu jest 4-krotnie wyższe^[99]. Mojtabai i wsp. w 2016 roku przedstawili wyniki badań podłużnych, wedle których wskaźniki występowania zaburzeń depresyjnych wśród młodych ludzi były wyższe w roku 2014 niż w roku 2005, przy czym taki trend wzrostowy obserwowany był u nastolatków między 12. a 20. rokiem życia i nie dotyczył młodych dorosłych po 20. roku życia^[98].

Dla porównania, Bomba i wsp., badając populację polskich dzieci począwszy od 1982 roku, stwierdzili rozpowszechnienie depresji w populacji 5-latków na poziomie 6,66%, a wśród 10-latków 11,34%, z kolei wśród nastolatków było ono już 2- lub 3-krotnie większe. Modrzejewska i wsp., analizując w 2004 roku wyniki polskich badań z dwóch

poprzednich dekad (1986 i 2001) nie stwierdzili wyraźnego, istotnego statystycznie wzrostu rozpowszechnienia depresji wśród adolescentów (27,4% vs. 27,9%)^{[50],[58]}.

Biorąc pod uwagę analizę nasilenia konkretnych objawów z perspektywy nie tylko samoopisowej, Wolańczyk (2002) przywołuje międzynarodowe dane dotyczące kwestionariuszowej oceny charakterystycznych dla depresji objawów (kategoryzowanych jako zaburzenia internalizacyjne) wśród dzieci w różnych grupach wiekowych dokonujących samooceny oraz ocen dokonanych przez rodzica i przez nauczyciela. Okazuje się, że w przypadku populacji polskich dzieci, rodzice mają tendencję do oceniania nasilenia takich objawów jako większego w porównaniu do średniej ocen środowiska międzynarodowego, zaś nauczyciele oceniają to nasilenie jako znacznie większe w stosunku do przeciętnej międzynarodowej. Średnie odpowiednich samoocen są porównywalne^[37].

Według danych amerykańskich, 60% adolescentów z depresją w przeciągu ostatniego roku korzystało z jakiejś formy leczenia^[20]. Około 1/3 pacjentów depresyjnych w tym wieku otrzymuje adekwatne leczenie specjalistyczne (psychiatryczne), przy czym większość z nich jest leczona z powodu większego zaburzenia depresyjnego^[12]. Od roku 2011 obserwuje się zwiększenie liczby nastoletnich pacjentów z rozpoznanym zaburzeniem depresyjnym, którzy są leczeni specjalistycznie w lecznictwie stacjonarnym oraz dziennym, ponadto wzrost użycia środków farmakologicznych stosowanych w tym celu. W związku jednak ze znaczącym wzrostem ilości chorych adolescentów w ogóle, rośnie też liczba osób nieleczonych^[98].

4.5.1.3 Różnice w występowaniu depresji u kobiet i mężczyzn

W populacji ogólnej, częstość występowania depresji wśród kobiet jest zdecydowanie większa niż u mężczyzn, co potwierdzone zostało licznymi badaniami, przeprowadzonymi na całym świecie. Hammen przytacza analizy populacyjne dokonane przez Weissman i wsp., w których uwzględniono dane badawcze z: Stanów Zjednoczonych, Kanady, Puerto Rico, Francji, Niemiec, Włoch, Libanu, Korei i Nowej Zelandii^[41]. Według wyników wszystkich tych badań, występowanie depresji jest około 2-krotnie częstsze u płci żeńskiej niż u męskiej. Różnica zarysowuje się wyraźnie dopiero począwszy od okresu dorastania, czyli wówczas, gdy różnicowanie

międzypłciowe stają się pełniejsze. W badaniach rozpowszechnienia depresji względem poszczególnych płci, należy brać pod uwagę fakt, że kobiety statystycznie częściej przyznają się do objawów depresyjnych niż mężczyźni^[41], co może mieć znaczenie w interpretowaniu badań samoopisowych, jednak niekoniecznie jest odzwierciedlane w wywiadach i analizach środowiskowych. Poza częstszym rozpowszechnieniem, u kobiet obserwuje się ponadto wcześniejszy początek występowania objawów (np. Sorenson i wsp., 1991). Lewinsohn i wsp. (1994) podkreślają zwiększone prawdopodobieństwo nawrotów epizodów depresji u kobiet w porównaniu do mężczyzn, czego jednak nie potwierdzono w badaniach Coryella i wsp. (1991). Sargeant i wsp. (1990) na podstawie wyników dużego badania środowiskowego stwierdzili ponadto statystycznie dłuższe utrzymywanie się symptomów uporczywej depresji u kobiet w porównaniu do mężczyzn. W badaniach z użyciem pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) obserwowano zmiany aktywności dotyczące odmiennych części mózgu u kobiet i mężczyzn w czasie przeżywania smutku. Choć u obydwu płci smutek wiązał się z aktywnością kory przedczołowej lewego płata, to aktywność układu limbicznego była wyraźnie większa w przypadku kobiet^[58].

Zanim różnice międzypłciowe staną się wyraźne, czyli przed okresem dorastania, rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych wydaje się być porównywalne u chłopców i u dziewcząt, w niektórych badaniach częstość ich występowania wygląda nawet na większą u chłopców^[51]. M.in.: Wichstrom (1999) oraz Marcotte i wsp. (2002) stwierdzili, że w okresie dorastania wskaźniki występowania depresji są już podobne do odpowiadających im w populacji dorosłych^[97]. Cohen i wsp. (1993), analizując wyniki badań dziewcząt i chłopców w wieku 14-16 lat, odnotowali znaczną przewagę rozpowszechnienia depresji wśród dziewcząt (7,6% vs. 1,6%). Jak wspomniano we wcześniejszej części niniejszej pracy, autorzy większości badań są zasadniczo zgodni, że moment, po którym różnice międzypłciowe dotyczące rozpowszechnienia depresji zaczynają się ewidentnie zarysowywać, następuje pomiędzy 12. a 15. rokiem życia. Hankin i wsp. (1998) uzyskali wyniki świadczące o tym, że nasilenie samej depresji oraz jej interakcja z płcią rosną gwałtownie po 15. roku życia^[58]. Nie ma jednak wśród badaczy zupełnej zgodności i nie dostarczono dotychczas jasnych, zadowalających i pełnych dowodów na zasadnicze znaczenie konkretnego czynnika lub czynników w kwestii występowania takiego zróżnicowania (por. Podrozdział 4.2.2.4). Badacze biorą

pod uwagę nie tylko wpływ odmienności profilu hormonalnego czy innych różnic biologicznych, ale także czynniki psychospołeczne czy kulturowe. Część autorów wskazuje na znaczenie charakterystycznych, przynajmniej częściowo narzuconych ról społecznych, które w przypadku kobiet mogą wiązać się z większym narażeniem na stres. Większą ilość stresujących wydarzeń życiowych zgłaszały kobiety w porównaniu do mężczyzn w badaniu Kendlera i wsp. Allgood-Merten i wsp. uzyskali podobne wyniki w badaniu nastolatków. Belle zwraca uwagę, że tym trudniej przeżywają stres kobiety ubogie, co może mieć swoje odzwierciedlenie we wskaźnikach występowania podobnych zaburzeń wśród nich. Brown i wsp., jak i Winfield i wsp. podkreślają, że w skali globu, kobiety częściej stają obiektem przemocy seksualnej (w tym molestowania w dzieciństwie), co może mieć związek z późniejszym przeżywaniem przez nie depresji. Podobnie, zjawiska o udowodnionym znaczeniu stresogennym, takie jak: samotne rodzicielstwo czy ubóstwo, statystycznie częściej dotyczą kobiet (np. Bruce i wsp.)^[58]. Nolen-Hoeksema zwraca uwagę, że kobiety doświadczające emocjonalnego cierpienia, statystycznie częściej niż mężczyźni, przejawiają nieadaptacyjne reakcje radzenia sobie ze stresem (rozpamiętywanie, uporczywe analizowanie itp.), co może nasilać negatywne myślenie i potęgować przeżywane negatywne emocje, a to z kolei może mieć wpływ na pojawianie się, utrzymywanie i nasilanie objawów depresyjnych^[51]. Znaczenie prodepresyjnego wpływu ruminacji w kwestii różnego rozpowszechnienia depresji wśród kobiet i mężczyzn potwierdzono w badaniach. Poza tym, cecha predykcyjna depresji, jaką jest zależność, cechuje zwłaszcza kobiety. Część autorów uważa, że zależność stanowi charakterologiczny wymiar zahamowanej depresji, zwłaszcza trudności w wyrażaniu wrogości i gniewu. Jeśli weźmie się pod uwagę fakt, że dziewczynki są uczone tłumienia takich przejawów agresji w większym stopniu niż chłopcy, można pośrednio wnioskować o znaczeniu tego zjawiska dla charakterystycznego zróżnicowania rozpowszechnienia depresji względem płci. W procesie socjalizacji dziewczynek, ogólny wzór obyczajowy kładzie także nacisk na dążenie do bliskich związków z innymi ludźmi w większym stopniu niż na osiąganie sukcesów, co również tłumaczy ich skłonność do poszukiwania aprobaty i miłości, jak i szczególną wrażliwość na odrzucenie, konflikty i straty personalne. Biorąc pod uwagę wspomniane znaczenie utraty ważnego obiektu w rozwoju depresji, należy przyjąć, że taki sposób przystosowywania społecznego dziewczynek stanowi kolejny potencjalny

czynnik przyczynowy większej częstości występowania depresji wśród kobiet w porównaniu do mężczyzn^{[41],[51],[58]}.

Analizując przyczyny różnicowania się częstości występowania depresji począwszy od okresu dorastania, Nolen-Hoeksema i wsp.^[41] zaproponowali trzy hipotezy mogące wyjaśniać to zjawisko:

- u chłopców i u dziewcząt te same czynniki mogą powodować depresję, lecz stają się one bardziej dominujące u dziewcząt w okresie dorastania,
- czynniki prodepresyjne są dla obu płci odmienne, zaś w okresie dorastania zaczynają dominować czynniki prodepresyjne swoiste dla dziewcząt,
- trudności okresu dorastania są prawdopodobnie bardziej uciążliwe w przypadku dziewcząt, co w połączeniu z psychospołecznym kontekstem różnicującym płcie może prowadzić do częstszego występowania depresji wśród osób płci żeńskiej.

Hammen (2006) przytacza wyniki wielu badań potencjalnego znaczenia każdego z modeli: Angold i wsp. stwierdzili brak istotnych statystycznie różnic dotyczących występowania depresji wśród młodych kobiet dojrzałych hormonalnie oraz tych, które takiej dojrzałości nie osiągnęły, Brooks-Gunn i wsp. stwierdzili brak istotnej korelacji pomiędzy aktywnością kilku znaczących hormonów a pojawianiem się objawów depresji u dzieci w wieku 10-14 lat, z kolei Petersen i wsp. analizowali potencjalnie prodepresyjne znaczenie nakładania się okresu dojrzewania na zmianę środowiska (np. szkolnego), stwierdzając, że dorastające dziewczęta zmieniające szkołę (np. przechodząc ze szkoły podstawowej do średniej) częściej chorowały na depresję niż te, u których okres dorastania nie nałożył się na moment zmiany szkoły (na podstawie badania nie stwierdzono analogicznego zjawiska wśród chłopców), Allgood-Merten i wsp. zauważyli, że dziewczęta dorastające bardziej krytycznie podchodzą do zmian swojej cielesności w porównaniu do chłopców, co może mieć znaczenie w powstawaniu i utrwalaniu się negatywnego obrazu własnego ciała, który z kolei może torować drogę podatności na depresję, ci sami badacze stwierdzili, że okres dorastania wiąże się także z pojawianiem się nowych stresorów, odczuwanych jako większe zagrożenie w przypadku dziewcząt niż chłopców (np. dorastające kobiety są bardziej narażone m.in. na wykorzystanie seksualne), Cutler i wsp. odnotowali, że ofiarami przemocy seksualnej znacznie częściej padają dziewczęta niż chłopcy, co ma miejsce zarówno w okresie dorastania jak i we wczesnym dzieciństwie, zaś przeżywanie stresu związanego

z tym może nasilić się we wczesnej fazie dorastania, powodując spadek samooceny i nastrój depresyjny^[41]. Nolen-Hoeksema (2001) podkreśla znaczenie wymogów obyczajowych oraz narzucania ról społecznych, które w przypadku dziewcząt już od okresu dzieciństwa zdają się być bardziej restrykcyjne niż ma to miejsce w przypadku chłopców^[51]. Marcotte i wsp. (2002) przyjęli tzw. hipotezę nasilenia płciowości (ang.: *gender intensification hypothesis*), zgodnie z którą nastolatki, u których zachodzą zmiany cielesne, zaczynają przywiązywać większą uwagę do własnej płci, ale nie posiadając jeszcze jasnego obrazu płciowości, postrzegają ją w kategoriach stereotypowych: o ile u chłopców, zmiany fizyczne są odbierane pozytywnie jako intensyfikujące ich męskość i przez to dodające pewności siebie, o tyle utrata szczupłej sylwetki u dziewcząt, dyskomfort związany z miesiączkowaniem, jak i wtórne do zmian hormonalnych problemy dermatologiczne oraz inne, mogą przyczyniać się do spadku samooceny, utraty pewności siebie oraz narastającego przygnębienia^[97]. Jako pośrednie potwierdzenie tych tez można przywołać wyniki badań tych samych autorów, zgodnie z którymi wraz ze stopniem dojrzewania rośnie procent dziewcząt chcących schudnąć. Mash i Wolfe (2002) zasugerowali, że różnice płciowe w kwestiach dotyczących depresji mogą wynikać z różnorodności procesów biopsychicznych zachodzących u kobiet i mężczyzn. Współdziałanie wspomnianych czynników z nieadaptacyjnymi sposobami radzenia sobie ze stresem (np. tendencją do ruminacji) potęguje skłonność do zapadania na depresję. Okazuje się, że już nastoletnie dziewczynki częściej rozpamiętują i silniej przeżywają negatywne zdarzenia w porównaniu do chłopców w tym samym okresie wiekowym^[41].

Badania pod kątem oceny rozpowszechnienia depresji wśród chłopców i dziewcząt, prowadzone w Polsce na przełomie XX i XXI wieku, nie przynosiły jednoznacznych wyników. W roku 1988 Bomba wykazał znaczą przewagę odsetka 14-letnich dziewcząt depresyjnych nad odsetkiem depresyjnych chłopców w tym samym wieku. W roku 1996 Witkowska-Ulatowska stwierdziła jedynie minimalną, nieistotną różnicę w badaniu podobnej grupy. Z kolei Greszta (2001), badając dzieci w wieku 11-15 lat z użyciem skali CDI Kovacs, nie stwierdziła istotnych różnic w rozpowszechnieniu objawów depresji wśród dziewczynek i chłopców^[58].

Koncentrując się na nastroju depresyjnym jako potencjalnym elemencie składowym syndromu i/lub zaburzenia depresyjnego, Marcotte i wsp. stwierdzili jego występowanie

u 20-35% chłopców oraz 25-40% dziewcząt^[97]. Petersen i wsp. w podłużnym badaniu oceniającym występowanie nastroju depresyjnego od początku okresu dorastania do wczesnej dorosłości ustalili, że odsetek dziewcząt z nastrojem depresyjnym wzrasta w tym czasie, zaś odsetek chłopców pozostaje względnie stały. Stwierdzono ponadto, że w każdym przedziale wiekowym dziewczęta mają więcej epizodów nastroju depresyjnego w porównaniu do ich rówieśników chłopców. Achenbach i wsp. uzyskali podobne wyniki badając występowanie zaburzeń lękowo-depresyjnych^[58].

Poszukując międzypłciowych różnic w częstości występowania określonych objawów depresji, Silverstein stwierdził, że objawy somatyczne, takie jak: męczliwość, zaburzenia snu i apetytu istotnie częściej występują u depresyjnych kobiet niż mężczyzn. Na podstawie metaanaliz przeprowadzonych badań, stwierdzono ponadto, że takim objawom często towarzyszył również nasilony lęk^[58].

4.5.1.4 Czynniki etniczne i kulturowe a depresja

Smith i wsp. stwierdzili, że wskaźniki występowania depresji są nieco niższe w krajach kultury wschodniej (Tajwan, Korea) niż w krajach kultury zachodniej (Stany Zjednoczone, Nowa Zelandia)^[58]. Należy jednak pamiętać, że tym, co w kontekście depresji różni ludzi tych obszarów kulturowych nie musi być sama istota choroby i jej objawów, a jedynie forma ich ekspresji i podejście do nich jako do zjawisk niepożądanych. Amerykańskie Narodowe Badanie Współwystępowania Zaburzeń nie ujawniło istotnych różnic w rozpowszechnieniu depresji pomiędzy populacjami ogólnymi osób czarno- i białoskórych, choć częstość występowania aktualnej depresji była większa u mężczyzn białych niż u Afroamerykanów (4% vs. 1,2%). Mieszkańcy Stanów Zjednoczonych pochodzenia latynoamerykańskiego (zwłaszcza kobiety) osiągnęli niższe wyniki dotyczące rozpowszechnienia depresji niż osoby białe- i czarnoskóre^[58]. W roku 1996 Charman i Pervova opublikowali wyniki badań dzieci i adolescentów żyjących w Wielkiej Brytanii i Rosji, których stan oceniano pod kątem występowania cech depresji za pomocą skali CDI Kovacs. Okazało się, że dzieci rosyjskie osiągnęły wyniki świadczące o znacznie większym nasileniu nastroju depresyjnego w porównaniu do dzieci brytyjskich (23% vs. 8%). Ci sami autorzy w tym samym roku powtórzyli badanie przy użyciu skali DSRS (ang.: *Depression Self-Rating*

Scale; Skala Samooceny Depresji) Birlesona, służącej do szacowania poziomu objawów depresji u dzieci, uzyskując wyniki: 36% dla dzieci z Rosji oraz 19% dla dzieci z Wielkiej Brytanii. Stambolova i wsp. (1991) przeprowadzili badania wśród adolescentów bułgarskich przy użyciu Krakowskiego Inwentarza Objawowego, którym kilka lat wcześniej posłużyli się Bomba i wsp. (1985) względem dzieci polskich. Wyniki uzyskane w badaniu bułgarskim świadczyły o tym, że 35-40% osób, które wzięły w nim udział przejawiało cechy depresyjne. W Polsce odpowiednie badania dały wynik 27-32%^[58].

Osobne dane dotyczą rozpowszechnienia poszczególnych objawów w przebiegu depresji w zależności od kręgu kulturowego, z jakiego pochodzi pacjent. Przykładowo, wśród Japończyków z depresją, objawy somatyczne (takie jak: bóle mięśniowe i dolegliwości z przewodu pokarmowego) są istotnie częstsze niż u Amerykanów^[43]. Broczek podaje, że mieszkańcy Chin istotnie częściej zgłaszają objawy somatyczne w przebiegu depresji w porównaniu do przedstawicieli populacji zachodnich. Wyniki badania porównującego w tej kwestii Chińczyków i Kanadyjczyków wykazały, że ci pierwsi istotnie częściej skarżyli się w takich przypadkach zwłaszcza na zmęczenie i bezsenność, a rzadziej na ból, przy czym aż pięciokrotnie częściej zgłaszali tłumione emocje, za to ci drudzy częściej przejawiali poczucie beznadziejności (Dere i wsp.). Okulate i wsp. w badaniu populacji nigeryjskiej stwierdzili stosunkowo rzadkie występowanie objawów somatycznych wśród osób depresyjnych. Tymi zaś, których obecność odnotowano, były najczęściej: wrażenie „gęsiej skórki”, gorąca, ciężkości i uczucie pustki^{[43],[100]}.

4.5.1.5 Urbanizacja a depresja

Badania różnic w występowaniu depresji zależnych od miejsca zamieszkania (wieś lub miasto) nie dają jednoznacznych wyników. Smith i wsp. przytaczają dane sugerujące, że wskaźniki występowania depresji są wyższe w populacjach miejskich. Z kolei Blazer i wsp. nie wykazali różnic w tym aspekcie^[58]. W Polsce, w latach 80. i 90. ubiegłego wieku badano dzieci 14-letnie w kilku różnych miastach (Warszawa, Kraków i Szczecin) przy użyciu tego samego narzędzia pomiarowego, jakim był Krakowski Inwentarz Depresyjny. Wskaźniki częstości występowania depresji okazały się różne:

Warszawa – 19,3%, Kraków – 31,65%, Szczecin – 28,5%^[58]. Z racji stosunkowo niewielkiej odległości czasowej badań, a jednak znacznych różnic pomiędzy ich wynikami, przyjęto założenie, że na rozpowszechnienie i nasilenie depresji może mieć wpływ panująca sytuacja ekonomiczna. Vitaro i wsp. potwierdzili związek występowania depresji z problemami ekonomicznymi, które z kolei mogą być różnie nasilone, zależnie np. od dostępności miejsc pracy i poziomu życia w poszczególnych miastach^[58].

4.5.1.6 Zmiana długości dnia a depresja

Rosenhan i wsp. dowodzą istotnego związku pomiędzy pojawianiem się i ustępowaniem objawów depresji a stopniem naświetlenia przy użyciu lampy antydepresyjnej, co pośrednio potwierdza zależność występowania depresji od sezonowej ekspozycji na światło słoneczne. Ogólnie, występowanie syndromu depresyjnego osiąga największe wskaźniki w porze zimowej, gdy dzień trwa stosunkowo krótko, zaś odsetek populacyjny osób, u których rozpoznaje się sezonowe zaburzenie nastroju w różnych badaniach osiągał nawet niespełna 10%^{[26],[58]} (por. np. Podrozdział 4.2.2.5).

4.5.1.7 Współwystępowanie depresji z innymi zaburzeniami

Jednoczesne występowanie depresji i innych zaburzeń jest bardzo częste. We wcześniejszych podrozdziałach przedstawiano wzajemne zależności pomiędzy depresją i innymi chorobami w populacji ogólnej. Wśród dzieci i adolescentów, zgodnie z wynikami badań, około 40-90% osób depresyjnych ma zaburzenia towarzyszące, przy czym 20-50% ma ich co najmniej dwa^[101].

Pewne dane dotyczące współwystępowania depresji z innymi zaburzeniami u dzieci przedszkolnych przytoczono w Podrozdziale 4.5.1.2.

Najczęstszymi zaburzeniami towarzyszącymi depresji w ogóle są zaburzenia lękowe (uogólnione oraz fobie) oraz sezonowe zaburzenia nastroju. Różni autorzy podają różną częstość występowania zaburzeń lękowych u osób z depresją w okresie dojrzewania, oscylującą w granicach 18-70%^[102]. Blisko połowa adolescentów z dystymią ma

przynajmniej jedno współwystępujące zaburzenie nieafektywne, które zwykle poprzedza wystąpienie pełnoobjawowej dystymii. Według Kovacs i wsp. dystymii najczęściej towarzyszą: zaburzenia lękowe, zaburzenia zachowania i ADHD^[58].

Diego i wsp. wymieniają nadużywanie środków psychoaktywnych jako drugie co do częstości zaburzenie współwystępujące z depresją u osób dorastających. Kendall przedstawia dane, zgodnie z którymi wskaźnik zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wśród adolescentów z depresją wynosi 14%^{[49],[58]}.

Wśród dorastających, u których rozpoznano depresję, średnio około 8% przejawia zaburzenia zachowania, zachowania destrukcyjne lub ryzykowne (np.: wczesne podejmowanie współżycia i zachodzenie w ciążę, przestępczość, porzucanie szkoły). Takie zjawiska często dodatkowo utrudniają rozpoznanie stojącej za nimi depresji, mogą również stanowić jej powikłanie^{[49],[101]}.

Holtkamp i wsp. stwierdzają, że osoby z zaburzeniami odżywiania, a zwłaszcza z anoreksją często jednocześnie mają zaburzenia depresyjne, przy czym dotyczy to częściej dziewcząt niż chłopców^[58].

4.5.2 Konsekwencje społeczne depresji

Funkcjonowanie społeczne osoby z depresją można badać z co najmniej kilku różnych perspektyw, tj. np.: jakości życia rodzinnego, relacji międzyludzkich, edukacji szkolnej, pracy zawodowej oraz innych. Światowa Organizacja Zdrowia (1993) prowadziła 10-letnie badania funkcjonowania pacjentów depresyjnych, w których okazało się, że tylko jedna na trzy osoby z depresją przez większość obserwowanego okresu funkcjonowała normalnie, niespełna 25% osób nie funkcjonowało prawidłowo przez ponad połowę czasu trwania badania, zaś pozostali przejawiali umiarkowane zaburzenia w funkcjonowaniu. Avenevoli i wsp. szacują, że około 63% osób depresyjnych w wieku nastoletnim doświadcza w życiu codziennym znaczącego stopnia niepełnosprawności w przynajmniej jednej sferze funkcjonowania^[99]. Problemy w funkcjonowaniu osób z depresją mają wymiar uniwersalny – według danych zgromadzonych przez Światową Organizację Zdrowia dotyczą ludzi z różnych części świata, niezależnie od jakości organizacyjnej systemu opieki zdrowotnej, jak i względów kulturowych czy socjoekonomicznych. Częściowo z racji specyfiki choroby,

tym niemniej istotnie, pacjenci depresyjni należą do osób, które najgorzej oceniają jakość swojego życia^[99].

4.5.2.1 Depresja a jakość szkolna i funkcjonowanie w grupie rówieśniczej

Avenevoli i wsp. wykazują w swoich badaniach, że depresja u dzieci i młodzieży wpływa zdecydowanie negatywnie na jakość edukacji, co dotyczy zwłaszcza populacji uczniowskiej szkół średnich. Osoby badane chorujące na depresję średnio przez 10 dni w ciągu roku poprzedzającego badanie nie były w stanie funkcjonować w różnych rolach, co przekładało się na aktywność szkolną i osiągnięte wyniki w nauce^[99].

Depresja przyczynia się do trudności w koncentracji uwagi, pogorszenia decyzyjności, jak i zaburzeń pamięci. Procesy myślowe i zdolność pojmowania są u dzieci depresyjnych mniej efektywne i mniej wydajne w porównaniu do ich rówieśników bez objawów depresji. Co za tym idzie, dzieci takie uzyskują gorsze oceny i niższe wyniki w wystandaryzowanych testach osiągnięć szkolnych. Ponadto, depresja przyczynia się do opuszczania przez takie osoby zajęć szkolnych, nieodrabiania zadań domowych czy powtarzania klas, a nawet porzucania szkoły w ogóle. Kovacs i wsp. sugerują, że problemy szkolne mogą utrzymywać się nawet po ustąpieniu objawów, jednocześnie twierdząc, że pomimo realnych różnic spowodowanych objawami, potencjał intelektualny uczniów depresyjnych i niedepresyjnych jest porównywalny^[58].

W kontekście szkolnym można także obserwować i analizować jakość relacji społecznych dzieci z rówieśnikami. Goodyer i wsp. stwierdzili, że społeczne wycofanie jest najbardziej specyficzną i charakterystyczną cechą depresji w okresie dorastania, w porównaniu z innymi zaburzeniami okresu wieku rozwojowego^[58]. Dzieci czy nastolatki z depresją wykazują mniejsze zainteresowanie spotkaniami z rówieśnikami i cechują się trudnościami w radzeniu sobie w sytuacjach konfliktowych, w które zresztą same często wnikają się w efekcie swojej nadwrażliwości i drażliwości. Zwykle posiadają niewielu lub nie posiadają w ogóle przyjaciół. Zgodnie z wynikami badań, wnioskuje się również, że osoby takie czują się odrzucone przez innych i w istocie często są przez innych nie lubiane. Greszta przytacza ponadto, iż: Jacobsen i wsp. stwierdzili ujemną korelację pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych i popularnością wśród rówieśników, Goodyer i wsp. podkreślają, że słabe więzi z rówieśnikami zmniejszają

prawdopodobieństwo wyjścia z depresji, z kolei Kovacs stwierdziła, że trudne relacje dzieci depresyjnych z kolegami i koleżankami mogą przyczyniać się do wadliwego przebiegu ich rozwoju społecznego, a przez to nienabywania przez nie umiejętności adaptacyjnych, co tym bardziej pogarsza rokowanie co do depresji, jak i może przyczyniać się do sięgania po środki psychoaktywne^[58].

4.5.2.2 Depresja a relacje rodzice-dzieci

M.in.: Downey i wsp., Hammen oraz Anderson i wsp. wykazali, że depresja u matki istotnie zwiększa ryzyko pojawienia się depresji lub innej choroby, jak i dalszych problemów edukacyjnych oraz społecznych u dzieci. Autorzy sugerują, że taki prodepresyjny wpływ jest spowodowany niewypełnianiem swojej właściwej roli przez rodzica pogrążonego w depresji, co w przypadku matki jest związane z trudnościami we wspieraniu dzieci, wrażliwym reagowaniu na nie oraz ogólnym pogorszeniu ciepłych relacji z nimi. Matki depresyjne mogą być bardzo krytyczne i mniej cierpliwe w stosunku do dzieci, jak i do samych siebie. Saluja i wsp. sugerują, że negatywny wpływ depresji matki na dziecko dotyczy zwłaszcza małych dzieci. Dzieci te często mają problemy z regulowaniem reakcji emocjonalnych i angażowaniem się w interakcje z innymi (np. lękowy styl przywiązania), a ponadto opóźniony rozwój językowy i poznawczy^[41].

Występujące u dzieci z depresją symptomy emocjonalne mogą stanowić podłoże zaburzeń zachowania (zachowanie opozycyjne, wybuchy złości, konfliktowość, trudności we współpracy). Deficyty poznawcze mogą być przyczyną negatywizmu i przyjmowania postaw antyspołecznych, ponadto używania środków psychoaktywnych, ucieczek z domu oraz przestępczości. Z kolei objawy związane z motywacją przyczyniają się do unikania aktywności towarzyskiej, utraty zainteresowań i chęci do nauki. Objawy somatyczne (np. zaburzenia apetytu i snu) mogą dodatkowo potęgować rozdrażnienie i ogólne zniechęcenie. Wszystkie wyżej wymienione aspekty i konsekwencje depresji u dzieci i adolescentów mają potencjalnie silnie negatywny wpływ na jakość ich relacji z rodzicami i osobami bliskimi w ogóle^[58]. Kovacs stwierdziła, że objawy depresji u dziecka, takie jak: drażliwość, obojętność czy wycofanie, skutkują zmniejszeniem pozytywnych wzmocnień ze strony rodziców. Z

kolei nadmierna wrażliwość na krytykę może być powodem szczególnie silnych reakcji ze strony depresyjnego dziecka, co w następstwie powoduje dalsze pogarszanie się jakości jego relacji z osobami bliskimi, jak i nasilanie się objawów zaburzenia. Giaconia i wsp. stwierdzili, że trudności w tych relacjach mogą utrzymywać się nawet pomimo ustąpienia objawów depresji u dziecka^[58].

4.5.2.3 Wpływ depresji na śmiertelność. Depresja a ryzyko samobójcze

Ocenia się, że około połowy przypadków samobójstw jest związanych z możliwym do rozpoznania zaburzeniem depresyjnym i około 10-15% chorych z rozpoznaniem dużej depresji popełnia samobójstwo. Ponadto obserwuje się, że większe ryzyko samobójstwa występuje u osób, u których uwidacznia się postawa wynikająca z poczucia braku nadziei. Poza samobójstwem, śmiertelność jako efekt depresji może wynikać z wypadków, jak i być konsekwencją nieefektywnie leczonych chorób towarzyszących (np. wskutek niestosowania się do zaleceń terapeutycznych), czy pogorszenia ogólnego stanu somatycznego (np. wskutek deficytu immunologicznego jako efektu zaburzenia depresyjnego)^[41].

Cash i wsp. dowodzą, że 40-80% nastolatków podejmujących próbę samobójczą spełnia kryteria diagnostyczne depresji, z kolei, spośród dzieci dokonujących samobójstwa do 60% chorowało na depresję przed śmiercią^[103]. Wśród dzieci i adolescentów depresyjnych mających myśli samobójcze, około 16-30% podejmuje realną próbę samobójczą. Dziewczeta z depresją częściej niż chłopcy mają myśli samobójcze i dziewięć razy częściej niż chłopcy podejmują próby samobójcze^[58]. Podjęcie próby samobójczej zwiększa ryzyko podejmowania kolejnych. Około połowa osób, które podjęły próbę samobójczą przed 17. rokiem życia, podejmuje ją po raz kolejny, ponadto, im większa ilość przeżytych epizodów depresyjnych, tym większe ryzyko działań samobójczych^[103]. Według danych statystycznych samobójstwo jest drugą co do częstości (po wypadkach) przyczyną zejść śmiertelnych wśród adolescentów^[104]. Analiza sytuacji, w jakiej znajdowali się młodzi samobójcy przed śmiercią, wskazuje na to, że ich śmierć zwykle była poprzedzona nieleczoną depresją. Szacuje się, że wśród adolescentów, którzy popełnili samobójstwo, występowanie depresji było 27 razy częstsze niż w populacji ogólnej, a przynajmniej 90% adolescentów miało w momencie

podejmowania próby samobójczej cechy aktywnej depresji^[58]. Gmitrowicz ocenia ryzyko samobójcze wśród młodocianych pacjentów depresyjnych jako około 15 razy większe niż w populacji ogólnej, co być może ma związek z mniejszą zdolnością do przewidywania realnych konsekwencji swoich czynów przez osoby dorastające w porównaniu z dorosłymi^{[91],[105]}. Najwięcej prób samobójczych wśród osób depresyjnych ma miejsce w początkowej i środkowej fazie dorastania, podwajając liczbę prób podejmowanych w okresie dzieciństwa. Szczytowym okresem podjęcia pierwszej próby samobójczej jest wiek 13-14 lat. Najczęstszą metodą pierwszej próby jest przyjęcie dużych dawek leków. Dziewczęta częściej podejmują próbę samobójczą przez przedawkowanie leków lub podcinanie żył, z kolei wśród chłopców działania samobójcze częściej sprowadzają się do powieszenia lub użycia broni (szczególnie w Stanach Zjednoczonych), co może stanowić przyczynę większej częstości zrealizowanych samobójstw wśród chłopców w porównaniu do dziewcząt. Analizy statystyczne dowodzą, że na przełomie XX i XXI wieku wskaźnik samobójstw wśród adolescentów potroił się, rosnąc najszybciej spośród wszystkich grup wiekowych i szczególnie gwałtownie między 15. i 24. rokiem życia^[58]. Część publikacji pochodzących z lat 2011-2013 odnotowywało spadek populacyjnego ryzyka samobójczego u osób chorujących na depresję, co wiązano z wprowadzeniem do użycia leków nowszych generacji, wykazujących działanie selektywne^[106]. Z kolei, autorzy prac badawczych pochodzących z ostatniego okresu odnotowują wzrost ilości prób samobójczych podejmowanych przez dzieci i młodzież na przestrzeni lat 2017-2023^[107]. Goldstein i wsp., analizując różne czynniki ryzyka podejmowania prób samobójczych przez młodych ludzi przeżywających epizod depresji, doszli do wniosku, że ryzyko samobójcze jest podwyższone w przypadkach osób pochodzących z rozbitych rodzin, z wywiadem rodzinnym obciążonym samobójstwem, wykorzystanych seksualnie, mających trudności szkolne i w relacjach z rówieśnikami, uciekających z domu, używających substancji psychoaktywnych oraz przejawiających zachowania impulsywne^[90]. Gmitrowicz podkreśla rolę przemian rozwojowych, których ciężar emocjonalny może zwiększać podatność młodych osób na inne czynniki stresowe, a tym samym torować drogę zachowaniom samobójczym^{[91],[105]}. Autorka uważa, że zwłaszcza w środkowym i późnym okresie dojrzewania wpływ na decyzję o podjęciu próby samobójczej mają w dużej mierze przemocowe relacje rówieśnicze. Gvion i wsp.

zwracają uwagę na fakt, że niezależnym czynnikiem suicydalnym u młodych osób jest także agresywność, szczególnie jeśli jest nasilona pod wpływem środków psychoaktywnych^[108]. Miller i wsp. stwierdzają, że podejmowanie prób samobójczych może być warunkowane zaburzeniami więzi we wczesnym okresie życia^[109]. Problemem, który istotnie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem samobójczym u depresyjnych młodych ludzi są niesamobójcze samouszkodzenia, które do pewnego stopnia mogą być postrzegane jako sposób odraczania aktu samobójstwa poprzez redukcję negatywnych emocji^[110].

5. Zaburzenia depresyjne w populacji wieku rozwojowego

W niniejszym rozdziale przedstawiono wybrane szczegółowe informacje na temat depresji występującej wśród dzieci i młodzieży. Część danych, w tym dane dotyczące epidemiologii, skutków społecznych, jak i zasadniczych cech depresji w ogóle, z uwzględnieniem populacji wieku rozwojowego, zawarto w Rozdziale 4.

5.1 Rozwój poglądów na depresję w populacji wieku rozwojowego

Do lat 60. XX wieku występowanie depresji u dzieci i młodzieży w ogóle było przedmiotem licznych dyskusji i kontrowersji. Negowanie możliwości występowania depresji w tej grupie wiekowej wynikało m.in. z tradycyjnego podejścia psychoanalitycznego, które warunkowało pojawienie się zaburzenia wcześniejszym wykształceniem dojrzałego superego. W rozumieniu zwolenników takiego podejścia, dojrzałe superego stanowiło o odpowiednim stopniu dojrzałości emocjonalnej danej osoby, na podłożu którego mogło dochodzić do wyzwalania symptomów depresyjnych. Ponieważ jednak nie dało się zaprzeczyć, że objawy i stany przypominające depresję pojawiają się nie tylko u osób dorosłych, ale również w obrębie populacji dzieci i młodzieży, przyjęto z czasem koncepcję, wedle której przejawy takie mogą wynikać ze specyfiki okresu dorastania. Jeszcze w latach 80. wielu badaczy skłaniało się ku traktowaniu stanów depresyjnych wśród adolescentów jako normalnego etapu rozwoju, którego nawet nie trzeba badać ani tym bardziej leczyć. W środowisku naukowym pojawił się też pogląd, że depresja u dzieci i adolescentów owszem istnieje, ale przybiera odmienny niż w populacji chorych dorosłych obraz kliniczny. Przyjęto wówczas, że zaburzenie depresyjne występuje w wieku rozwojowym w tzw. formie maskowanej – pod postacią zachowań aspołecznych, trudności szkolnych czy objawów somatycznych, zaś klasyczna postać depresji – o ile zdarza się – w tej grupie wiekowej stanowi raczej wyjątek. Niektórzy klinicyści skłaniali się do przeświadczenia, że zaburzenia depresyjne występują wśród dzieci i młodzieży z częstością podobną jak u osób starszych, jednak populacyjnie są one po prostu zbyt rzadko rozpoznawane. Wskazywał na to m.in. fakt stosunkowo częstego stwierdzania ich objawów wśród

pacjentów hospitalizowanych na skutek zaburzeń psychicznych w ogóle^[58]. Pużyńska podaje, że pierwsze kryteria diagnostyczne depresji dzieci i młodzieży opracowano i opublikowano na początku lat 70. XX wieku (Pearce, 1974; Weinberg, 1973), po Kongresie Psychiatrów Dziecięcych, który odbył się w Sztokholmie w roku 1971. Powstały one na bazie istniejących wówczas kryteriów diagnostycznych depresji obserwowanej wśród osób dorosłych. Dopiero w roku 1987 globalne medyczne środowisko naukowe uznało definitywnie i oficjalnie, że występowanie i diagnozowanie zaburzeń depresyjnych w wieku dorastania jest możliwe. Rok później, w trzeciej zrewidowanej edycji Diagnostycznego i Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychiczych (DSM-III-R) zawarto wskazówki do diagnozy depresji u osób w wieku rozwojowym, ostatecznie uznając, że zasadniczy obraz kliniczny depresji dzieci i młodzieży nie różni się w sposób istotny od depresji osób dorosłych^[58].

Na gruncie polskim, do lat 70. XX wieku pojawiały się opracowania, które sugerowały, że symptomy depresyjne wśród dzieci i młodzieży mogą stanowić formę reakcji nerwicznej, początkową fazę schizofrenii lub fazę depresyjną cyklofrenii. Kępiński jako pierwszy oficjalnie opowiadał się za wyodrębnieniem depresji wieku rozwojowego jako osobnej jednostki, proponując nazwanie jej depresją młodzieńczą. Znaczący wkład w rozwój badań i analizowania depresji jako jednostki chorobowej pojawiającej się w okresie dorastania wniósł Bomba, zaś wśród polskojęzycznych autorów pionierskich prac poświęconych zaburzeniom depresyjnym u dzieci i młodzieży należy wymienić także m.in.: Pużyńską i Sulestrowską. Kierowany przez Bombę zespół Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego stworzył w końcu wystandardyzowane i znormalizowane narzędzie do diagnozowania depresji w tej grupie wiekowej – Krakowski Inwentarz Depresyjny, który wielokrotnie był używany w badaniach populacyjnych^[58].

5.2 Koncepcje depresji w populacji wieku rozwojowego

Dążąc do obiektywnego określenia problemu, jakim jest depresja w populacji dzieci i młodzieży, należy w pierwszej kolejności wyjaśnić wielopoziomowe rozumienie pojęcia samej depresji, którą można ujmować według trzech sposobów: jako symptomu, jako syndromu oraz jako zaburzenia. Poza takim sekwencyjno-hierarchicznym podejściem

analitycznym, istnieją również koncepcje swoiście syntetyczne, traktujące depresję jako zjawisko patologiczne lub rozwojowe w kontekście specyfiki wieku.

5.2.1 Depresja jako symptom a depresja jako syndrom

Tzw. depresja jako symptom jest niczym innym jak nastrojem depresyjnym. Na obraz nastroju depresyjnego składa się smutek, przygnębienie lub melancholia, trwające przez nieokreślony ściśle czas. Częstość występowania, nasilenie i kontekst nastroju depresyjnego wśród osób dorastających są różne. W okresie dorastania nastrój depresyjny może pojawiać się jako skutek zadziałania różnych czynników, zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Towarzyszyć mu mogą różne negatywne emocje, w tym: złość, lęk, gniew, rozdrażnienie i inne. Może on być także elementem zespołu objawów (syndromu).

Zespół objawów, czyli syndrom depresyjny, stanowi szerszy niż sam nastrój zakres symptomów zarówno emocjonalnych, jak i behawioralnych, których obecność i nasilenie stwierdza się empirycznie. Badania zaburzeń afektywnych wskazują na istotne znaczenie kliniczne lęku jako elementu zespołu depresyjnego (zespołu depresyjno-lękowego). Na podstawie analiz populacyjnych stwierdza się, że na zespół depresyjny (zespół lękowo-depresyjny) w populacji dziecięco-młodzieżowej składać się może szeroka grupa objawów, w tym przede wszystkim: smutek, płaczliwość, poczucie samotności, poczucie bycia niekochanym, poczucie odrzucenia, poczucie bezwartościowości, zamartwianie się, poczucie winy, niepokój, lęk, przerażenie, podejrzliwość, potrzeba bycia perfekcyjnym, tendencje autodestrukcyjne i samobójcze, nadmierne podporządkowanie, zabieganie o względy, nadwrażliwość na krytykę, silna obawa przed popełnieniem błędu itp. Zespół depresyjny może występować jednocześnie lub jako następstwo innych zaburzeń (np. zaburzeń zachowania). Syndrom depresyjny jako zespół wymienionych symptomów występuje w wieku rozwojowym znacząco rzadziej niż izolowany nastrój depresyjny^[58].

5.2.2 Depresja jako zaburzenie

Podejście naukowe i kliniczne, kwalifikujące depresję jako zaburzenie, opiera się na standardowych kryteriach diagnostycznych, których spełnienie warunkuje postawienie rozpoznania. Uniwersalne klasyfikacje zaburzeń zdrowotnych (ICD-10 i DSM-5) nie wyróżniają jednak odrębnych kryteriów rozpoznawczych zaburzeń depresyjnych dzieci i młodzieży. Pewien wyjątek stanowi klasyfikacja DC:0-5, która podaje cechy zaburzeń psychicznych u dzieci najmłodszych. DSM-5 zawiera pewne uwagi dotyczące cech przebiegu depresji u dorastających, które mają na celu uszczegółowienie oraz naprowadzenie na postawienie diagnozy. Poza tym, opisy kliniczne zawarte w większości publikacji naukowych poświęconych tej tematyce, charakteryzują przebieg depresji w wieku rozwojowym jako w pewnym stopniu odróżniający się od depresji dorosłych^[37].

Kendall i wsp. podają, że spośród typów zaburzenia depresyjnego wyróżnionych przez ICD-10 u pacjentów niepełnoletnich najczęściej występującym jest epizod depresji łagodny. Z kolei, wśród rodzajów zaburzeń depresyjnych wymienionych w DSM, dominującymi w tej grupie wiekowej są: większe zaburzenie depresyjne oraz dystymia^[49].

Szczegółowe omówienie standardowych cech diagnostycznych poszczególnych jednostek zaliczanych do grupy zaburzeń depresyjnych (w odniesieniu zarówno do populacji dorosłych, jak i dzieci oraz młodzieży) zawarto w Podrozdziale 4.1.1.

5.2.3 Integracja koncepcji depresji według Compasa, Ey i Grant

Compas, Ey i Grant, dążąc do pełnego scharakteryzowania depresji dzieci i młodzieży, zaproponowali model, który łączy postrzeganie jej jako symptomu, syndromu i zaburzenia. Autorzy ci stwierdzili, że wymienione koncepcje stanowią trzy poziomy jednego zjawiska depresji, wiążąc się ze sobą w sposób sekwencyjny i hierarchiczny. Oznacza to, że triada: symptom-syndrom-zaburzenie, zawierając odmienne składowe, stanowi kontinuum tego samego procesu, który nie u każdej osoby osiąga pełnię przebiegu. Innymi słowy, prawie wszyscy dorastający pacjenci, u których zdiagnozowano zaburzenie depresyjne, doświadczyli wcześniej nastroju depresyjnego i zespołu objawów depresyjnych (lękowo-depresyjnych), choć nie każde dziecko czy adolescent pozostający w nastroju depresyjnym rozwinię syndrom czy zaburzenie.

Badacze szacują, że około 40% populacji wieku rozwojowego przeżywa nastrój depresyjny związany choćby ze specyfiką okresu dorastania, jednak u zdecydowanej większości z nich stan ten jest przemijający, z kolei u około 5-6% populacji dorastających nastrój depresyjny ulega z czasem zaostrzeniu i przechodzi w syndrom objawów depresyjnych o istotnym nasileniu, zaś do około 3% dzieci i młodzieży z pewnością rozwija pełnoobjawowe zaburzenie depresyjne. Liczni autorzy konsekwentnie zauważają, że w populacji wieku rozwojowego dość charakterystycznym zjawiskiem jest występowanie objawów zespołu depresyjno-lękowego poprzedzających wystąpienie depresji rozumianej jako zaburzenie, nie zaś odwrotnie. W założeniach Compasa, Ey i Grant, kwestia przejścia nastroju depresyjnego w syndrom oraz syndromu w zaburzenie, jest zależna od czynników indywidualnych i środowiskowych^[58].

5.2.4 Koncepcja depresji młodzieńczej według Bomby

Oryginalne podejście do depresji w populacji dzieci i młodzieży zaproponował Bomba. Badacz ten, na podstawie wieloletnich obserwacji założył, że u podłoża depresji u młodych ludzi leżą przemiany rozwojowe, typowe dla okresu dorastania. Postrzegana w ten sposób depresja nie jest osobną jednostką chorobową, która wymagałaby odrębnej klasyfikacji nozologicznej, a jedynie swoistym zaburzeniem rozwojowym. Autor podkreślił bowiem, że nasilenie objawów i problemów w funkcjonowaniu w tak rozumianej depresji często nie osiąga poziomu istotnego klinicznie. Zauważył jednocześnie, że depresja młodzieńcza może stanowić zagrożenie dla zdrowia psychicznego i somatycznego, zwłaszcza wówczas, gdy dana osoba przejawia określoną podatność oraz gdy nie ma odpowiedniego wsparcia w otoczeniu. Bomba akcentuje odmienną jakość objawów charakteryzujących stany depresyjne u osób dorastających w porównaniu z dorosłymi. Poza tym, podkreśla znaczenie typowych przemian zachodzących w organizmach młodych ludzi w tym okresie życia, traktując je jako czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych. Analizując korelację czasową pokwitania oraz pojawiania się symptomów depresji, doszedł do wniosku, że oba te zjawiska pozostają w związku przyczynowo-skutkowym, zaś wystąpienie depresji młodzieńczej można traktować jako efekt trudności w realizowaniu nowych zadań

rozwojowych (np.: osiągnięcie emocjonalnej niezależności od rodziców, budowanie indywidualnej tożsamości, kształtowanie ról płciowych i adekwatnych relacji z rówieśnikami). Biorąc pod uwagę różnorodne warianty objawowe depresji występującej w tej grupie wiekowej, autor wyodrębnił tzw. zespół podstawowy i inne objawy. Do zespołu podstawowego depresji młodzieńczej zaliczył: obniżenie nastroju, obniżenie napędu, nieokreślony lęk i lęk przed przyszłością. Obok tego zespołu, u depresyjnych adolescentów występować mogą symptomy, takie jak: niewydolność w nauce, poczucie bezsensu życia, myśli i plany samobójcze, zmienność nastroju, autodestrukcyjne zaburzenia zachowania, somatyczne manifestacje lęku oraz hipochondryczna koncentracja na ciele.

Analizując zasadność koncepcji depresji młodzieńczej Bomby w kontekście standardowych klasyfikacji zaburzeń zdrowotnych (ICD-10), można przyjąć, że mieści się ona w kategorii depresyjnych zaburzeń zachowania^[58].

5.3 Obraz depresji w populacji wieku rozwojowego

Zaburzenia depresyjne w populacji wieku rozwojowego nie są rozpoznawane na podstawie innych kryteriów diagnostycznych niż te stosowane ogólnie w klasyfikacjach: ICD-10 oraz DSM-5. Wynika to z faktu, iż badania prowadzone zwłaszcza na przestrzeni minionych trzech dekad, dowodzą braku istotnych różnic pomiędzy zasadniczym obrazem klinicznym i przebiegiem depresji wśród dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych. Ogólnie jednak, można zauważyć, że przebieg zaburzeń depresyjnych u osób dorastających jest nieco bardziej zmienny i różnorodny w porównaniu z pacjentami dorosłymi. Znacząca część badaczy podkreśla też możliwość nieco odmiennej specyfiki ekspresyjnej objawów depresji w poszczególnych grupach wiekowych, co można traktować jako funkcję osiągniętego przez dziecko poziomu rozwojowego. Część autorów dowodzi, że spory odsetek adolescentów przeżywa depresję w tzw. formie atypowej^[58]. W obrazie depresji dzieci i młodzieży częściej niż w przypadku dorosłych pacjentów obserwuje się trudności interpersonalne, zaburzenia łaknienia i snu, jak i tendencje samobójcze. Im starszy jest dorastający pacjent depresyjny, tym charakter jego choroby bardziej przypomina depresję wieku dorosłego. Choć depresja wieku rozwojowego może charakteryzować się pewnymi cechami,

których występowanie jest stosunkowo bardziej swoiste dla depresyjnych dzieci niż dorosłych, to jednak w żadnym wypadku nie stanowią one cech kryterialnych, a jedynie mogą być uzupełniającym, dość typowym elementem obrazu klinicznego choroby w tej grupie wiekowej^{[92],[111],[112]}.

5.3.1 Sfery objawowe depresji według Becka w odniesieniu do populacji wieku rozwojowego

Beck podzielił symptomy występujące w przebiegu depresji na kilka grup: emocjonalne, poznawcze, motywacyjne, somatyczne i behawioralne. Te same sfery objawowe depresji wyróżnia się również u pacjentów w wieku rozwojowym, jednak wyraz, intensywność i częstość występowania różnych objawów wśród dzieci i młodzieży mogą być inne niż u dorosłych^[58].

5.3.1.1 Symptomy emocjonalne w przebiegu depresji dzieci i młodzieży

Ekwiwalentem smutku, przygnębienia i negatywnego stosunku do własnej osoby, może być u depresyjnych osób dorastających rozdrażnienie, drażliwość, frustracja, agresja, złość i wybuchy gniewu. Szacuje się, że wyrażanie negatywnego nastroju poprzez drażliwość dotyczy aż około 80% młodych osób z rozpoznaną depresją. Innymi cechami depresyjnego negatywizmu emocjonalnego u dzieci i młodzieży mogą być: nastrojowość i nadwrażliwość. Zwykle bardziej widoczne w porównaniu do populacji dorosłych są u młodszych osób z depresją również cechy lęku i niepokoju. Emocjonalne znamiona depresji w wieku rozwojowym mogą też przybierać formę typową – jak w przypadku większości depresyjnych dorosłych. Wówczas cechami charakterystycznymi depresyjnego afektu są: przygnębienie, utrata radości życia, głęboki smutek czy rozpacz^{[20],[37],[111]}.

5.3.1.2 Zniekształcenia poznawcze w przebiegu depresji dzieci i młodzieży

Osoby dorastające z rozpoznaną depresją, podobnie jak depresyjni dorośli, przejawiają typowe zniekształcenia poznawcze: postrzegają własną osobę w

negatywnym świetle, przyszłość wydaje im się beznadziejna, uważają samych siebie za gorszych od innych, bezwartościowych i niekompetentnych. Objawy te są dość powszechne, dotykając większość adolescentów z depresją. Charakterystyczne, zwłaszcza dla depresyjnych nastolatków są: nadmierne skupianie się na swoich wewnętrznych stanach oraz negatywne wyobrażenia odnoszące się do swojego ciała i wyglądu. Poczucie bezwartościowości i negatywny obraz siebie (jako np.: nielubianych, głupich lub bezużytecznych) są zresztą dominującymi elementami depresyjnego sposobu myślenia adolescentów. Charakterystyczny dla depresyjnych młodych osób jest negatywny styl atrybucji (por. Podrozdział 4.2.3.3.2) oraz zniekształcone przetwarzanie informacji^{[20],[37],[111]}.

5.3.1.3 Deficyty motywacyjne w przebiegu depresji dzieci i młodzieży

Anhedonia i spadek napędu do działania leżą u podłoża typowej dla depresji utraty zainteresowań i wycofania z dotychczasowych aktywności. Zwykle, u dzieci i młodzieży spadek motywacji dotyczy początkowo pojedynczych obszarów funkcjonowania – głównie szkoły. Stopniowo następuje wycofywanie się z kolejnych sfer codziennego życia, w tym zajęć pozaszkolnych. Depresyjne dzieci i nastolatki rezygnują z hobby, stają się niechętnie życiu towarzyskiemu, w tym relacjom koleżeńskim i rodzinnym. Z czasem dochodzi u nich w takich przypadkach do trudności w podejmowaniu decyzji, z tzw. paraliżem woli włącznie, zaś praktycznie każda czynność może wymagać przełamywania silnego wewnętrznego oporu^[20].

5.3.1.4 Objawy somatyczne w przebiegu depresji dzieci i młodzieży

Objawy somatyczne występują u depresyjnych dzieci i młodzieży relatywnie częściej niż w przypadku dorosłych. Zalicza się do nich przede wszystkim zaburzenia apetytu, problemy ze snem oraz nieswoiste dolegliwości bólowe. Greszta podaje, że najczęściej występującymi objawami tego rodzaju są zaburzenia snu, do których zalicza się przede wszystkim: trudności z zaśnięciem, niespokojny sen, przedwczesne budzenie się^[58]. Problemy dotyczące rytmu sen-czuwanie prowadzą do pogorszenia ogólnej kondycji psychofizycznej, co ma wyraz w dalszym spadku nastroju, zaburzeniach

zachowania, ponadto uciążliwym przemęczeniu, poczuciu braku energii oraz wyczerpaniu. Zwłaszcza przedwczesne budzenie się silnie koreluje u młodych ludzi z myślami samobójczymi. Do najczęstszych zaburzeń łaknienia należy utrata apetytu oraz nadmierny apetyt, prowadzące do wahań masy ciała, i dalszych problemów metabolicznych. Dość częste w przebiegu zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży są różnorodne bóle, w tym zwłaszcza ból brzucha i głowy. W kontekście depresji jako zaburzenia psychicznego mogącego przejawiać się w postaci symptomów somatycznych, takich jak ból, dyskomfort czy rozregulowanie procesów fizjologicznych, należy zaakcentować znaczenie zjawiska somatyzacji^{[113],[114],[115]}. Z racji swojej specyfiki w populacji pediatrycznej, poszczególne objawy somatyczne mogące występować w przebiegu depresji dzieci i młodzieży omówiono poniżej, zaś w tabeli 5.1 przedstawiono najważniejsze czynniki ryzyka występowania somatycznych manifestacji problemów emocjonalnych u dzieci i młodzieży.

Tabela 5.1: Czynniki ryzyka somatycznej manifestacji problemów emocjonalnych u dzieci i młodzieży ^{[43],[113]}		
Niepodlegające modyfikacji:	Względnie podlegające modyfikacji:	Podlegające modyfikacji:
- podatność osobnicza - płeć żeńska - wiek nastoletni	- nadwrażliwość bólowa - współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych - współwystępowanie chorób somatycznych - zdarzenia traumatyzujące - niski status ekonomiczny	- niewłaściwe wzorce behawioralne - zaniedbania wychowawcze - zaniedbania edukacyjne - zaniedbania społeczne - odczuwanie wtórnych korzyści związanych z chorobą

5.3.1.4.1 Psychogeny ból brzucha

Najczęstszym somatycznym objawem bólowym o podłożu psychogenym jest u dzieci i młodzieży ból brzucha. Dolegliwość ta jest szczególnie częsta wśród dzieci młodszych, u których może występować jako niespecyficzny objaw izolowany. Ból zazwyczaj lokalizowany jest w linii pośrodkowej, w okolicy pępka, mając charakter

uciskowy lub skurczowy^[116]. Zasada Apleya mówi, że im dalej ból brzucha lokalizowany jest od pępka, tym mniejsze jest prawdopodobieństwo jego psychogennego pochodzenia^[1]. Zdarza się, że dziecko nie jest w stanie skonkretyzować umiejscowienia bólu, opisując go jako rozlany. Dzieci starsze i nastolatki mogą lokalizować ból psychogeny w nadbrzuszu lub podbrzuszu, przy czym w takich wypadkach często towarzyszą mu inne objawy kojarzące się z przewodem pokarmowym (zgaga, wzdęcia, biegunka, zaparcie itp.). Bóle brzucha spowodowane dysfunkcją psychiczną zazwyczaj nie mają dużego nasilenia, za to z reguły występują w sposób nawracający i/lub przewlekły^[117].

5.3.1.4.2 Psychogeny ból głowy

Ból głowy wywołany czynnikami natury psychicznej ma zwykle charakter bólu napięciowego. Lokalizowany jest najczęściej symetrycznie, w okolicy czołowej, skroniowej lub potylicznej. Może też obejmować całą głowę. Dzieci i nastolatki opisują taki ból jako uciskowy i tępy. Bólowi często towarzyszy wzmożone napięcie mięśni czepca, karku i obręczy barkowej. W związku ze stanami depresyjnymi ma z reguły charakter nawracający i/lub przewlekły. W przypadkach psychogennych, ból głowy obserwowany jest przede wszystkim u dzieci starszych i nastolatków^[78].

5.3.1.4.3 Inne dolegliwości somatyczne na tle psychogenym

Do somatycznych dolegliwości występujących u dzieci i młodzieży na podłożu psychogenym, m.in. również w przebiegu depresji, zaliczyć można także: klucie w klatce piersiowej, kołatanie serca, zawroty głowy, duszność, kaszel, biegunkę, wymioty, drętwienie kończyn, omdlenie, zaburzenia miesiączkowania, swędzenie skóry, bóle mięśniowe, uczucie zmęczenia i inne^{[118],[119]}. Zwykle, im starsze jest dziecko, tym więcej rodzajów objawów somatycznych może ono w podobnych sytuacjach sygnalizować. Dość charakterystyczna jest przemienność lokalizacji objawów, ich związek czasowy z sytuacją stresującą i/lub pogorszeniem stanu emocjonalnego, jak i ustępowanie na skutek leczenia psychiatrycznego. Stosunkowo często podobne

symptomy obserwuje się u osób obciążonych innymi zaburzeniami współistniejącymi, zwłaszcza takimi jak: zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości itp.^{[80],[112],[113],[114],[115]}.

5.3.1.5 Symptomy behawioralne w przebiegu depresji dzieci i młodzieży

Zaburzenia zachowania, takie jak kłótniowość czy wybuchowość, będąc skutkiem deficytów emocjonalnych i poznawczych, bywają jednocześnie przyczyną problemów interpersonalnych depresyjnych adolescentów. Negatywny nastrój może skutkować zachowaniami destrukcyjnymi i ryzykownymi, agresją werbalną, używaniem lub nadużywaniem substancji psychoaktywnych^[120]. Poczucie beznadziei może z kolei prowadzić do podejmowania prób samobójczych. Deficyty motywacyjne często skutkują obniżeniem jakości szkolnej i przyjęciem postawy rezygnacyjnej^[58].

5.3.2 Obraz kliniczny depresji młodzieńczej według koncepcji Bomby

Jak wstępnie zaznaczono w Podrozdziale 5.2.4, Bomba opracował koncepcję depresji młodzieńczej, na której obraz kliniczny składają się symptomy z kilku sfer objawowych: zaburzeń nastroju, zaburzeń emocji, zaburzeń poznawczych oraz zaburzeń zachowania. Zaburzenie nastroju w depresji młodzieńczej polega na różnego stopnia jego obniżeniu oraz wahaniach, połączonych z dysforią. W sferze problemów emocjonalnych akcentowane są cechy lęku, dotyczącego głównie przyszłości (obawy dotyczące: zdobycia wykształcenia, osiągnięcia pozycji społecznej i statusu materialnego, znalezienia partnera życiowego, podjęcia roli rodzica). Zaburzenia w sferze poznawczej zwykle sprowadzają się do przekonania o własnej nieskuteczności, poczucia obniżonej wartości i spodziewania się niepowodzeń. Mogą natomiast wiązać się z trudnościami w nauce i problemami z koncentracją, prowadzącymi do niepowodzeń szkolnych. Do symptomów behawioralnych należą zaburzenia aktywności, takie jak: trudności w inicjacji działania, łatwe męczenie się czy zaburzenia rytmów dobowych (np.: późne kładzenie się spać, trudności w rannym wstawaniu, gorsze funkcjonowanie w godzinach porannych i lepsze wieczorem). Ponadto, częstymi zjawiskami wśród depresyjnych adolescentów są: sprawianie trudności wychowawczych, naruszanie norm społecznych, podejmowanie zachowań

ryzykownych, zaniedbania higieniczne, samouszkodzenia oraz myśli i próby samobójcze. Osoby w depresji młodzieńczej przejawiają także różnego rodzaju problemy somatyczne. Bywa, że mają złudne poczucie choroby somatycznej (zachowania hipochondryczne), nadmiernie skupiają się na funkcjonowaniu ciała, zgłaszają pogorszenie sprawności fizycznej i ogólne złe samopoczucie^[58].

Bomba w swojej koncepcji wyróżnił 3 szczególne postacie depresji: depresję z rezygnacją, depresję z niepokojem oraz depresję hipochondryczną. Poza objawami podstawowymi (depresja czysta), charakterystycznymi cechami depresji z rezygnacją są: niewydolność w nauce, poczucie bezsensu życia oraz myśli i próby samobójcze. Typowymi znamionami depresji z niepokojem są z kolei: zmienność nastroju oraz zachowania autodestrukcyjne. Depresja hipochondryczna wyróżnia się natomiast: somatycznymi manifestacjami lęku oraz hipochondryczną koncentracją na ciele^[58].

5.3.3 Charakterystyka depresji młodzieńczej w ujęciu Kępińskiego

Kępiński zaproponował ujęcie depresji występującej wśród dzieci i młodzieży w kategoriach odrębnego syndromu. Zaliczył do niego: zaburzenia nastroju, lęk, zaburzenia zachowania i zachowania autodestrukcyjne. Badacz ten uważał, że depresja młodzieńcza ma inny przebieg niż depresja osób dorosłych, trwa krócej i ma inny obraz psychopatologiczny. Wyróżnił 4 jej rodzaje: depresję apatyczno-abuliczną, depresję buntowniczą, depresję rezygnacyjną oraz depresję labilną. Koncepcja Kępińskiego stanowiła inspirację dla dalszych badań i była źródłem powstania koncepcji depresji młodzieńczej według Bomby^[58] (por. Podrozdziały: 5.2.4 i 5.3.2).

5.3.3.1 Depresja apatyczno-abuliczna

Postać ta wyróżnia się przede wszystkim zahamowaniem aktywności i spadkiem nastroju. Osoba chora nie ma siły zmobilizować się do wysiłku, nauki czy zabawy. Nie wykazuje zainteresowań, opuszcza się w nauce, zaniedbuje wygląd zewnętrzny. Charakterystyczną cechą tej formy depresji jest brak u takiej osoby poczucia sensu i celu. Stan ten często bywa połączony z używaniem środków psychoaktywnych,

zachowaniami aspołecznymi, jak i nietypowymi zachowaniami seksualnymi. Czas trwania objawów zespołu apatyczno-abulicznego to kilka miesięcy do kilku lat^[58].

5.3.3.2 Depresja buntownicza

W depresji przyjmującej formę buntowniczą, dominujące w obrazie klinicznym są zachowania konfliktowe i agresywne, przybierające postać czynną (np.: kłótniowość, ucieczki z domu, przestępstwa i inne zachowania aspołeczne) lub bierną (np.: irracjonalne przyjmowanie postawy biernego oporu, uparte przeciwstawianie się naciskom otoczenia). U źródła takich postaw i zachowań leżą silne uczucia negatywne (np. smutek i poczucie bezsensu), które z czasem mogą znaleźć ujście w zachowaniach autoagresywnych (np.: samookaleczenia, próby samobójcze)^[58].

5.3.3.3 Depresja rezygnacyjna

Zasadniczą cechą rezygnacyjnej postaci depresji młodzieńczej jest brak wiary we własne możliwości. Osoba przeżywająca depresję w tej formie nie podejmuje działań, gdyż nie wierzy w ich powodzenie. Wykazuje brak zainteresowania swoją przyszłością, gdyż nie wiąże z nią żadnych perspektyw. Traci motywację i zapał do działania, uważając je za bezcelowe i beznadziejne^[58].

5.3.3.4 Depresja labilna

Dominującą i wyróżniającą cechą tej postaci depresji w koncepcji Kępińskiego są znaczne wahania nastroju, które utrudniają codzienne funkcjonowanie. Zmiany nastroju mogą występować okresowo, w krótkich odstępach czasowych, np. co kilka godzin lub dni. Ta forma zaburzenia może przypominać ChAD, jednak – według Kępińskiego – u podłoża zarówno obniżonego, jak i wzmożonego nastroju leży poczucie bezsensu życia i braku wartości. W fazach obniżenia nastroju nasilają się tendencje autoagresywne i zwiększa się ryzyko samobójcze. Z kolei fazy pobudzenia często przypominają postać buntowniczą depresji młodzieńczej^[58].

5.3.4 Diagnoza i obraz kliniczny depresji u dzieci i młodzieży według innych koncepcji badawczych

Obserwacje kliniczne poczynione przez Weinberga i wsp. na początku lat 70. XX wieku doprowadziły do zaproponowania usystematyzowanego zestawu kryteriów rozpoznawania depresji u dzieci. Choć obecnie kryteria Weinberga nie są oficjalnie i powszechnie stosowane w diagnostyce zaburzeń depresyjnych, to jednak prezentowany przez nie obraz depresji wśród dzieci odzwierciedla jakość symptomatyczną zaburzenia w znaczącej części przypadków. Rozpoznanie depresji u dziecka, zgodnie z propozycją autorów, powinno bazować na spełnieniu 2 objawów osiowych: dysforycznego nastroju oraz samodeprecjacji, i co najmniej 2 objawów brzeżnych, takich jak: zachowania agresywne zaczepne, obniżenie poziomu uspołecznienia, pogorszenie wyników w nauce wraz ze zmianą postaw wobec szkoły, zaburzenia snu, dolegliwości somatyczne, utrata energii, zmiany apetytu i wagi ciała. Autorzy o pokrewnym Weinbergowi punkcie widzenia za charakterystyczne dla depresji u dzieci i młodzieży objawy uznali: wycofanie się z kontaktów społecznych, lęk, agresywność, negatywizm, zaburzenia zachowania i absencję szkolną^[21].

McConville i wsp. wyróżnili w populacji dziecięcej 3 rodzaje zaburzeń depresyjnych, których wystąpienie warunkowane jest osiągniętym poziomem rozwoju:

- typ afektywny (typowy dla dzieci młodszych, ok. 6-8 lat), z objawami osiowymi: smutek, poczucie bezradności, poczucie beznadziejności,
- typ poznawczy (typowy dla dzieci powyżej 8. roku życia), z obniżoną samooceną oraz częstymi myślami samobójczymi jako objawami charakterystycznymi,
- depresja z poczuciem winy (typowa dla dzieci powyżej 11. roku życia)^[21].

Carlson i wsp., wskazując na występowanie wśród dzieci 2 głównych rodzajów depresji: pierwotnej i wtórnej, stwierdzili jednocześnie, że oba typy mogą różnić się obrazem klinicznym. Według tych badaczy, dzieci z depresją pierwotną w zdecydowanej większości przypadków przejawiają istotne trudności w funkcjonowaniu szkolnym, w przeciwieństwie do dzieci z depresją wtórną^[21].

Sulestrowska wyróżniła 3 typy depresyjnych zespołów endogennych u adolescentów:

- typ pierwszy – objawy: cicha rezygnacja, smutek, uległość, izolacja społeczna, spowolnienie,

- typ drugi – objawy: zahamowanie i obniżenie napędu, zahamowanie myślowe, apatia, niepewność, bierność, skłonność do mutyzmu, poczucie winy,
- typ trzeci – objawy: pobudzenie, znaczny lęk, zachowania antyspołeczne i autoagresywne^[21].

5.3.5 Obraz depresji w poszczególnych grupach rozwojowych – cechy charakterystyczne

Te same cechy kryterialne depresji jako zaburzenia mogą być wyrażane w różny sposób, zależnie od możliwości psychofizycznych danej osoby. Stopień dojrzałości, a tym samym forma ujawniania objawów przez dziecko czy nastolatka zależy przede wszystkim od jego wieku, środowiska wychowania, podatności indywidualnej czy innych chorób i obciążeń^{[37],[111]}.

5.3.5.1 Depresja anaklityczna

Szczególnym rodzajem depresji, w którym z zasady pacjent nie zgłasza objawów podmiotowych, a jedynie manifestuje swój stan somatycznie, jest depresja anaklityczna. Jest to forma reakcji niemowlęcia na silny stres związany z oddzieleniem od głównego opiekuna, np. z powodu porzucenia lub śmierci matki. Zaburzenie takie może przebiegać z pogorszeniem ogólnego stanu i funkcjonowania fizycznego, opóźnieniem rozwojowym, stuporem, problemami z łaknieniem i snem. Z czasem, im bardziej przedłuża się czas separacji od opiekuna, u dziecka mogą wystąpić: zubożenie, apatia, stereotypie, regresywne zachowania autoerotyczne, zjadanie kału. Według Spitz, depresja niemowląt przebiega w 3 fazach: aktywnego protestu, rozpacz i depresyjnego zubożenia. Kreiser podzielił objawy depresji niemowląt na 4 podstawowe typy: atonia nastroju, atonia motoryczna, ubóstwo interakcji i wrażliwość psychosomatyczna. Przynajmniej w części przypadków objawy mogą wycofać się w związku z zapewnieniem dziecku alternatywnej opieki^[21].

W literaturze fachowej można trafić na bardziej współczesne określenie tego syndromu – *infant social withdrawal* (pol.: wycofanie społeczne niemowląt), obejmujące zresztą nieco szerszy zakres zaburzeń, związanych m.in. z reakcją niemowląt na głodzenie lub

chorobą psychiczną rodziców. Najbardziej charakterystycznymi cechami i objawami takiej formy depresji są: zaburzenia snu i apetytu, mała ruchliwość, wycofanie z reakcji z otoczeniem, opóźnienie rozwoju, zwiększone ryzyko śmierci z różnych przyczyn^[37]. Doświadczenie utraty przez niemowlę stanowi poza tym czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń przywiązania, zaburzeń rozwoju oraz problemów psychicznych w późniejszym życiu^[37] (por. Podrozdziały: 3.2 i 3.3).

5.3.5.2 Depresja u dzieci młodszych

Depresyjne dzieci w wieku przedszkolnym, młodszym wieku szkolnym i nastolatki do ukończenia 12. roku życia często nie mówią o swoim obniżonym nastroju czy też poczuciu beznadziei. O ich stanie emocjonalnym można natomiast wnioskować na podstawie np. obserwacji wyrazu twarzy i postawy ciała. Osobom w tym wieku łatwiej jest dawać upust swojemu depresyjnemu nastrojowi poprzez manifestowanie złości i zachowania agresywne (w tym autoagresywne) oraz niszczyielskie, które są łatwiej dostrzegane przez otoczenie w porównaniu do uwewnętrznionego, niewerbalizowanego cierpienia i poczucia krzywdy. Sprawia to jednak, że dziecko w depresji może być mylnie ocenione jako takie, które wykazuje zaburzenia zachowania lub jest po prostu „niegrzeczne”. Dodatkowym utrudnieniem na drodze do postawienia właściwej diagnozy jest stosunkowo częste u dzieci współwystępowanie depresji z innymi zaburzeniami, w tym zwłaszcza zaburzeniami lękowymi (np. lęk separacyjny) oraz zachowania^[41]. Ponadto, jeśli dziecko z depresją zgłasza jakiegokolwiek skargi natury zdrowotnej, to zwykle dotyczą one uporczywych objawów somatycznych, np. bólów brzucha. Stosunkowo często obserwowanymi objawami u dzieci depresyjnych są ponadto problemy ze snem i zaburzenia apetytu^[21]. W przeprowadzonych pod koniec XX wieku badaniach (Kashani i wsp.), w których porównywano symptomy depresji u 8-, 12- i 17-latków, uzyskano wyniki świadczące o częstszym występowaniu skarg somatycznych i drażliwości, ale również niechęci do współpracy, pesymizmu, apatyczności oraz utraty zainteresowania czynnościami, które wcześniej sprawiały przyjemność wśród dzieci z grup młodszych. W młodszym wieku szkolnym, częstym objawem depresji jest zresztą nasilony samokrytycyzm, poczucie winy, jak i wstydlivość, lęki społeczne czy fobia szkolna. Po 8. roku życia może pojawić się

poczucie beznadziejności i myśli rezygnacyjne. Dość typowym zjawiskiem w przebiegu depresji w tym okresie życia jest ponadto reaktywność nastroju, czyli możliwość jego poprawy w reakcji na przyjemne wydarzenie^{[11],[12],[37]}.

5.3.5.3 Depresja u dzieci starszych i młodzieży

Można zauważyć ogólną prawidłowość, że im dziecko jest starsze, tym obraz kliniczny jego depresji cechuje się większą ilością i zróżnicowaniem symptomów, oraz bardziej przypomina depresję, jaka występuje u osób dorosłych. U dzieci szkolnych, a tym bardziej u nastolatków zaburzenia depresyjne przebiegają zatem w sposób zbliżony do klasycznie rozumianej depresji w większym stopniu niż ma to miejsce w przypadku dzieci młodszych. Poza objawami kryterialnymi, dość charakterystyczne dla depresyjnych dzieci i młodzieży w wieku nastoletnim są objawy takie jak: poczucie winy, negatywne ocenianie siebie i przyszłości, poczucie bezradności i beznadziejności, ograniczenie motoryczne, zaburzenia snu i apetytu, niespecyficzne dolegliwości somatyczne oraz myśli i próby samobójcze. Ponadto, podobnie jak i u młodszych dzieci, częstymi objawami depresji u dzieci starszych mogą być: drażliwość, wybuchy złości, bunt, konfliktowość, poczucie krzywdy, reaktywność nastroju, zaburzenia koncentracji, wycofanie się z relacji rówieśniczych. U nastolatków częstsze niż u młodszych dzieci są zaburzenia łaknienia, uczucie przemęczenia i nadmierna senność. Zaburzenia depresyjne u młodzieży typowo przebiegają z negatywną oceną siebie (np. zaburzony obraz własnego ciała) i rzeczywistości, jak i nadmierną wrażliwością na odrzucenie (np. skłonność do silnego przeżywania krytyki czy trudności w relacjach koleżeńskich). Depresja w późniejszym wieku nastoletnim sprzyja poza tym zaburzeniom masy ciała, nadużywaniu substancji psychoaktywnych, zachowaniom ryzykownym oraz lekceważeniu norm społecznych^{[121],[122]}. Pewne różnice w obrazie klinicznym depresji u młodzieży nastoletniej można zauważyć na tle różnicy płci. Dziewczeta z depresją z reguły prezentują więcej objawów niż chłopcy i częściej cechują się: spowolnieniem, wahaniami nastroju, pogorszeniem samooceny, wzmożonym lękiem i nasilonymi objawami somatycznymi, zaś depresyjni chłopcy – zaburzeniami zachowania, drażliwością i agresją. Stosunkowo częstym zjawiskiem obserwowanym w przebiegu depresji osób nastoletnich są samouszkodzenia (np.

samookaleczenia), przy czym niekoniecznie są one związane z próbami samobójczymi – mogą być wyrazem nasilonych trudności w przeżywaniu negatywnych emocji. Myśli samobójcze dotyczą około 60% nastolatków z depresją, z kolei aż do około 30% z nich podejmie próbę samobójczą w różnej formie. Tendencje samobójcze u adolescentów mogą przejawiać się w postaci np. częstego nawiązywania do tematu śmierci w rozmowach czy poszukiwania związanych z nią treści i symboli w sztuce, ale mogą również pozostać nieujawnione. Niezauważenie objawów depresyjnych u osób w tej grupie wiekowej może również wiązać się ze swego rodzaju zamaskowaniem ich przez problemy typowe dla okresu dojrzewania, takie jak choćby wahania nastroju z epizodami jego znacznego obniżenia. Podobne stany mogą zdarzać się u zdrowych nastolatków, jednak jeśli stanowią wyraźną zmianę w stosunku do dotychczasowego funkcjonowania, a ich wystąpieniu towarzyszy znaczny, długotrwały dyskomfort psychiczny, mogą być traktowane jako symptomy potencjalnie depresyjne^{[21],[37]}.

Poza wymienionymi charakterystycznymi objawami depresji u adolescentów, zwłaszcza w przypadku nastolatków należy zwrócić uwagę na możliwość występowania różnorodnych ograniczeń poznawczych. Choć negatywny wpływ depresji na jakość myślenia czy procesów pamięciowych jest wyraźnie zauważalny wśród depresyjnych dorosłych, to u młodzieży, a zwłaszcza u dzieci, zdaje się być nieoczywisty. Baune i wsp. podają, że istotnie statystycznie częstszymi w populacji depresyjnej młodzieży w porównaniu do zdrowych rówieśników są problemy w zakresie czynności wykonawczych, pamięci operacyjnej, tempa przetwarzania i pamięci przestrzennej, natomiast występowanie związanych z depresją deficytów w zakresie pamięci wzrokowej i fluencji słownej w tej grupie jest przedmiotem kontrowersji. Autorzy sugerują ponadto, że nie ma wystarczających dowodów na związek depresji w wieku rozwojowym z zaburzeniami uwagi, uczenia werbalnego i pamięci werbalnej^{[12],[37]}.

5.4 Analiza potencjalnego wpływu czynników społecznych i środowiskowych na rozwój zaburzeń depresyjnych w populacji wieku rozwojowego

Teorie wyjaśniające proces powstawania zaburzeń depresyjnych przedstawiono w sposób ogólny w Podrozdziale 4.2. Tłumaczą one rozwój depresji w sposób schematyczny, analizując zasadę oraz kontekst wpływu i wzajemnych interakcji

poszczególnych zjawisk biologicznych, psychicznych i społecznych. Niniejszy podrozdział poświęcony jest natomiast szczególnym zależnościom społeczno-środowiskowym, jakie mogą mieć znaczenie w powstawaniu zaburzeń depresyjnych u dzieci oraz młodzieży, w związku z okresem życia, przebiegiem rozwoju oraz jakością otoczenia i relacji międzyludzkich, w jakich przychodzi im dorastać i wychowywać się. Podejścia badawcze, bazując na różnych teoretycznych modelach depresji kładą szczególny nacisk na związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy pojawianiem się depresji a nieprawidłowością dziecięcych doświadczeń w rodzinie. Choć wiele badań bazuje w tym zakresie na relacjach osób przeżywających epizod depresyjny, co z oczywistych powodów może wpływać na jakość samej relacji, to jednak inne źródła informacji (np. relacje zdrowych członków rodziny) zasadniczo potwierdzają wersje przedstawiane przez chorych. Należy podkreślić, że poszczególne omawiane poniżej czynniki oddziałujące na dziecko prodepresyjnie, traktuje się niekoniecznie i nie tylko wprost jako powodujące depresję, ale przede wszystkim jako odpowiedzialne za tworzenie tzw. podatności depresyjnej, czyli torujące drogę depresji, którą w sposób bezpośredni mogą wyzwolić również różne inne stresory działające w różnych okresach życia. Ponadto, wymienione zjawiska i mechanizmy z reguły nie zachodzą pojedynczo, w odosobnieniu od innych, lecz współwystępują w różnych możliwych zestawieniach – stąd w analizowaniu przyczyn depresji u dzieci i młodzieży należy brać pod uwagę również zintegrowany, sumaryczny wpływ różnych czynników^[20].

5.4.1 Podatność na depresję w perspektywie psychodynamicznej

Badania potwierdzają silny wpływ zwłaszcza braku bliskiej więzi ze stabilnym opiekunem na powstawanie cech psychopatologicznych będących podłożem rozwoju zaburzeń depresyjnych. Utrata ważnej, ukochanej osoby (opiekuna) – „obiektu”, powodując uwewnętrzną, nieświadomą złość na nią, wywołuje uczucia ambiwalentne, skutkiem czego złość kierowana jest przeciwko samemu sobie. Utrata staje się tym samym praprzyczyną zaniżenia własnej wartości oraz poczucia winy. Bowlby uznał, że brak bezpiecznej i stabilnej więzi z podstawowym opiekunem powoduje niewytworzenie bezpiecznej i stabilnej poznawczej reprezentacji samego siebie u dziecka^[10]. Takie dziecko nie czuje się pewnie w poznawaniu i eksplorowaniu

własnego otoczenia, w tym innych osób, których nie traktuje jako godnych zaufania ani takich, na których można polegać. Przerwanie, utrata lub brak stabilnej więzi może mieć miejsce w związku np. ze śmiercią, ciężką chorobą lub odizolowaniem od matki, może też przyjmować formę odrzucenia dziecka przez matkę, powstawać w wyniku braku adekwatnych reakcji matki na dziecko, jak i niekonsekwentnego zachowania matki względem dziecka. Dziecko, przeżywając taki niedobór prawidłowej więzi, kształtuje negatywny obraz zarówno samego siebie, jak i innych ludzi. Staje się podatne na wystąpienie depresji w przyszłości, zwłaszcza w reakcji na analogiczne sytuacje opuszczenia lub utraty, w których nie przeżywa wyłącznie żalu, ale przejawia też nasilony samokrytycyzm, odczuwa bezradność i brak nadziei^[59] (por. Podrozdział 4.2.3.1).

5.4.2 Wczesna strata a podatność na depresję

Część badaczy, mając na względzie obserwację, że stan depresji przypomina pod wieloma względami żałobę, badało teorię wpływu straty ważnej osoby we wczesnym dzieciństwie na kształtowanie się podatności depresyjnej w kolejnych latach. Obserwowano dzieci, które utraciły matkę np. w wyniku jej śmierci. Bifulco i wsp. oraz Harris i wsp. otrzymali wyniki świadczące o statystycznie istotnym związku łączącym depresję z poważną wczesnodziecięcą stratą, po której dziecko nie zostało otoczone właściwą, trwałą i konsekwentną opieką. Oznacza to, że strata np. jednego z rodziców może wikłać się podatnością na depresję w późniejszym życiu, o ile dziecko nie otrzyma adekwatnego oparcia w kimś, kto zastąpi mu w tej ważnej roli utraconą osobę. Podatność na wystąpienie depresji polega w tym przypadku na możliwości pojawienia się objawów przeżywania rozpaczliwej reakcji związanej z wczesną stratą w reakcji na realną lub spodziewaną stratę (np. rozstanie) mającą miejsce w dalszym życiu^[41].

5.4.3 Dysfunkcjonalne przywiązanie a podatność na depresję

Hipoteza Bowlby'ego o powiązaniu przyczynowo-skutkowym dysfunkcjonalnego (lękowego) stylu przywiązania dziecka do podstawowego opiekuna z podatnością na depresję, była weryfikowana poprzez analizę jakości stosunku

depresyjnych dzieci i nastolatków do rodziców w porównaniu z grupą kontrolną. Kobak i wsp. stwierdzili, że dzieci i młodzież z depresją istotnie częściej relacjonują mniej bezpieczne przywiązanie do swoich rodziców w porównaniu do osób bez depresji. Również Hammen i wsp. dowiedli, że depresja w efekcie stresujących wydarzeń statystycznie częściej występuje u młodzieży cechującej się bardziej lękowymi reprezentacjami przywiązania do swoich rodziców. Rosenfarb i wsp. badali jakość przywiązania depresyjnych pacjentek do swych matek. Okazało się, że przywiązanie to było charakteryzowane jako dużo mniejsze niż w przypadku nieleczonych osób z grupy kontrolnej. Eksperymentalnie potwierdzono większą skłonność do zachowań i stanów przypominających depresję w obliczu zaburzenia więzi w badaniach na małpach, które we wczesnym etapie życia zostały oddzielone od matek i wychowywały się bez nich^[41]. Uważa się, że dysfunkcjonalne typy przywiązania, zwłaszcza lękowo-unikające oraz lękowo-ambiwalentne leżą u podłoża braku kompetencji dziecka w dostosowywaniu się do zadań rozwojowych. Wykształcenie lękowo-unikającego przywiązania może prowadzić do pojawienia się silnej zależności emocjonalnej w okresie wieku szkolnego, a konsekwencją wysokiego stopnia zależności może być rozwinięcie się zaburzenia depresyjnego. Niemowlęta przywiązane do swoich opiekunów w sposób lękowo-ambiwalentny mają z kolei ograniczoną aktywność poznawczą, czego efektem mogą być znaczne deficyty umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a w dalszej kolejności – pojawienie się objawów depresji w późniejszym życiu^{[21],[68]} (por. Podrozdziały: 3.2, 3.3 i 4.2.3.7).

5.4.4 Podatność na depresję w perspektywie teorii społecznego uczenia się

Brewin i wsp., analizując schemat społecznego uczenia się, doszli do wniosku, że przyczyną pojawienia się depresji może być nabywanie przez dorastające dziecko niewłaściwych, nieadaptacyjnych umiejętności. Dzieci, przyswajając dysfunkcjonalne sposoby reagowania w sytuacjach stresowych przez rodziców lub opiekunów, wykształcają negatywny schemat Ja lub negatywny styl wyjaśniania, co stanowi grunt podatności na depresję i może przyczyniać się do jej wystąpienia w obliczu zadziałania stresora. Może to mieć miejsce np. w sytuacji, gdy rodzic sam choruje na depresję. Jego nieadaptacyjne sposoby reagowania na różne wydarzenia życiowe, są przyswajane i

powielane przez dziecko w formie dysfunkcyjnych przekonań i zachowań. Niedobory w zakresie radzenia sobie w trudnych sytuacjach kształtują podatność na depresję, która może wystąpić na skutek zadziałania czynnika stresowego. Podobna sytuacja, w której wzorce zachowań rodziców mogą warunkować podatność depresyjną u dzieci ma miejsce wówczas, gdy rodzice traktują dzieci nadmiernie surowo, są bardzo wymagający, nie nagradzają dziecka za jego pozytywne osiągnięcia lub są względem dziecka nieczuli, przez co dziecko nie znajduje w nich oparcia. Dzieci wychowywane w takich warunkach odwzorowują postrzeganie siebie i świata w sposób charakterystyczny dla swoich rodziców, co wyraża się zwłaszcza silnym samokrytycyzmem i obniżeniem samooceny w obliczu np. porażki czy niepowodzenia, zwiększając prawdopodobieństwo wystąpienia objawów zaburzenia depresyjnego^{[58],[123]}.

5.4.5 Zaburzenie systemu rodzinnego jako czynnik prodepresyjny

Pojawianie się objawów depresji u dzieci i młodzieży można tłumaczyć również powołując się na systemowy model powstawania symptomu. Według tego modelu, zaburzenia występujące u dziecka stanowią manifestację zaburzenia systemu rodzinnego. Rodzina zaburzona, próbując zachować dotychczasową równowagę przejawia zjawiska nieadaptacyjne, których elementem i skutkiem zarazem jest dziecięca depresja. W tym przypadku, depresja może być wynikiem niezakończonego procesu separacji i indywiduacji adolescenta, blokowanego przez rodziców z powodu zagrożenia równowagi systemu rodziny. Takie dziecko poprzez ujawnienie symptomu (depresji) może w pewnym sensie chronić zaburzony system rodzinny przed rozpadem lub bronić się przed przejściem do kolejnej fazy własnego rozwoju (uniezależnienie od rodziców). W praktyce oznacza to, że funkcjonowanie rodziny w oparciu o powiązane systemem wzajemnych zależności dysfunkcjonalne role jej członków, może przyczyniać się i utrzymywać zaburzenia depresyjne u dzieci i adolescentów^{[13],[58]}.

5.4.6 Szczególne relacje rodzinne i wychowawcze w dzieciństwie a podatność na depresję

W badaniach skupionych na analizie jakości relacji panujących w rodzinach osób z depresją zauważono, że osoby depresyjne mają tendencję do oceniania swych stosunków z rodzicami jako cechujących się większą wrogością, zaś samych rodziców jako bardziej odrzucających, kontrolujących i wykazujących wrogą rezerwę w porównaniu do ocen przedstawionych przez osoby z grup kontrolnych^[41]. Np. Holmes i wsp. dowiedli istotnej statystycznie dodatniej korelacji pomiędzy nasileniem cechy, jaką jest przygnębienie z poziomem negatywnej oceny własnych rodziców^[58]. Z kolei Andrews i wsp. stwierdzili, że osoby z depresją, która pojawiła się wskutek silnie stresującego zdarzenia istotnie częściej niż osoby, u których depresja nie wystąpiła w podobnych okolicznościach, skarżą się na brak prawidłowej opieki lub wrogość ze strony matki^[58]. Obserwacje poczynione na podstawie podobnych badań wskazują, że sposoby wychowywania dziecka cechujące się zarówno większym chłodem emocjonalnym, jak i większą nadopiekuńczością także silnie wiążą się z podatnością depresyjną. Istnieje wiele badań, w których dowiedziono istotnej ujemnej korelacji pomiędzy okazywanym ciepłem (akceptacją) rodzicielskim a skłonnością do depresji u dzieci i młodzieży. Radziszewska i wsp. badali związek pomiędzy stopniem kontroli rodzicielskiej a nasileniem depresji u adolescentów w wieku 15 lat. Okazało się, że najwyższym poziomem depresji cechowały się osoby, których rodzice byli niezaangażowani w sprawy dzieci^[58]. Istotnie związany z wystąpieniem depresji jest także wysoki poziom kontroli rodzicielskiej przy jednoczesnym wysokim poziomie wymagań i braku wsparcia emocjonalnego. Szczególnie silnym czynnikiem torującym drogę depresji jest w podobnych przypadkach psychologiczna kontrola ze strony matki^{[58],[124]}. Stark i wsp. odkryli, że występowaniu depresji u dzieci w wieku 8-13 lat sprzyja niedemokratyczny styl decydowania w rodzinie, polegający np. na lekceważeniu zdania dzieci lub całkowitym pozbawianiu ich prawa głosu przy podejmowaniu decyzji, które ich dotyczą. Wielu badaczy potwierdza prodepresyjny wpływ dominującej i bardzo krytycznej postawy rodzica, który wpędza w dziecko poczucie winy i zawstydzania^[124]. Podobnie, znieważanie, obrażanie, dokuczanie i kpiarskie traktowanie dzieci przez rodziców może zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia depresji u małoletnich^[125]. Stosowanie surowych kar oraz pozbawianie nagród to również udowodnione czynniki torujące drogę zaburzeniom depresyjnym u dzieci i młodzieży^[124]. Z kolei stosowanie wobec dzieci kar cielesnych dodatkowo

zwiększa ryzyko tendencji samobójczych^{[13],[41]}. Greszta, badając wpływ zachowań rodzicielskich na podatność depresyjną u dzieci z podziałem na płeć, stwierdziła, iż w przypadku dziewcząt czynnikami rodzicielskimi predysponującymi do wystąpienia depresji są: zachowania odrzucające ze strony matki oraz zachowania wymagające ze strony ojca, zaś w przypadku chłopców: zachowania odrzucające ze strony matki oraz brak nagradzania ze strony ojca^[58].

Okazuje się, że również jakość przebiegu depresji może wiązać się z jakością środowiska wychowywania dziecka. Lizardi i wsp. zauważyli, że osoby zapadające na dystymię o wczesnym początku znacznie częściej jako dzieci doświadczały negatywnych relacji ze swoimi rodzicami w porównaniu do osób zdrowych, jak i do tych, które przeżyły wcześniej epizod dużej depresji^[41]. Rose i wsp. stwierdzili, że przykre doświadczenia z życia rodzinnego, tj. np.: ostra, sztywna kontrola, nadopiekuńczość lub napastowanie seksualne bardzo wyraźnie wiązały się z nasileniem objawów depresji oraz negatywnym nastawieniem poznawczym^[41]. Blatt i wsp. dowodzą, że rozwój lękowego stylu przywiązania u dziecka może prowadzić zwłaszcza do zaburzenia depresyjnego z nasilonym samokrytycyzmem, poczuciem winy i zaniżeniem własnej wartości^[41]. Ci sami autorzy zauważają wyraźną dodatnią korelację również pomiędzy taką formą depresji (depresja „uwewnętrzniona” – cechująca się poczuciem niższości i nadmiernym samokaraniem) a wygórowanymi oczekiwaniami rodziców względem dzieci. Część badań wskazuje poza tym na tendencję do przedłużającego się przebiegu oraz częstszych nawrotów epizodów depresyjnych u osób, które nie mają odpowiedniego wsparcia lub doświadczają wrogich interakcji w środowisku rodzinnym, nie tylko ze strony rodziców^{[13],[41],[124],[125]}.

5.4.7 Specyficzne czynniki ryzyka w dzieciństwie a podatność na depresję

Badania dowodzą, że pewne określone czynniki stresowe działające w dzieciństwie mają istotny, znamieny wpływ na rozwój podatności depresyjnej. Należą do nich m.in.: nadużywanie alkoholu lub zaburzenie psychiczne rodzica (zwłaszcza depresja), przemoc i konflikty domowe, problemy małżeńskie, zawodowe, społeczne i zdrowotne rodziców, śmierć rodzica, brak bliskiej relacji z osobą dorosłą^[126]. Kessler i wsp. stwierdzili silny związek choroby psychicznej rodzica, przemocy domowej i

rozvodu rodziców z tendencją do nawrotów depresji^[41]. M.in. Brown i wsp. dowiedli, że doświadczenie przez dziecko przemocy fizycznej i seksualnej sprzyja wystąpieniu u niego zarówno depresji, jak i innych zaburzeń^[41]. Zjawiskiem będącym potwierdzonym, istotnym predyktorem depresji jest maltretowanie dziecka, zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Ogólnie, stanie się ofiarą przemocy w wieku dziecięcym predysponuje także do nawracania lub przewlekłego przeżywania epizodów depresyjnych^[127]. Przemoc domowa szczególnie silnie koreluje z podatnością depresyjną jeśli towarzyszą jej różne formy psychopatologii rodziców. Obserwuje się ponadto, że tym większa jest podatność na depresję i tym bardziej nasilony bywa jej przebieg u dzieci doświadczających silnych stresorów, im mniejszym wsparciem społecznym są one otoczone. Może to oznaczać ryzyko nasilania się depresji w mechanizmie błędnego koła: dziecko cierpiące z powodu depresji, u której podłoża tkwią nieprawidłowe relacje rodzinne, nie może liczyć na wsparcie ze strony osób, z którymi relacje do tej depresji doprowadziły, co z kolei potęguje natężenie objawów, wydłuża przebieg i sprzyja nawrotom zaburzenia^[41]. W podobnym mechanizmie, czynnikiem usposabiającym do wystąpienia depresji jest odrzucenie dziecka, zwłaszcza wówczas gdy jest efektem niespełnienia przez dziecko wygórowanych oczekiwań rodzica^[58]. W tym kontekście należy brać pod uwagę zwłaszcza oczekiwania i presję społeczną związaną z osiągnięciami szkolnymi i dalszym rozwojem, tj. podjęciem odpowiednich studiów oraz karierą zawodową. W opublikowanych w roku 2015 wynikach badań występowania objawów depresyjnych wśród uczniów klas maturalnych, spośród różnych czynników potencjalnie stresorodnych młodzież najczęściej wskazywała na sytuację szkolną, perspektywę matury oraz ogólnie rozumianą przyszłość^[128].

5.5 Diagnostyka zaburzeń depresyjnych w populacji wieku rozwojowego

Rozpoznawanie zaburzeń depresyjnych jest procesem złożonym i wielowymiarowym. Jeśli konkretna osoba nie bierze udziału w badaniu przesiewowym, mającym na celu ogólną ocenę jej stanu pod kątem ryzyka występowania depresji, to zwykle czynnikiem wskazującym na potrzebę przeprowadzenia badania w tym kierunku są wnioski z autoobserwacji lub obserwacji potencjalnego pacjenta przez osoby z jego otoczenia. Obserwacja danej osoby przejawiającej pewne cechy depresji, może

odbywać się w warunkach klinicznych oraz ambulatoryjnych. Cennym źródłem informacji mających znaczenie w tej kwestii są spostrzeżenia domowników, opiekunów, wychowawców, nauczycieli, rówieśników i innych. Profesjonalny diagnosta, który bierze pod uwagę uzyskane od pacjenta i jego otoczenia informacje, prowadzi własną obserwację w kontekście poradni specjalistycznej lub oddziału szpitalnego^{[129],[130]}.

Rola zwraca uwagę, że w przypadku dzieci i młodzieży, szczególnie wartościowe mogą okazać się obserwacje ich jako podopiecznych i uczniów w różnych kontekstach społecznych, np. w sytuacjach zadaniowych, kontaktach z rówieśnikami, zachowań w warunkach instytucjonalnych^[21]. Czownicka i wsp. podkreślają, że czerpanie istotnych z klinicznego punktu widzenia informacji od osób mających do czynienia z dzieckiem, może odbywać się tylko pod warunkiem posiadania przez takie osoby pewnego minimum świadomości oraz wiedzy psychologicznej – wówczas relacjonowanie faktów dotyczących dziecka wiąże się z pewnością co do stosowania właściwych pojęć oraz zwracania uwagi na istotę ich znaczenia w odniesieniu do sytuacji dziecka^[21]. Kazdin wyróżnia trzy zasadnicze kategorie informacji, jakie można w ten sposób uzyskać. Dotyczą one: zachowań społecznych, zachowań izolujących oraz ekspresji emocjonalnej^[21].

Należy pamiętać, że jakościowo-ilościowa ocena potencjalnie związanych z depresją cech dziecka, może się różnić zależnie od punktu widzenia i rodzaju obserwatora. Przykładowo, rodzice bywają skłonni do interpretowania stanu dziecka depresyjnego jako znacznie poważniejszego niż wynikałoby to z samooceny dziecka. Nauczyciele z kolei, mając wgląd w aktywność i zachowanie dziecka w sytuacjach społecznych, częściej niż rodzice zwracają uwagę na mogące mieć związek z depresją cechy pasywności, która niekoniecznie uwidacznia się w warunkach domowych. Autoocena dzieci ma zróżnicowaną wartość diagnostyczną, szczególnie w zależności od wieku, możliwości intelektualnych i poznawczych. Małe dzieci najczęściej nie mają zdolności pełnej, rzetelnej i konstruktywnej samoobserwacji, rozumienia pojęć oraz wnioskowania. Ich relacje mogą być przez to niepełne, stąd diagnoza winna opierać się dodatkowo na relacji osoby dorosłej. Z kolei większość nastolatków zwykle potrafi opisywać swoje stany i przeżycia w podobny sposób, jak osoby dorosłe, tym niemniej ich relacje z różnych powodów mogą być nie w pełni zgodne ze stanem faktycznym. Z tych przyczyn podkreśla się istotność i wagę oceny stanu dziecka czy nastolatka z co

najmniej kilku perspektyw w procesie ustalania, potwierdzania albo wykluczania u niego rozpoznania zaburzenia depresyjnego^[129].

Można stwierdzić, że zaburzenia depresyjne nie mają objawów patognomonicznych. Stąd ich diagnostyka winna być z założenia jednocześnie przynajmniej częściowo diagnostyką różnicową. Różnicowanie depresji z innymi chorobami i stanami, w przebiegu których może być obecny syndrom (zespół objawów) depresyjny (np.: ChAD, psychozą, reakcją adaptacyjną, żalobą) wymaga od badacza szczególnej uwagi oraz znajomości kryteriów wykluczających poszczególne jednostki chorobowe. W takich przypadkach, wywiad i obserwacja kliniczna powinny dotyczyć odpowiednio długiego okresu czasu, jak i zwrócenia uwagi na wszystkie cechy istotne z punktu widzenia ogólnej psychopatologii, które pacjent i osoby z jego otoczenia niekoniecznie i nie zawsze traktują jako nieprawidłowe czy chorobowe. W różnicowaniu depresji z innymi stanami, nie powinno się zapominać o ewentualnym wykluczeniu zmian i zespołów somatycznych, w tym organicznych i czynnościowych. Pomocne w tej kwestii okazują się badania dodatkowe, w tym laboratoryjne (np.: oznaczenie stężenia substancji psychoaktywnych i/lub toksycznych, poziomu odpowiednich markerów biochemicznych, enzymów, hormonów, badania immunologiczne, serologiczne, genetyczne, mikrobiologiczne), obrazowe i czynnościowe (np.: tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, elektroencefalografia), jak i odpowiednie konsultacje specjalistyczne, przeprowadzane w zależności od potrzeb i możliwości^[12].

Fundamentalne znaczenie w diagnostyce depresji ma odnoszenie cech stanu danej osoby do uniwersalnych kryteriów diagnostycznych choroby, mające miejsce zarówno w czasie zbierania wywiadu, obserwacji klinicznej, jak i badania z użyciem wystandaryzowanych skal diagnostycznych, przy czym stawianie bądź wykluczanie jej rozpoznania oraz idące za tym ewentualne wdrażanie terapii, powinny być w dalszej kolejności ustawicznie kontrolowane i weryfikowane^{[129],[130],[131]}.

W tym miejscu należy nadmienić, że w niniejszym rozdziale świadomie pominięto zastosowanie algorytmu diagnostycznego według systemu klasyfikacyjnego DC:0-5 z racji jego krótkiego omówienia w Podrozdziale 4.1.4.1. Rozdział pomija również omówienie zasad diagnostycznych zaburzeń depresyjnych związanych z klasyfikacją

ICD-11, z racji aktualnego (2024 r.) nieobowiązywania tego systemu diagnostycznego w Polsce (por. Podrozdział 4.1.4.2).

5.5.1 Rozpoznawanie depresji według kryteriów standardowych systemów klasyfikacji diagnostycznych

Celem usystematyzowania rozpoznawania oraz klasyfikacji chorób i zaburzeń zdrowotnych, grupy eksperckie powoływane przez międzynarodowe organizacje i towarzystwa naukowe, tworzą i aktualizują systemy klasyfikacyjne jednostek chorobowych, objawów i innych zaburzeń zdrowia. W przypadku chorób psychiatrycznych ma to szczególne znaczenie, jako że ich diagnozowanie z natury rzeczy mierzy się ze stosunkowo dużym wpływem czynników interpretowanych subiektywnie przez pacjenta lub osoby z jego otoczenia. Stąd, tak istotną rolę w dziedzinach psychiatrycznych przypisuje się zwłaszcza dwóm aktualnie stosowanym systemom klasyfikacyjnym, określanych jako: Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (Rewizja Dziesiąta) ICD-10 (ang.: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) – sporządzona i zatwierdzona w roku 1990 przez Światową Organizację Zdrowia oraz Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiczych (Edycja Piąta) DSM-5 (ang.: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) – opublikowany w roku 2013 przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne^{[14],[15],[38]}. Podkreślenia wymaga fakt, że w chwili obecnej, począwszy od 1 stycznia 2022 roku klasyfikacja ICD-10 jest stopniowo zastępowana nową, jedenastą wersją ICD – ICD-11, która została opublikowana w 2018 roku, jednak w momencie powstawania niniejszej pracy (2023-2024 r.) nie jest ona jeszcze uznawana za obowiązującą w polskim systemie ochrony zdrowia.

W Podrozdziale 4.1.1 temat znaczenia standardowych systemów klasyfikacji diagnostycznych w rozpoznawaniu zaburzeń depresyjnych został częściowo przybliżony, jako że konstruowanie definicji oraz charakterystyki depresji jako zaburzenia opiera się w dużej mierze na ich zuniwersalizowanych kryteriach. W związku z tym, w opisie rozpoznawania depresji odwołano się do jej jakościowo-ilościowych cech symptomatologicznych. W niniejszym podrozdziale przedstawiona

zostanie pokrótce struktura samej systematyki diagnostycznej ICD-10 oraz DSM-5 jako narzędzi służących do stawiania lub wykluczania rozpoznań zaburzeń depresyjnych.

5.5.1.1 Rozpoznanie zaburzeń depresyjnych według ICD-10

Należy podkreślić, że klasyfikacja ICD-10, jako przyjęta i stosowana formalnie w polskim systemie administracyjnym ochrony zdrowia, jest z założenia wykorzystywana przede wszystkim do celów epidemiologicznych („analizowanie ogólnej sytuacji zdrowotnej grup populacyjnych, monitorowanie zapadalności, chorobowości i innych problemów zdrowotnych w odniesieniu do innych zmiennych, takich jak cechy pacjentów oraz okoliczności zachorowań”)^[33]. Jej pierwotnym celem nie jest zatem indeksowanie różnych stanów klinicznych, tym niemniej stanowi ona referencyjną bazę definicyjną, na której opiera się proces rozpoznawania i kwalifikowania poszczególnych chorób i problemów zdrowotnych, w tym także zaburzeń depresyjnych^[15].

ICD-10 przyjęło sposób definiowania i charakterystyki chorób (w tym zaburzeń psychicznych), opierający się na możliwie dokładnym, jednolitym, jednoznacznym, samoopisującym, prostym i nawiązującym do przyczyny nazewnictwie poszczególnych stanów medycznych. Klasyfikacja ta zawiera w poszczególnych tomach: listę tabelaryczną, wszystkie definicje, standardy, zasady i instrukcje, oraz skrócony indeks alfabetyczny pojęć medycznych, do których się odnosi. Alfnumeryczne kategorie trzyznakowe obejmujące zaburzenia depresyjne zamieszczone są w Rozdziale V ICD-10 („Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania”), w grupie zaburzeń nastroju [afektywnych] (F30-F39). Klasyfikacja podaje listę tabelaryczną włączeń i podkategorii czteroznakowych, w ramach której charakterystyka poszczególnych stanów jest uszczegóławiana. Specjalistyczna adaptacja ICD-10 dotycząca zaburzeń psychicznych podaje podkategorie pięciorazowe, które służą dodatkowemu uzupełnieniu charakterystyki rozpoznawczej danej jednostki^[33].

W przypadku zaburzeń nastroju [afektywnych] przyjmuje się, że „zaburzenia te charakteryzują się przede wszystkim zmianą afektu lub nastroju w kierunku depresji (z towarzyszącym niepokojem lub bez niepokoju) lub nastroju podwyższonego, zmianie nastroju towarzyszy zazwyczaj zmiana napędu; większość pozostałych objawów jest

albo wtórna, albo zrozumiała w kontekście zmiany nastroju i aktywności”. Ponadto: „większość tego typu zaburzeń ma charakter nawrotowy, a ich epizody często bywają spowodowane przez stresujące wydarzenia lub sytuacje”^[15].

W przypadku rozpoznania epizodu depresyjnego (F32), ICD-10 wymienia jego objawy w sposób jakościowy oraz określa minimalną ilość symptomów, jakiej stwierdzenie jest niezbędne do postawienia rozpoznania (por. Podrozdział 4.1.1.1). W obręb tej jednostki włącza się pojedynczy epizod: reakcji depresyjnej, depresji psychogennej oraz represji reaktywnej, wyłączając zaś: zaburzenia przystosowania, nawracające zaburzenia depresyjne i stany związane z zaburzeniami zachowania. Epizod depresyjny może występować jako:

- łagodny (gdy obecne są 2 lub 3 z podanych objawów, pacjent jest z tego powodu zaniepokojony, ale zwykle jest w stanie podołać większości swoich obowiązków),
- umiarkowany (gdy obecne są co najmniej 4 objawy, zaś pacjent może mieć duże trudności z wykonywaniem codziennych obowiązków),
- ciężki, bez objawów psychotycznych (gdy kilka z wymienianych objawów osiąga znaczne nasilenie, będąc źródłem przygnębienia, z typową utratą poczucia własnej wartości, niską samooceną i poczuciem winy, częstymi myślami i próbami samobójczymi, zazwyczaj z szeregiem objawów somatycznych) – tu zalicza się postacie choroby: depresję z podnieceniem, depresję dużą oraz depresję witalną (w formie pojedynczych epizodów, bez objawów psychotycznych),
- ciężki, z objawami psychotycznymi (poza objawami wymienionymi powyżej, obserwuje się omamy, urojenia, zahamowanie psychoruchowe lub osłupienie uniemożliwiające wykonywanie podstawowych codziennych czynności, zaś stan chorego traktuje się jako potencjalnie zagrażający życiu w związku z ryzykiem samobójstwa, odwodnieniem lub głodowaniem) – tu zalicza się postacie choroby: dużą depresję z objawami psychotycznymi, psychozę depresyjną psychogenną, depresję psychotyczną oraz psychozę depresyjną reaktywną (w formie pojedynczych epizodów),
- inne epizody depresyjne (rozpoznanie dotyczy depresji atypowej lub maskowanej),
- epizod depresyjny, nieokreślony (pozostałe przypadki epizodów depresyjnych, niewymienione powyżej)^[15].

Zaburzenia depresyjne nawracające (F33) według definicji przedstawionej w ICD-10 cechują się powtarzaniem się epizodów depresji opisanej jako epizod depresyjny, bez

jakichkolwiek niezależnych epizodów wzmożonego nastroju i zwiększonej energii (mania) w przeszłości, przy czym rozpoznanie nie jest wykluczane w przypadku wystąpienia krótkotrwałych stanów podwyższenia nastroju i zwiększonej aktywności (hipomania) następujących bezpośrednio po epizodzie depresyjnym, niekiedy związanych ze stosowaniem leczenia przeciwdepresyjnego. Pierwszy epizod może wystąpić w każdym wieku, począwszy od dzieciństwa. Początek zaburzenia może mieć formę ostrą lub powolną, czas trwania – od kilku tygodni do wielu miesięcy. W charakterystyce ICD-10 podkreśla się, że pojawienie się epizodu maniakalnego wymaga weryfikacji i zmiany rozpoznania. Nazwy jednostek kwalifikowanych jako zaburzenia depresyjne nawracające to: reakcja depresyjna, depresja psychogenna, depresja reaktywna i zaburzenie depresyjne zależne od pory roku – wszystkie w formie epizodów nawracających. Rozpoznanie nie obejmuje nawracających krótkotrwałych epizodów depresyjnych (F38.1 – Inne nawracające zaburzenia nastroju [afektywne])^[15]. Szczegółowe kodowanie kategorii kwalifikowanej oznaczeniem rozpoznawczym F33 określa jakość obecnie trwającego epizodu w sposób analogiczny do uszczegółowień dotyczących epizodu depresyjnego (łagodny, umiarkowany, ciężki bez albo z objawami psychotycznymi). Nazwy jednostek wymienianych w charakterze zaburzenia depresyjnego nawracającego, z obecnym epizodem depresji ciężkiej bez objawów psychotycznych to: depresja endogenna bez objawów psychotycznych, duża depresja nawracająca bez objawów psychotycznych, psychoza maniakalno-depresyjna – postać depresyjna bez objawów psychotycznych oraz depresja witalna nawracająca bez objawów psychotycznych. Z kolei w ramach zaburzenia depresyjnego nawracającego, z obecnym epizodem depresji ciężkiej z objawami psychotycznymi wymienia się: depresję endogenną z objawami psychotycznymi, psychozę maniakalno-depresyjną – postać depresyjną z objawami psychotycznymi oraz nawracające ciężkie epizody: dużej depresji z objawami psychotycznymi, psychozy depresyjnej psychogennej, depresji psychotycznej i psychozy depresyjnej reaktywnej^[15]. Poza wymienionymi odmianami rozpoznania zaburzeń depresyjnych nawracających, ICD-10 przyjmuje także rozpoznanie z uszczegółowieniem: obecnie stan remisji. Diagnoza ta obejmuje stan dotyczący pacjenta, który przebył w przeszłości co najmniej 2 epizody depresyjne, takie jak w/w, ale w okresie ostatnich kilku miesięcy nie miał objawów depresji.

Ostatnie dwa rodzaje rozpoznań określanych wspólnym kodem F33: inne nawracające zaburzenia depresyjne oraz nawracające zaburzenia depresyjne, nieokreślone – pozostają zarezerwowane dla przypadków spełniających kryteria zaburzeń depresyjnych nawracających, ale niezakwalifikowanych jako którakolwiek z w/w jednostek szczegółowych.

Do depresji jako zaburzenia odnoszą się także niektóre spośród rozpoznań kodowanych jako uporczywe zaburzenia nastroju (F34). ICD-10 definiuje je następująco: „zaburzenia nastroju, które utrzymują się przewlekłe, mają zmienne nasilenie, przy czym większość epizodów nie osiąga nasilenia pozwalającego na rozpoznanie hipomanii ani epizodów depresji łagodnej”. W niektórych przypadkach, uporczywe zaburzenia nastroju mogą współwystępować z nawracającymi lub jednorazowymi epizodami manii lub depresji^{[15],[33]}.

Rozpoznanie dystymii, która – zgodnie z opisem ICD-10 – jest przewlekłą formą depresyjnego zaburzenia nastroju, poza stwierdzeniem charakteryzowanych ilościowo i jakościowo symptomów (por. Podrozdział 4.1.1.1), wymaga spełnienia kryterium czasowego (w ICD-10 określone jako „przynajmniej kilka lat”) oraz kryterium, które mówi, że obniżenie nastroju „nie jest wystarczająco ciężkie lub w którym poszczególne epizody nie są na tyle długotrwałe, aby można było rozpoznać nawracające zaburzenia depresyjne o nasileniu ciężkim, umiarkowanym lub łagodnym”. Nazwami alternatywnymi w przypadku charakteryzowanej w ICD-10 dystymii są: nerwica depresyjna, depresyjne zaburzenia osobowości, depresja nerwicowa oraz przewlekła depresja lękowa. Rozpoznanie wykluczającym dystymię jest depresja lękowa (łagodna lub nieuporczywa), opisywana kodem F41.2 (zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane) w grupie innych zaburzeń lękowych (F41)^[15].

Kody rozpoznań poszczególnych jednostek chorobowych zaliczanych do spektrum zaburzeń depresyjnych w ICD-10 zostały przedstawione w tabeli 4.1.

Rozpoznawanie zaburzeń przebiegających z objawami lub syndromem depresyjnym, ale nie wyczerpujących kryteriów diagnostycznych depresji (np.: zaburzenie stresowe pourazowe, zaburzenia adaptacyjne, depresja psychotyczna, depresyjne zaburzenie zachowania i inne) opisywane jest w innych częściach systemu klasyfikacji ICD-10.

Wszelkie nieuwjęte powyżej szczegóły procedur związanych z diagnostyką zaburzeń depresyjnych wg ICD-10 znajdują się w dedykowanym podręczniku i innych

oficjalnych materiałach Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja dziesiąta, w tym zwłaszcza w adaptacji specjalistycznej ICD-10, dotyczącej zaburzeń psychicznych^{[15],[33]}.

5.5.1.2 Rozpoznanie zaburzeń depresyjnych według DSM-5

Opis rozpoznania poszczególnych rodzajów zaburzeń depresyjnych w DSM-5 różni się od odpowiadającej mu klasyfikacji ICD-10 przede wszystkim tym, że wyróżnione przez siebie jednostki z założenia charakteryzuje jako zjawiska kliniczne, ściślej opisując jakość ich symptomów, przebieg i inne cechy w porównaniu do ICD. DSM-5 przedstawia szereg rodzajów zaburzeń depresyjnych w złożonej formie jakościowej i ilościowej, wyróżniając przy tym uszczegółowienie dynamiki i kontekstu choroby dla celów zarówno ich analizy diagnostycznej, jak i statystyki epidemiologicznej. Ponadto, jak sama nazwa wskazuje, DSM jest systemem ścisłej klasyfikacji zaburzeń psychicznych, nie zaś ogólnomedycznych, tym niemniej w pewnym zakresie nawiązuje i odwołuje się do ogólnomedycznych przyczynowo-skutkowych zależności dotyczących depresji.

Poza określeniem kryteriów objawowych, DSM-5 jasno precyzuje również warunki czasowe oraz wykluczenia, których spełnienie jest wymogiem rozpoznania depresji zgodnie z tą ścieżką diagnostyczną. Kliniczna jakość poszczególnych jednostek chorobowych wyróżnianych w DSM, wraz z charakterystyką dynamiki, okresowości występowania, domniemanych implikacji oraz kontekstu klinicznego przebiegu została omówiona we wcześniejszych częściach niniejszej pracy, zwłaszcza w Podrozdziałach: 4.1.1.2 oraz 4.4.4.

DSM-5 w opisie poszczególnych zaburzeń ze spektrum depresji przyjmuje podejście syndromatyczne. Oznacza to, że koncentruje się na zespole objawów depresyjnych, które definiują lub wpływają na stan chorego, przy czym nie zawsze mają charakter pierwotny – mogą być wtórne np. do stanów ogólnomedycznych lub używania substancji. ICD-10 wymienia takie stany w innych częściach klasyfikacji niż te dedykowane zaburzeniom depresyjnym. Podobnie wygląda kwalifikacja zaburzeń nastroju związanych z cyklem menstruacyjnym – DSM-5 zalicza je w poczet rozpoznania

depresyjnych, zaś ICD-10 wymienia podobny stan w rozdziale dotyczącym zaburzeń układu moczowo-płciowego.

W opisach poszczególnych jednostek chorobowych DSM-5 podaje szereg warunków rozpoznania, oznaczonych kolejnymi literami alfabetu, przy czym wymienia cechy jakościowe objawów wraz z ich liczbą, której stwierdzenie jest niezbędne do postawienia diagnozy, czas trwania i pojawiania się symptomów, kontekst (np.: zauważalność przez osoby z otoczenia, jakość okresów bezobjawowych), uwagi dotyczące powodowania istotnego klinicznie cierpienia, następnie cechy różnicujące oraz warunki wykluczające, po czym zasady uszczegóławiania i kodowania rozpoznań. Wszelkie nieujęte powyżej szczegóły procedur związanych z diagnostyką zaburzeń depresyjnych wg DSM-5 znajdują się w dedykowanych oficjalnych materiałach Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego^{[12],[14],[132]}.

Kwestię uaktualnienia opisów diagnostycznych DSM w zrewidowanej wersji DSM-5-TR (2022) opisano pokrótce w Podrozdziale 4.1.1.2.

5.5.2 Skale i badania ankietowe w diagnostyce depresji dzieci i młodzieży

5.5.2.1 Charakterystyka ogólna skal i badań ankietowych w diagnostyce depresji dzieci i młodzieży

Badania ankietowe oparte na wystandaryzowanych skalach są uznanymi, powszechnie stosowanymi metodami oceny jakościowej i ilościowej symptomów depresji, syndromu depresyjnego oraz depresji jako zaburzenia. Pozwalają na dokonanie wstępnej i ogólnej analizy stanu osoby badanej, stanowiąc podstawę dla oszacowania ryzyka występowania u niej zaburzenia o charakterze depresyjnym. Kwestionariusze diagnostyczne używane są nie tylko w badaniach samoopisowych, ale często również w przypadkach potrzeby dokonania oceny osoby badanej przez innych ludzi, mających z nią dostatecznie bliski kontakt. Różne formy i rodzaje badań kwestionariuszowych cechują się różnym poziomem rzetelności i trafności w ocenie danego zjawiska, są przystosowane do badania przedstawicieli różnych grup populacyjnych, posiadają określone procedury przeliczania, analizy i klasyfikacji wyników, często dzieląc się na skale i podskale dotyczące konkretnych sfer objawowych. W zestawieniu z danymi z

badania klinicznego oraz obserwacji danej osoby, stanowią one użyteczne narzędzie w procesie diagnostycznym, jak i w monitorowaniu przebiegu terapii. Każdy rodzaj badania kwestionariuszowego, zanim zostanie dopuszczony do badań klinicznych czy naukowych, przechodzi proces standaryzacji, w celu zmaksymalizowania i zuniwersalizowania swojej wartości diagnostycznej w badaniu zarówno pojedynczych osób, jak i całych grup. Zdecydowana większość ankiet diagnostycznych ma pierwotnie formę papierową (tzw. papier-ołówek), przy czym obecnie upowszechnia się stosowanie kwestionariuszy w formie komputerowej, z dodatkiem w postaci programu obliczającego wyniki. Z reguły, udział w badaniu ankietowym polega na udzielaniu przez daną osobę odpowiedzi lub zakreślaniu właściwych zdań, ewentualnie ocenie nasilenia danej cechy w podanej skali liczbowej, za co przyznawane są punkty, które w dalszej kolejności są przeliczane na wyniki z przedziałami ufności, podlegające klasyfikacji końcowej. Wynik badania powinien być przedstawiony osobie badanej lub jej opiekunowi prawnemu w zrozumiały sposób, pisemnie lub ustnie. Wypełniony kwestionariusz, jak i sam wynik, stanowią część dokumentacji medycznej danej osoby podlegają ochronie prawnej. Użycie danej metody badawczej powinno być poprzedzone przejściem odpowiedniego szkolenia, jak i zorganizowaniem odpowiednich materiałów (egzemplarzy) ankietowych w stosownej formie i ilości, z poszanowaniem praw autorskich twórców badania. Zasady posługiwania się określonym narzędziem badawczym mającym formę kwestionariuszową przedstawione się w dedykowanym mu podręczniku, jak i w materiałach właściwych towarzystw naukowych^{[133],[134]}.

Historia opracowywania oraz używania skal i badań kwestionariuszowych mających na celu ocenę występowania i nasilenia objawów depresji u dzieci i młodzieży sięga przełomu lat 60. i 70. XX wieku, kiedy to zjawisko depresji w populacji wieku rozwojowego zostało uznane za problem kliniczny, badawczy i społeczny. Zanim to nastąpiło, zagadnienie występowania i obrazu klinicznego depresji w tej grupie wiekowej budziło wiele wątpliwości i kontrowersji ze względu na pewną niejednoznaczność symptomatologiczną, możliwą interferencję z czynnikami rozwojowymi, jak i potencjalnie odmienną w porównaniu do populacji dorosłej jakość przebiegu. Badacze zaburzeń depresyjnych, dążąc do ujednolicenia i standaryzacji metod diagnostycznych, tworzyli i udoskonalali kolejne skale badawcze depresji, posługując się uznawanymi powszechnie kryteriami. Obserwacja dzieci i adolescentów

przejawiających cechy depresyjne, które – podobnie jak w przypadku osób dorosłych – w charakterystyczny sposób obniżały jakość ich życia, pociągając za sobą wtórne skutki biomedyczne i społeczne, dała podstawę do stworzenia i stopniowego utrwalenia odmiennego jakościowo podejścia diagnostycznego w medycynie i psychologii. Podejście zindywidualizowane zyskało w końcu zaplecze strukturalne w postaci używanych powszechnie, dostosowanych do możliwości poznawczych wieku rozwojowego skal, przyjmujących kwestionariuszową formę badań ankietowych, stanowiących narzędzie, którego użyteczność w procesie badawczym i monitorowaniu klinicznym pozostaje niepodważalna^{[129],[133],[134],[135]}.

5.5.2.2 Rodzaje skal i badań ankietowych używanych w diagnostyce depresji dzieci i młodzieży

Ze względów praktycznych, w omówieniu poszczególnych przykładów ankietowych metod badawczych depresji dzieci i młodzieży wyróżnione zostaną te, których używanie jest aktualnie rekomendowane, jak i metody używane dziś rzadziej, tym niemniej stanowiące pierwowzór obecnie stosowanych. Należy zaznaczyć, że nie wszystkie skale diagnostyczne depresji dzieci i młodzieży posiadają odpowiedniki polskojęzyczne. Ponadto, część z metod pomiarowych depresji pierwotnie opracowanych w innych niż Polska krajach (np. *Depression Self-Rating Scale* DSRS Birlesona) lub początkowo przeznaczonych do badania populacji osób dorosłych (np. Skala Depresji Becka) w badaniach dzieci polskojęzycznych była używana głównie w formie eksperymentalnej i na przestrzeni kolejnych lat nie opracowano ich wersji znormalizowanych na gruncie polskiej populacji wieku rozwojowego^{[133],[136]}.

5.5.2.2.1 Inwentarz Depresji Dzieci (CDI – ang.: *Children's Depression Inventory*) Kovacs

CDI stanowi pierwowzór użytego w autorskich badaniach własnych CDI 2 (szczegółowy opis tego narzędzia diagnostycznego znajduje się w Podrozdziale 7.2.1). Pierwsza wersja badania powstała w roku 1979, ulegając stopniowym modyfikacjom w kolejnych latach (1985, 1992, 2003), co warunkowane było aktualizowaniem sposobu

podejścia i metodologii rozpoznawania zaburzeń depresyjnych w populacji dzieci i młodzieży^{[137],[138]}. Kolejne wersje CDI, stając się coraz bardziej czułymi, swoistymi, rzetelnymi i trafnymi narzędziami badawczymi depresji, zyskiwały w kolejnych dekadach coraz większe uznanie wśród klinicystów i naukowców. CDI ma stosunkowo prostą formę i treść, dostosowaną do możliwości poznawczych dzieci mających co najmniej 7 lat. W poszczególnych pozycjach kwestionariuszowych CDI, dziecko wybiera jedno z trzech zdań opisujących jego myśli i uczucia z okresu poprzedzających 2 tygodni. Za każdy wybór przyznawane są punkty (skala 0-2), których suma przekłada się na wynik ogólny, jak i wyniki całosciowe w konkretnych sferach objawowych, świadczące o jakości i nasileniu ewentualnych objawów oraz poziomie ryzyka występowania depresji u osoby badanej. Autorzy badania stworzyli zarówno wersję samoopisową, jak i wersje przeznaczone dla rodzica i/lub nauczyciela. Pełna wersja samoopisowa została również zredukowana do tzw. wersji skróconej na potrzeby prowadzenia badań przesiewowych. Przy zachowaniu odpowiednich warunków, CDI jako skala może być również wykorzystywana do diagnostyki depresji u dzieci z upośledzeniem umysłowym^[21]. Aktualnie rekomendowaną w badaniach depresji wersją CDI jest CDI 2^[135].

5.5.2.2.2 Skala Depresji Kutchera dla Młodzieży (KADS – ang.: *Kutcher Adolescent Depression Scale*)

Inną obecnie zalecaną do diagnostyki depresji w populacji wieku rozwojowego skalą jest Skala Depresji Kutchera dla Młodzieży. Jest to stosunkowo krótka skala samoopisowa, której czułość i swoistość są wystarczająco potwierdzone, zaś polskojęzyczna wersja opracowana w roku 2015 przez Mojs i wsp. Odpowiedzi udzielane przez osobę badaną nie mają formy zdań, tylko oceny poziomu nasilenia (częstości występowania) odpowiedniej cechy lub zjawiska w okresie tygodnia poprzedzającego badanie. W badaniu respondent ma ustosunkować się do 6 pytań, zaznaczając jeden dystraktor (A – prawie nigdy, B – dość często, C – przeważnie, D – zawsze), po czym za każdą odpowiedź otrzymuje odpowiednią liczbę punktów: 0, 1, 2 lub 3, które są sumowane. Przyjęto, że suma punktów wynosząca co najmniej 6 świadczy o ryzyku depresji u danego dziecka. Autorzy zalecają, by badany wypełniał

kwestionariusz w obecności osoby, która może wyjaśnić mu ewentualne wątpliwości dotyczące treści ankiety. Skala Depresji Kutchera dla Młodzieży jest narzędziem badawczym ogólnie dostępnym i wykorzystywanym dla celów diagnostyki przesiewowej^[139].

5.5.2.2.3 Children Depression Scale (CDS)

Skala CDS została opracowana w roku 1978 przez Tishera i Langa, zaś kolejne, udoskonalane jej wersje powstawały na przestrzeni następnych dekad (wersja druga – 1983, wersja trzecia – 2004). Badane dziecko ma za zadanie ocenić prawdziwość/fałszywość poszczególnych stwierdzeń, których treść odnosi się do konkretnych objawów, cech i zjawisk. Są one analizowane według podziału na kilka grup, którym odpowiadają wyniki podskal: *Affective Response* (pol.: odpowiedź afektywna), *Social Problems* (pol.: problemy społeczne), *Self-Esteem* (pol.: samoocena), *Preoccupation with Own Sickness or Death* (pol.: skoncentrowanie się na własnej chorobie lub śmierci), *Guilt* (pol.: wina), *Miscellaneous D Items* (pol.: różne cechy depresji), *Pleasure and Enjoyment* (pol.: przyjemność) i *Miscellaneous P Items* (pol.: różne cechy pozytywne). Badanie przyjmuje formę podobną do gry – dziecku prezentowane są osobno kartoniki zawierające określone stwierdzenia, zaś każdy z nich ma zostać przez nie umieszczony w jednym z pięciu odpowiednio przygotowanych pudełek, opisanych w następujący sposób: „całkowicie fałszywe”, „raczej fałszywe”, „nie wiem”, „raczej prawdziwe” oraz „całkowicie prawdziwe”. Kartoniki ze stwierdzeniami są następnie wyciągane z pudełek, a w zależności od rodzaju pudełka przypisywana jest im odpowiednia liczba punktów, które po zsumowaniu są odnoszone do norm. Narzędzie pozwala ocenić ewentualną depresyjność dziecka z perspektywy zarówno pozytywnej, jak i negatywnej, tj. odnosi się zarówno do cech charakterystycznych dla depresji (skala cech depresji), jak i charakterystycznych dla braku depresji (skala cech pozytywnych). Nowsze wersje CDS przewidują możliwość oceny stanu dziecka także przez inne osoby (np.: rodziców, opiekunów, rodzeństwo, nauczycieli) przy pomocy stosownych kwestionariuszy. CDS dedykowana jest 7-17-latkom, jednak przy zachowaniu stosownych warunków może być z powodzeniem

stosowana już u 6-letnich dzieci. Wartość diagnostyczna CDS jest zadowalająca, co potwierdzone zostało licznymi badaniami^[21].

5.5.2.2.4 Skala Depresji Reynoldsa dla Dzieci (RCDS – ang.: *Reynolds Child Depression Scale*) i Skala Depresji Reynoldsa dla Adolescentów (RADS – ang.: *Reynolds Adolescent Depression Scale*)

Reynolds opracował skalę składającą się z 30 stwierdzeń, spośród których 29 odnosi się do objawów, zaś ostatnie dotyczy scharakteryzowania przez dziecko swojego samopoczucia. Osoba badana ma za zadanie określić częstotliwość występowania na przestrzeni poprzedzających badanie 2 tygodni podawanych w treści badania zachowań, myśli, uczuć i oczekiwań w czterostopniowej skali przymiotnikowej (prawie często, czasami, często, zawsze). W ostatnim punkcie badania ma odnieść się do swojego nastroju poprzez zaznaczenie jednej z graficznie przedstawionych twarzy (min).

Udoskonaloną wersją skali Reynoldsa jest jej druga edycja (RCDS-2), opracowana dwie dekady później niż pierwsza. Skala Reynoldsa przeznaczona jest do użycia w przypadku osób przynajmniej 7-letnich i ma dwie formy: dla dzieci w wieku 7-13 lat (RCDS) i dla adolescentów w wieku 11-20 lat (RADS). Dostępna jest również jej wersja skrócona, służąca do wstępnej, przesiewowej oceny stanu dziecka. Stopień rzetelności i trafności skali Reynoldsa jest zadowalający, co potwierdzone zostało licznymi badaniami^{[21],[140]}.

5.5.2.2.5 Kwestionariusz Depresji DTK Rossmanna (Test Depresji dla Dzieci Rossmanna; niem.: *Depressionstest für Kinder*)

Kwestionariusz opracowany przez Rossmanna składa się z 55 pozycji (pytań), na które osoba badana ma odpowiedzieć twierdząco albo przecząco (tak albo nie). Dostępna jest również wersja skrócona, która zawiera 11 pytań. Udzielone odpowiedzi są analizowane przez diagnostę, który na ich podstawie ustala jakościowy i ilościowy profil objawowy ewentualnego stanu depresyjnego u osoby badanej. Symptomy dziecka analizowane są w trzech sferach objawowych (podskalach), tj.: dysforyczny nastrój i obniżona samoocena, zachowania pobudliwe (prowokujące) oraz męczliwość i inne problemy psychosomatyczne. Polska adaptacja oraz badania z użyciem DTK były

przeprowadzone przez Kliś, Pilecką oraz Wronę-Polańską. Udoskonalone, drugie wydanie tego narzędzia (DTK II) zostało opracowane w roku 2014. Swoistość i czułość skali DTK uznawana jest za zadowalającą, co sprawia, że narzędzie to może być z powodzeniem stosowane w badaniach klinicznych i naukowych. Zgodnie z zaleceniem autorskim, badanie przy użyciu DTK może obejmować dzieci w granicach wiekowych 8-14 lat^[141].

5.5.2.2.6 *Bellevue Index of Depression (BID)*

Ling, Oftedal i Weiberg opracowali ustrukturalizowany wywiad, który został zmodyfikowany przez Pettiego i służył do celów diagnostyki depresji u dzieci w wieku 6-12 lat jako *Bellevue Index of Depression* (BID). Pierwotnie wywiad składał się z 40 pytań, które nawiązywały do charakterystyki depresji osób dorosłych, odnosząc się jednocześnie także do problemów typowych dla depresji u dzieci i młodzieży (np.: zaburzenia snu, dolegliwości fizyczne, zachowania agresywne, zmiany w funkcjonowaniu szkolnym, zmiany apetytu i wagi). Stopień nasilenia poszczególnych objawów oceniany był w skali 0-3, zaś czas ich trwania w skali 3-stopniowej. Zrewidowana wersja BID-R zawiera 26 pozycji, według których nasilenie poszczególnych objawów ocenia się w skali 1-5, a długość okresu ich występowania w skali 1-3. Miarę depresji odzwierciedla suma ocen dokonanych w obu wymiarach. Z założenia, wywiad BID prowadzony jest z dzieckiem przez specjalistę (psycholog, psychiatrę). Dostępna jest wersja badania przeznaczona do wypełniania przez rodziców i nauczycieli^[21].

5.5.2.2.7 *Children Depression Rating Scale (CDRS)*

CDRS jest przykładem skali, która została opracowana na podstawie metody badawczej dedykowanej pierwotnie osobom dorosłym (w tym przypadku Skali Depresji Hamiltona). Twórcami tego narzędzia badawczego są Poznanski i wsp. Skala pozwala na ocenę ilościową i jakościową (obecność i stopień nasilenia) objawów depresji u dziecka. Z założenia, przeznaczona jest do badania populacji dzieci 6-12-letnich i zawiera pozycje, których treść koncentruje się na typowych dla tego okresu wiekowego

symptomach depresyjnych (np.: problemy szkolne, zaburzenia snu). Badanie skalą CDRS polega na przeprowadzeniu wywiadu i obserwacji niewerbalnego zachowania dziecka. Udział w badaniu mogą brać również rodzice, opiekunowie, nauczyciele itp. Nowsze analizy dowodzą, że zrewidowana wersja tej metody badawczej (CDRS-R) może być z powodzeniem stosowana również u starszych nastolatków^{[21],[142],[143]}.

5.5.2.2.8 Kwestionariusz do Pomiaru Depresji (KPD)

W 2015 roku Łojek, Stańczak i Wójcik opracowały KPD – kwestionariuszową metodę badawczą służącą do diagnostyki depresji u osób dorosłych i młodzieży w wieku 16-19 lat, przeznaczoną do używania przez psychologów. Kwestionariusz składa się z 75 stwierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się na 4-stopniowej skali odpowiedzi. Wyniki przedstawiane są na pięciu skalach: Deficyty poznawcze i utrata energii (DPUE), Myślenie o śmierci, pesymizm i alienacja (MSPA), Poczucie winy i napięcie lękowe (PWNL), Objawy psychosomatyczne i spadek zainteresowań (OPSZ) oraz Samoregulacja (SR), ponadto obliczany jest wynik ogólny, który odzwierciedla globalne nasilenie ewentualnych objawów depresyjnych. Metoda ta cechuje się zadowalającym poziomem wskaźników trafności oraz rzetelności, i jako taka może być z powodzeniem używana do przeprowadzania badań przesiewowych, klinicznych i naukowych^[144].

5.5.2.2.9 Krakowski Inwentarz Depresyjny (KID)

Zespół Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Akademii Medycznej w Krakowie pod kierownictwem Bomby skonstruował narzędzie badawcze na potrzeby diagnostyki depresji u dzieci i młodzieży w kolejnych fazach dorastania, określane jako Krakowski Inwentarz Depresyjny. Charakterystyka poszczególnych objawów, do których odnosi się inwentarz objawowy (IO) KID dostosowana jest do form ich ekspresji, specyficznych ze względu na wiek respondentów należących do poszczególnych grup: wczesnej, średniej i późnej fazy adolescencji. Z kolei arkusz obserwacyjny (AO) KID przeznaczono dla rodziców i opiekunów dzieci wczesnoszkolnych. Poszczególne części KID różnią się formą i treścią, zależnie od tego, do jakiej grupy są adresowane. KID był

używany w poprzecznych badaniach populacyjnych zwłaszcza w latach 80. XX wieku, jak również w analizie podłużnej w 15- i 30-letniej obserwacji osób badanych (1981-1985, 2000, 2015) i do czasów obecnych znajduje zastosowanie w badaniach naukowych^{[50],[120],[145],[146]}.

5.5.2.2.10 Skala Symptomów Depresyjnych Dziecka Manifestowanych w Klasie Szkolnej (w Środowisku Domowym)

Bauer opracował listę stwierdzeń odnoszących się do ewentualnych objawów manifestowanych przez dziecko funkcjonujące w szkolnej relacji z nauczycielami i rówieśnikami, lub w środowisku domowym. Lista zawiera 20 pozycji, zaś osobą wypełniającą kwestionariusz może być wychowawca, nauczyciel, rodzic, opiekun itp. Do każdego ze stwierdzeń, respondent ustosunkowuje się zaznaczając liczbę w skali 0-2, która ma odzwierciedlać nasilenie danej cechy w przypadku konkretnego dziecka w okresie poprzedzających badanie 2 tygodni. Rola, badając właściwości psychometryczne tego narzędzia, dowiódł zadowalającego stopnia jego rzetelności i trafności w ocenie depresyjności zarówno dzieci, których rozwój intelektualny przebiega prawidłowo, jak i tych z upośledzeniem umysłowym^[21].

Poza opisanym wyżej narzędziem diagnostycznym, skalami wykorzystywanymi przez nauczycieli do oceny dzieci pod kątem m.in. występowania ewentualnych stanów depresyjnych są np.: *Behavior Evaluation Scale-2* (McCarney, Leigh), *Behavior Disorders Identification Scale* (Wright), *A Teacher Report Form* (Achenbach), *Teacher Affect Rating Scale* (Peti)^[21]. Omówienie przydatności i warunków stosowania poszczególnych skal wykracza poza ramy niniejszej pracy.

5.5.2.2.11 *Peer Nomination Inventory of Depression* (PNID)

Tą metodę oceny depresyjności dzieci poprzez zwrócenie się do ich rówieśników stworzyli Lefkowitz i Tesiny. PNID składa się z 20 stwierdzeń, które odnoszą się do konkretnych cech, podzielonych na 4 kategorie: symptomy emocjonalne, poznawcze, motywacyjne i wegetatywne. 14 stwierdzeń odwołuje się do depresji w

sposób bezpośredni, 4 do stopnia zadowolenia i 2 do popularności dziecka w grupie rówieśniczej. PNID jako narzędzie badawcze charakteryzuje się zadowalającymi wskaźnikami psychometrycznymi, a uzyskane wyniki okazują się dobrymi predyktorami osiągnięć szkolnych, poziomu samooceny, poziomu popularności i satysfakcji z kontaktów z rówieśnikami. Czynnikiem, które według przeprowadzonych dotychczas badań z użyciem PNID w szczególny sposób wiążą się z obecnością depresji u dziecka są: poczucie samotności, przygnębienie, poczucie nieadekwatności^{[21],[147]}.

5.5.2.2.12 Skale pomiaru ogólnej psychopatologii

Liczne narzędzia badawcze, mające zastosowanie w diagnostyce różnych stanów i zaburzeń psychicznych, wykazują się różnego stopnia czułością i swoistością w wykrywaniu cech depresyjnych u osób badanych. Choć charakterystyka cech związanych z ewentualną depresją dziecięcą nie jest zasadniczym celem stosowania tych metod diagnostycznych, to często stanowi ona w takich przypadkach część całościowej oceny funkcjonowania dziecka w ramach danej metody. Poszczególne skale mogą zawierać wyodrębnione podskale odnoszące się do depresji, mogą również służyć analizie występowania i nasilenia określonych jej objawów, jak i cech czy zjawisk im towarzyszących. W zestawieniu z wynikami badań dedykowanych zaburzeniom depresyjnym, wyniki uzyskane przy użyciu innych skal mogą okazać się użyteczne w procesie diagnostyki różnicowej^[21], jak i szczególnie istotne w przypadku oceny koncentrującej się na subiektywnej samoobserwacji dziecka^[12].

Omówienie właściwości każdej z takich metod badawczych wykracza poza założone ramy niniejszej pracy. Tym niemniej, dla celów poznawczych, zostaną wymienione poszczególne ich przykłady^{[134],[148]}:

- *Personality Inventory for Children* (PIC) (Whirt, Lachar, Klinedist, Seat),
- *The Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach),
- *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children* (K-SADS) (Puig-Antich, Ryan),
- *Child Assessment Schedule* (CAS) (Hodges),
- *Interview Schedule for Children* (ISC) (Kovacs, Beck),
- *Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised* (Shafer i wsp.),

- *The Hopelessness Scale for Children* (HPLS) (Kazdin, French, Unis, Esveltd-Dawson, Sherick),
- *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (Harvard Medical School),
- *Rosenberg Self-Esteem Scale* (SES) (Rosenberg),
- *Patient Health Questionnaire* (PHQ) (Spitzer, Williams, Kroenke),
- *Mood and Feelings Questionnaire* (MFQ) (Angold, Costello),
- *DSM-5 Level 1 Cross-Cutting Symptom Measures* (DSM-XC) (American Psychiatric Association).

5.6 Metody terapeutyczne stosowane w zaburzeniach depresyjnych populacji wieku rozwojowego

Leczenie zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży opiera się przede wszystkim na postępowaniu niefarmakologicznym, które polega na poddaniu dziecka (i ewentualnie jego rodziców lub opiekunów) psychoedukacji oraz psychoterapii. Proces terapii zwykle wymaga zaangażowania ze strony osób bliskich dziecku, w tym głównie rodziców lub opiekunów, jak również do pewnego stopnia wychowawców czy nauczycieli. W części przypadków niezbędne jest włączenie leczenia farmakologicznego, jednak traktować je należy jako uzupełnienie metod niefarmakologicznych. W określonych sytuacjach możliwe, a nawet celowe jest także włączenie innych rodzajów terapii antydepresyjnej, w tym zastosowanie tzw. metod biologicznych. W każdym przypadku depresji należy w miarę możliwości podejmować próby interwencji przyczynowej, polegającej na eliminacji lub redukcji nasilenia tak zewnątrz-, jak i wewnątrzpochodnych czynników działających na dziecko prodepresyjnie (np.: modyfikacja warunków środowiskowych, leczenie chorób towarzyszących). Według źródeł amerykańskich, najlepsze efekty leczenia depresji w populacji wieku rozwojowego uzyskuje się przy połączeniu metod psychologicznych i farmakologicznych^{[20],[149]}.

Leczenie dzieci i młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi odbywa się głównie w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. W sytuacjach, gdy objawy choroby są bardzo nasilone, np. w przypadku zagrażających życiu zachowań autoagresywnych lub tendencji samobójczych, jak i wobec braku możliwości

prowadzenia systematycznego leczenia i kontroli osoby chorej w warunkach ambulatoryjnych, konieczna może okazać się obserwacja i terapia w warunkach szpitalnych. Celem rozpoczęcia terapii, należy uzyskać zgodę na leczenie od rodzica (przedstawiciela ustawowego) dziecka, samego pacjenta (jeśli ukończył 16 lat), a w razie pilnej potrzeby i braku możliwości uzyskania zgody wyżej wymienionych – sądu rodzinnego. W stanie zagrożenia życia, pacjent może i powinien być objęty leczeniem nawet pomimo braku uzyskania odpowiednich zgód, jednak wówczas, o podjęciu leczenia należy poinformować sąd rodzinny^{[2],[150]}.

5.6.1 Psychoedukacja

Psychologiczna edukacja pacjentów małoletnich leczonych z powodu zaburzeń depresyjnych powinna być dostosowana do ich wieku i możliwości poznawczych, oraz połączona z odpowiednim uświadomieniem rodziców i opiekunów. Istotą psychoedukacji jest przede wszystkim dostarczenie wiedzy dotyczącej powiązań emocji, przekonań i zachowań, natury i przebiegu choroby, samoobserwacji, planowanego leczenia (w tym jego możliwych interakcji i działań niepożądanych) oraz spodziewanych zmian wynikających z procesu terapii. Rzetelna psychoedukacja wpływa na jakość życia osoby chorej oraz współpracę z terapeutą. Jakość edukacji psychologicznej powinna być adekwatna do stanu osoby chorej i na bieżąco aktualizowana w związku z zachodzącymi u niej w przebiegu procesu zmianami^[37].

Amerykańska Akademia Psychiatrii Dzieci i Młodzieży (AACAP – ang.: *American Academy Child and Adolescent Psychiatry*) rekomenduje prowadzenie działań psychoedukacyjnych w stosunku do małoletnich pacjentów leczonych z powodu depresji, jak i ich rodziców, bez względu na to, czy uczestniczą jednocześnie w innej terapii. AACAP kładzie w tym zakresie nacisk na współpracę nie tylko z rodzicami, ale również z instytucjami oświatowymi. Uświadomienie członków rodziny i wychowawców na temat choroby oraz terapii dziecka ma polegać m.in. na poinstruowaniu ich w jaki sposób postępować z dzieckiem, kiedy i w jakim zakresie mobilizować je do określonej aktywności, w jakich przypadkach okazywać większą cierpliwość i wyrozumiałość. Wsparciem dla prawidłowej psychoedukacji może być także stosowna, skierowana do pacjentów, ich opiekunów i wychowawców literatura

(np. poradniki) dotycząca zaburzeń depresyjnych w wieku rozwojowym^{[37],[48],[151],[152],[153],[154],[155],[156]}.

5.6.2 Psychoterapia

Psychoterapia dziecka, u którego rozpoznano depresję może odbywać się w różnych formach i być prowadzona przez terapeutów pracujących w różnych nurtach. Główne formy, jakie może przybierać psychoterapia, to: terapia indywidualna, terapia grupowa oraz terapia rodzinna. Poza tym, sposób prowadzenia terapii może być dyrektywny lub niedyrektywny. Uważa się, że korzystne efekty przynosi łączenie i jednocześnie stosowanie różnych form psychoterapii, co ma znaczenie zwłaszcza u małych dzieci, w przypadku których wyłącznie indywidualne podejście terapeutyczne bez zaangażowania rodziców lub opiekunów zwykle nie przynosi istotnych pozytywnych efektów. Ogólnie, wpływ systemu rodzinnego na dziecko ma fundamentalne znaczenie tak w powstawaniu, jak i przeciwdziałaniu zaburzeniom depresyjnym, stąd celowe wydaje się włączanie członków rodziny chorego dziecka do procesu terapeutycznego. Z kolei, w przypadkach osób mających problem zwłaszcza z samoakceptacją oraz samooceną, wycofanych społecznie i unikających kontaktu, cenna okazuje się grupowa forma terapii.

Uważa się, że dziecko, u którego rozpoznano zaburzenie depresyjne, powinno być objęte psychoterapią jak najwcześniej. Celem terapii jest w pierwszej kolejności zredukowanie nasilenia objawów ostrej fazy choroby, następnie podtrzymanie poprawy i zapobieganie nawrotom. Jeśli stan kliniczny pacjenta jest na tyle ciężki, że inicjacja psychoterapii jest znacząco utrudniona czy wręcz niemożliwa, wówczas celowe jest rozpoczęcie leczenia od farmakoterapii, która z czasem, po osiągnięciu zamierzonego efektu wstępnego, jest uzupełniana o właściwą formę psychoterapii. Pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą powinno towarzyszyć odpowiednie wsparcie środowiskowe pacjentów, przynajmniej do pewnego stopnia kontrolowane i optymalizowane z udziałem terapeuty.

Do głównych podejść psychoterapeutycznych o dowiedzionej skuteczności w leczeniu dzieci i młodzieży z depresją należą: terapia poznawczo-behawioralna, psychoterapia interpersonalna i terapia rodzinna oparta na więzi. Poza wymienionymi, stosuje się

również m.in. psychoterapię psychodynamiczną, a w pewnych przypadkach opcjonalnie terapię humanistyczną, eklektyczną, terapię akceptacji i zaangażowania, terapię dialektyczno-behawioralną, terapie oparte na uważności i inne^{[37],[48],[149]}.

5.6.2.1 Terapia poznawczo-behawioralna

Psychoterapia w nurcie poznawczo-behawioralnym (terapia kognitywno-behawioralna, CBT – ang.: *Cognitive-Behavioral Therapy*) opiera się na założeniu, że człowiek przeżywa emocje i przejawia zachowania zależne od wyuczonego schematu reagowania na otoczenie i sytuacje, w jakich się znajduje. Schemat ten terapeuci CBT określają jako system weryfikacji rzeczywistości. W myśl tego założenia, osoba w depresji przeżywa stany psychiczne i zachowuje się zgodnie z odpowiednim, nieadaptacyjnym schematem, który nabyła w jakimś momencie swojego życia. Dysfunkcjonalne przekonania i wynikające z nich zmiany w psychice prowadzą u takiej osoby do pojawienia się problemów natury indywidualnej i społecznej. Zadaniem CBT jest zatem w pierwszej kolejności rozpoznanie powiązanych z zasadniczym problemem przekonań, na jakich opiera się pacjent, zaś w dalszej pracy terapeutycznej – oduczenie pacjenta niewłaściwych schematów myślowych i zastąpienie ich innymi, bardziej pożądanymi, korzystniejszymi, realistycznymi i adekwatnymi. Wpływ na zmianę poznawczą ma na celu wywołanie zmian emocjonalnych oraz behawioralnych, czyli dotyczących przeżyć i zachowań pacjenta. Ma to skutkować zredukowaniem dyskomfortu i eliminacją chorobowych samoograniczeń.

CBT jest terapią ukierunkowaną na cel, ustrukturyzowaną i opartą na współdziałaniu. Pacjent i terapeuta koncentrują się na rozwiązaniu konkretnych problemów w możliwie krótkim czasie. Proces terapeutyczny zwykle obejmuje do kilkudziesięciu spotkań, odbywających się raz na tydzień. Techniki, jakimi posługują się terapeuci CBT to m.in.: dialog sokratejski (zadawanie pacjentowi kolejnych pytań, które pomagają mu identyfikować błędy lub zafałszowania we własnym myśleniu), zapis myśli (uważna, świadoma i zdystansowana analiza własnych myśli w celu samodzielnego odkrywania błędów i zniekształceń w ich treści), zadania domowe (doświadczalne weryfikowanie własnych przekonań, prowadzące do wyprowadzenia z powielanego dotychczas błędu), ekspozycja (świadome, celowe i planowane narażenie się na obiekt wywołujący

negatywne emocje, mające na celu odnajdywanie adaptacyjnych sposobów radzenia sobie w konfrontacji z nim), przeformułowanie poznawcze (stopniowe przekształcanie niefunkcjonalnych przekonań w takie, które służą danej osobie)^[60].

Terapia poznawczo-behawioralna jest z powodzeniem stosowana w leczeniu depresji oraz innych zaburzeń nastroju, ponadto m.in.: zaburzeń lękowych, zaburzeń odżywiania czy uzależnień. W przypadku depresji u młodych osób sprawdza się zarówno w okresie aktywnego epizodu, jak i w profilaktyce nawrotów^[37]. W leczeniu depresji u dzieci młodszych (5-11 lat) indywidualna CBT często jest wdrażana jako metoda pierwszego wyboru. Wobec depresyjnej młodzieży nastoletniej z reguły preferowana jest ograniczona w czasie (2-3 miesiące) grupowa forma CBT^[157].

Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej potwierdzono w wielu badaniach klinicznych^[158]. W badaniach randomizowanych wykazano dobre efekty CBT w leczeniu dzieci i młodzieży z depresją o umiarkowanym i łagodnym nasileniu. Jej efektywność w przypadku epizodów ciężkich, jak i redukcji ryzyka samobójczego jest natomiast kontrowersyjna^[159].

Programy leczenia adolescentów z depresją oparte na nurcie poznawczo-behawioralnym to np.: poznawczo-behawioralna terapia grupowa depresji młodzieńczej (CWD-A – ang.: *Adolescent Coping With Depression*), trening wzmocnienia pierwotnej i wtórnej kontroli u młodzieży z depresją (PASCET – ang.: *Primary and Secondary Control Enhancement Training*), program leczenia depresji młodzieńczej ACTION, modułowa terapia poznawczo-behawioralna dla dzieci i młodzieży z depresją (ang.: *Modular CBT for Children and Adolescents with Depression*)^{[37],[48]}.

5.6.2.2 Psychoterapia interpersonalna

Psychoterapia interpersonalna (IPT – ang.: *Interpersonal Psychotherapy*) została opracowana jako efekt programu badań nad depresją w latach 70. XX wieku. To podejście terapeutyczne łączy elementy psychoanalityczne (znaczenie doświadczeń wczesnodziecięcych) oraz typową dla nurtu poznawczo-behawioralnego analizę bieżących stresorów środowiskowych. ITP jest zasadniczo terapią krótkoterminową, koncentrującą się na konkretnym problemie oraz aktualnych relacjach międzyludzkich i sytuacji życiowej pacjenta. Postępowanie przeciwdepresyjne w ITP opiera się na

uczeniu pacjenta radzenia sobie w trudnych sytuacjach, poprawianiu jego relacji z innymi ludźmi i rozpoznawaniu jego mocnych stron. Dedykowana dla depresyjnej młodzieży wersja IPT-A (ang.: *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*) jest poszerzona o analizę problemową związaną z niepełnością rodziny oraz procedurę dotyczącą pracy z rodzicami.

Skuteczność psychoterapii interpersonalnej w leczeniu adolescentów z depresją potwierdzono w kilku badaniach klinicznych. Dowiedziono, że IPT-A przynosi pozytywne efekty antydepresyjne zwłaszcza w zakresie poprawy ogólnego funkcjonowania społecznego oraz umiejętności radzenia sobie z problemami interpersonalnymi^{[37],[48]}.

5.6.2.3 Terapia rodzinna oparta na więzi

Ten rodzaj psychoterapii, określany anglojęzycznym skrótowcem ABFT (ang.: *Attachment-Based Family Therapy*), został pierwotnie opracowany do pracy z depresyjnymi adolescentami i ich rodzinami. ABFT jest zalecana m.in. w przypadkach wysokiego ryzyka popełnienia samobójstwa^[159] lub gdy inne metody psychoterapeutyczne nie okazały się wystarczająco skuteczne. Cykl terapeutyczny w założeniu składa się z kilkunastu spotkań, po jednym na tydzień.

Celem terapii rodzinnej opartej na więzi jest udzielenie wsparcia adolescentom oraz ich rodzicom w odbudowie naruszonych więzi rodzinnych, zaufania i bezpieczeństwa emocjonalnego w relacjach. Po odbudowie prawidłowych więzi, rodzina może stać się dla dorastającego człowieka podstawą dla rozwoju zachowań pozytywnych, z zachowaniem odpowiedniego stopnia autonomii.

Badania kliniczne potwierdzają skuteczność ABFT w leczeniu depresyjnej młodzieży, w tym osób z towarzyszącymi zaburzeniami lękowymi, nasilonymi tendencjami samobójczymi, po dokonanych próbach samobójczych, jak i tych, które przeżyły traumę molestowania seksualnego^[37].

5.6.2.4 Psychoterapia psychodynamiczna

Psychoterapia psychodynamiczna (ang.: *Psychodynamic Psychotherapy*), jest formą leczenia skupiającą się na sprzecznych dążeniach różnych warstw osobowości pacjenta. Zgodnie z klasyczną teorią psychoanalizy zakłada, że problemy psychologiczne mogą być wynikiem braku możliwości zdrowej manifestacji nieuświadomionych pragnień i popędów, które poszukując uzewnętrznienia mogą doprowadzić do nasilonego dyskomfortu wewnętrznego. Odnalezienie i przepracowanie przyczyn cierpienia pozawala na uwolnienie pacjenta od objawów depresji oraz innych zaburzeń (np.: nerwic, zaburzeń osobowości, zaburzeń odżywiania). Istota pracy terapeutycznej bazuje na dynamice przeżyć psychicznych pojawiających się w zespole pacjent-terapeuta.

Psychoterapia psychodynamiczna może odbywać się w dwóch formach: krótkoterminowej (STPP – ang.: *Short-term Psychodynamic Psychotherapy*) oraz długoterminowej (LTPP – ang.: *Long-term Psychodynamic Psychotherapy*). Sesje terapeutyczne odbywają się 1-2 razy w tygodniu, zaś ścisły czas trwania procesu terapii jest zindywidualizowany.

Midgley i wsp. oraz Goodyer i wsp. podkreślają skuteczność pracy w nurcie psychodynamicznym w leczeniu dzieci i młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi, również przy współistnieniu innych zaburzeń^{[37],[48]}.

5.6.2.5 Inne rodzaje psychoterapii

W leczeniu zaburzeń depresyjnych dzieci i młodzieży, w określonych sytuacjach stosuje się również inne rodzaje psychoterapii (np.: humanistyczna, eklektyczna). Nie wszystkie podejścia terapeutyczne mają dowiedzioną i potwierdzoną naukowo efektywność w terapii depresji w tej grupie wiekowej. Część z nich jest obecnie w trakcie testów, których wyniki są obiecujące. Należą do nich np.: terapia akceptacji i zaangażowania (ACT – ang.: *Acceptance and Commitment Therapy*), terapia dialektyczno-behawioralna (DBT – ang.: *Dialectical Behavior Therapy*) i terapie oparte na uważności (terapia poznawcza oparta na uważności, MBCT – ang.: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* oraz redukcja stresu oparta na uważności, MBSR – ang.: *Mindfulness-Based Stress Reduction*)^[37]. Omówienie wymienionych podejść terapeutycznych wykracza poza założone ramy teoretyczne niniejszej pracy.

5.6.3 Farmakoterapia

W przypadku dzieci i młodzieży z rozpoznaną depresją, środki farmakologiczne włącza się do terapii w sytuacjach, gdy nasilenie objawów istotnie utrudnia osobie chorej funkcjonowanie, jak i wobec braku efektu podejmowanych interwencji psychoterapeutycznych. Farmakoterapię w zaburzeniach depresyjnych osób małoletnich traktuje się jako uzupełnienie terapii psychologicznej, tym niemniej, w epizodach ciężkich, gdy nawiązanie kontaktu terapeuty z pacjentem jest znacząco utrudnione lub wręcz niemożliwe, leki mogą być włączone przed rozpoczęciem psychoterapii w celu wstępnego uzyskania kontroli nad objawami choroby^[160]. Podobna sytuacja może mieć miejsce także w przypadku depresji z objawami psychotycznymi, w epizodzie depresyjnym w przebiegu ChAD, u osób wykazujących znaczne, aktywne ryzyko samouszkodzeń lub samobójstwa, czy też wobec związanego z objawami depresji poważnego pogorszenia ogólnego stanu zdrowia (np.: ciężkie niedożywienie, zaniedbanie leczenia chorób przewlekłych). Przyjmuje się, że terapia łączona (farmakoterapia i psychoterapia) może być wdrożona od samego początku leczenia u młodzieży w wieku 12-18 lat^[157]. Należy jednak pamiętać, że pierwsze istotne i ewidentne efekty antydepresyjne uzyskuje się zwykle po kilku (zazwyczaj co najmniej 3-4) tygodniach regularnego stosowania leku, zaś w czasie pierwszych dni kuracji może dochodzić do wystąpienia objawów niepożądanych, a nawet pojawienia się objawów paradoksalnych (pogorszenie nastroju, nasilenie myśli samobójczych). W czasie farmakoterapii wskazana jest regularna kontrola specjalistyczna – częstsza na początku leczenia, a w późniejszym okresie z reguły odbywająca się co około 3 miesiące. W doborze leku należy mieć na uwadze możliwość interakcji z innymi przyjmowanymi przez pacjenta preparatami, stosowanym np. w przypadkach współistniejących zaburzeń psychicznych. Odstawianie leków antydepresyjnych powinno odbywać się stopniowo przez okres około 6-12 tygodni. Obserwacje kliniczne wydają się wskazywać na to, że leczenie farmakologiczne zaburzeń depresyjnych u dzieci może być nieco mniej skuteczne niż w przypadku młodzieży i osób dorosłych, co związane jest z mniejszym stopniem dojrzałości OUN oraz układów enzymatycznych odpowiedzialnych za metabolizm leków w tej grupie wiekowej^{[12],[48],[157]}.

5.6.3.1 Selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny

Lekami najczęściej stosowanymi w leczeniu zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży są selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny, do których zalicza się m.in.: fluoksetynę, sertralinę, fluwoksaminę, citalopram i escitalopram. Mechanizm działania leków tej grupy polega na wybiórczym blokowaniu wychwyty cząsteczek serotoniny ze szczeliny synaptycznej, co prowadzi do zwiększenia jej stężenia pomiędzy neuronami. SSRI przyczyniają się do aktywizacji pacjenta i redukcji objawów depresji, nie powodując nadmiernej sedacji. Profil ich działania u dzieci i młodzieży uznawany jest za bezpieczny, zaś ewentualne objawy niepożądane (głównie: nudności, wymioty, biegunka, ból głowy, bezsenność, zaburzenia koncentracji, drżenie mięśniowe, wzmożona potliwość) są miernie nasilone i z reguły szybko ustępują^[161]. Lekiem pierwszego wyboru w leczeniu zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży jest fluoksetyna, zarejestrowana do stosowania u osób od 8. roku życia. Lekami drugiego wyboru, wprowadzanymi do leczenia najczęściej wobec braku skuteczności fluoksetyny, są: sertralina i citalopram. Sertralina zarejestrowana jest w leczeniu depresji dopiero od 18. roku życia (w leczeniu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych od 6. roku życia), natomiast citalopram – od 18. roku życia (choć potwierdzono jego skuteczność w pozarejestracyjnym leczeniu depresji u dzieci i młodzieży)^{[12],[48],[157]}.

5.6.3.2 Trójcykliczne leki przeciwdepresyjne

Środki z grupy trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych używane są w leczeniu depresji dzieci i młodzieży rzadziej niż SSRI. Do TLPD zalicza się m.in.: imipraminę, amitryptylinę, klomipraminę, doksepinę i opipramol. Mechanizm działania tych leków polega m.in. na blokowaniu wychwyty zwrotnego amin biogennych (głównie noradrenaliny i serotoniny) z przestrzeni synaptycznej. Skutkuje to zwiększeniem pobudzenia układu noradrenergicznego i układu serotoninergetycznego w OUN. Antydepresyjnym efektem kuracji lekami z grupy TLPD mogą towarzyszyć nieco bardziej nasilone niż w przypadku SSRI objawy niepożądane, związane m.in. z blokowaniem cholinergicznym. Do najczęściej obserwowanych objawów

niepożądanych TLPD zalicza się m.in. powikłania ze strony układu krążenia (np. wydłużenie QTc [skorygowany odstęp QT] w badaniu elektrokardiograficznym) i narządu wzroku. Środki z tej grupy stosuje się relatywnie częściej w przypadku depresji z towarzyszącymi zaburzeniami lękowymi oraz objawami somatycznymi^[161]. Amitryptylina jest zarejestrowana do leczenia dzieci i młodzieży od 16. roku życia, doksepina – od 12. roku życia. Pozostałe leki mogą być stosowane off-label^{[12],[48],[157]}.

5.6.3.3 Inne środki farmakologiczne

Leki innych grup, stosowane w leczeniu zaburzeń depresyjnych u osób dorosłych (np.: inhibitory monoaminooksydazy, inhibitory wychwyty zwrotnego noradrenaliny i serotoniny, inhibitory zwrotnego wychwyty noradrenaliny i dopaminy, czteropierścieniowe leki przeciwdepresyjne, leki modulujące i stymulujące przekąźnictwo serotoninowe) nie są standardowo używane w kuracji antydepresyjnej u dzieci i młodzieży, głównie ze względu na brak dostatecznej jakości i ilości badań potwierdzających ich skuteczność i bezpieczeństwo w tej grupie wiekowej. Część z nich jest w określonych przypadkach stosowana poza rejestracją (np. wenlafaksyna). Omówienie ich działania i zastosowań wykracza zatem poza ramy teoretyczne niniejszej pracy.

W pewnych sytuacjach, zależnie od przebiegu i kontekstu klinicznego syndromu depresyjnego, do leczenia włącza się leki innych grup, pierwotnie dedykowane innym niż depresja schorzeniom (np.: leki stabilizujące nastrój, neuroleptyki, leki przeciwlękowe i inne).

Jako uzupełnienie farmakoterapii depresji nierzadko stosuje się również preparaty ziołowe oraz suplementy diety, takie jak np.: ekstrakty z dziurawca, kozłka lekarskiego i miłorzębu dwuklapowego, kwasy tłuszczowe omega-3, acetyl-L-karnityna, S-adenozylometionina, witamina D, magnez i inne. Nie są one jednakże zaliczane w sposób bezpośredni do szerokiej gamy środków leczenia depresji, a jedynie używane są ze względu na swoje działanie protekcyjne i wspomagające metabolizm, przede wszystkim na podstawie obserwacji i doświadczeń poszczególnych klinicystów i terapeutów^{[37],[149],[150]}. Rzetelna analiza i udokumentowanie wpływu podobnych

substancji na redukcję objawów depresyjnych wymaga dalszych, odpowiednio zaplanowanych i przygotowanych badań.

5.6.4 Biologiczne metody terapeutyczne

5.6.4.1 Chronoterapia

Jednym z rodzajów metod wspomagających w leczeniu zaburzeń depresyjnych, zwłaszcza w przypadku depresji sezonowej, jest chronoterapia, którą definiuje się jako kontrolowany wpływ na rytm biologiczny, mający na celu uzyskanie efektu leczniczego w postaci redukcji nasilenia objawów. Wyróżnia się kilka metod chronobiologicznych: terapię jasnym światłem, deprywację snu, przyspieszenie fazy snu oraz zintegrowane terapie chronobiologiczne^[37].

Terapia jasnym światłem (BLT – ang.: *bright light therapy*) jest metodą o potwierdzonym efekcie przeciwdepresyjnym, zarówno w przypadku depresji sezonowej, jak i depresji niesezonowej. Polega ona na ekspozycji narządu wzroku na białe światło o określonym natężeniu (2500–10000 luksów) przez określony czas (2–0,5 godziny). Stosowana jest zwykle przez okres minimum 2 tygodni, w godzinach porannych. Antydepresyjny mechanizm działania BLT jest wiązany z wpływem na wydzielanie melatoniny oraz funkcjonowanie jąder nadskrzyżowaniowych (SCN – ang.: *suprachiasmatic nuclei*), pełniących rolę wewnętrznego regulatora rytmów biologicznych. BLT jest metodą dobrze tolerowaną i pozbawioną poważnych efektów niepożądanych. W leczeniu młodych ludzi z depresją stosuje się ją głównie jako uzupełnienie podstawowych form terapii^[37].

Element terapii przeciwdepresyjnej, jakim może być deprywacja snu (SD – ang.: *sleep deprivation*), w swojej zasadniczej formie polega na pominięciu jednego cyklu snu nocnego. Oznacza to, że dana osoba pozostaje w stanie czuwania przez około 36 godzin, bez możliwości drzemek. Selektywna deprywacja snu polega z kolei na skróceniu jednej z faz snu, co w konsekwencji prowadzi do wydłużenia fazy snu NREM (faza snu o wolnych ruchach gałek ocznych; ang.: *non-rapid eye movement*). Giedke i wsp. wykazali, że efekt przeciwdepresyjny można osiągnąć w ten sposób poprzez deprywację snu między godziną 3 a 5 w nocy. Zastosowanie w leczeniu zaburzeń

depresyjnych różnych form deprivacji snu powinno być zintegrowane z innymi metodami terapeutycznymi, gdyż izolowany wpływ na rytm dobowy nie przynosi długotrwałych efektów klinicznych. Deprivacja snu powoduje efekt antydepresyjny m.in. poprzez: wzmocnienie przekąźnictwa noradrenergicznego, dopaminergicznego i serotonergicznego, wpływ na układ glutaminergiczny oraz stymulację osi hormonalnych. Jest metodą stosowaną niezależnie od wieku pacjenta, jednak niezalecaną w przypadku możliwości wystąpienia poważnych objawów niepożądanych (np.: napad drgawkowy, epizod maniakalny). Metodą wspomagającą lecznicze efekty deprivacji snu jest przyspieszenie fazy snu (SPA – ang.: *sleep phase advance*), które powoduje synchronizację faz snu z innymi rytmemi biologicznymi^{[37],[48]}.

Wu i wsp. oceniają efekty kuracji przeciwdepresyjnej jako znacznie lepsze w przypadku zintegrowania terapii chronobiologicznych z leczeniem farmakologicznym w porównaniu do izolowanej farmakoterapii. Gest i wsp. potwierdzają skuteczność zastosowania zintegrowanych metod chronoterapeutycznych w leczeniu depresji u pacjentów młodocianych^[37].

5.6.4.2 Elektroterapia

W przypadkach ciężkiej, lekoopornej postaci depresji zastosowanie od dziesiętków lat znajduje terapia elektrowstrząsowa (EW lub ECT – ang.: *electroconvulsive therapy*), uważana za najskuteczniejszą metodę leczenia biologicznego w psychiatrii, również wśród młodzieży^[37], choć nie jest metodą rekomendowaną u dzieci w wieku 5-11 lat^[157]. Jest ona wdrażana do leczenia zwłaszcza wówczas, gdy inne metody okazują się nieskuteczne lub przeciwwskazane, jak i w sytuacji potrzeby pilnej poprawy stanu pacjenta. Działanie EW na OUN skutkuje m.in.: zwiększeniem przepływu krwi w mózgu, zwiększeniem przepuszczalności bariery krew-mózg, zwiększeniem wydzielania neuropeptydów i hormonów podwzgórzowych, normalizacją osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej. Ponadto EW wpływa pośrednio na: syntezę i metabolizm noradrenaliny oraz serotoniny, zmianę wrażliwości receptorów, metabolizm wapnia oraz transdukcję sygnału w komórkach i inne procesy. Terapia elektrowstrząsowa jest obarczona pewnymi działaniami niepożądanymi (np.: zmiany ciśnienia krwi i częstości akcji serca, zaburzenia funkcji poznawczych), jednak

są one z reguły krótkotrwałe i niezbyt nasilone. Ewentualne zastosowanie EW wiąże się także z określonymi przeciwwskazaniami (np.: wysokie ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, nowotwór wewnątrzczaszkowy, ciężkie wady zastawkowe serca, ciężkie zaburzenia metaboliczne, niektóre wady narządu wzroku, aktywne zapalenie płuc)^{[37], [48]}.

5.6.4.3 Aktywność fizyczna i postępowanie dietetyczne

W ostatnich latach coraz więcej uwagi poświęca się prozdrowotnym efektom aktywności fizycznej i stosowania prawidłowo zbilansowanej diety. Poza niewątpliwie pozytywnymi efektami somatycznymi, kwestie te mają ogromne znaczenie również w przeciwdziałaniu zaburzeniom psychicznym, w tym depresji, przez co mogą stanowić uzupełnienie procesu jej leczenia.

Istnieją doniesienia, że regularna, dostosowana do indywidualnych możliwości aktywność fizyczna przyczynia się do poprawy nastroju oraz redukcji napięcia emocjonalnego zarówno u osób zdrowych, jak i chorych, co przynosi efekt w postaci polepszenia ich codziennego funkcjonowania. Kvam i wsp. wykazali, że ćwiczenia fizyczne (np.: chodzenie, bieganie, jazda na rowerze, ćwiczenia oporowe i siłowe) istotnie redukują nasilenie objawów i poprawiają samopoczucie u depresyjnych osób, zarówno dotychczas nieleczonych, jak i leczonych standardowo. Stella i wsp. ustalili, że w przypadku osób nastoletnich najkorzystniej na zmniejszanie nasilenia symptomów depresji wpływają ćwiczenia aerobowe. Dodatkową zaletą stosowania zoptymalizowanej aktywności fizycznej przez młode, potencjalnie depresyjne osoby, jest jej pozytywny wpływ na ogólny rozwój psychofizyczny. Neurofunkcjonalne mechanizmy odpowiedzialne za poprawę samopoczucia i funkcjonowania u osób aktywnych fizycznie to przede wszystkim: regulacja czynności osi hormonalnych, stymulacja neurogenezy, wzrost stężenia czynników neurotroficznych, tryptofanu, serotoniny i endokannabinoidów (np. anandamidu), polepszenie ukrwienia OUN, regulacja stresu oksydacyjnego i procesów neurozapalnych. Ze względu na swoje efekty przeciwdepresyjne, ćwiczenia fizyczne są obecnie rekomendowane m.in. przez Światową Organizację Zdrowia jako uzupełniający element leczenia zaburzeń depresyjnych^{[37], [162]}.

Prawidłowo zbilansowana pod względem jakościowym i ilościowym dieta ma fundamentalne znaczenie dla codziennego funkcjonowania psychofizycznego. Odpowiednio zróżnicowane, regularnie spożywane posiłki pomagają przeciwdziałać zarówno spadkom nastroju, zaburzeniom aktywności, jak i innym objawom zaburzeń depresyjnych. Osoby młode walczące z depresją powinny stosować dietę w oparciu o podstawowe zasady zdrowego żywienia. Ich posiłki powinny być maksymalnie odżywcze, ponadto powinny mieć potencjał przeciwzapalny i wspierać prawidłowe funkcjonowanie flory jelitowej^[163].

Według pewnych przesłanek, składnikami pożywienia, które mogą wspomagać leczenie depresji, jak i profilaktykę antydepresyjną, są np.: kwasy omega-3 (zawarte m.in. w: siemieniu lnianym, oleju rzepakowym, orzechach włoskich, tłustych rybach i owocach morza), witaminy grupy B (zwłaszcza kwas foliowy, zawarty m.in. w: zielonych warzywach liściastych, fasoli, orzechach i pełnoziarnistych produktach zbożowych, oraz witamina B12, zawarta m.in. w: nabiale, jajkach i mięsie), witamina D (zawarta m.in. w: tłustych rybach, grzybach i jajkach, poza tym wymagająca suplementacji, szczególnie w okresie jesienno-zimowym), magnez (zawarty m.in. w: pełnoziarnistych produktach zbożowych, orzechach i nasionach roślin strączkowych), cynk (zawarty m.in. w: kaszy gryczanej, fasoli, pestkach dyni, migdałach i wątróbce), tryptofan (zawarty m.in. w: bananach, awokado, pestkach dyni, pistacjach, płatkach owsianych, nabiale, jajkach, tuńczyku i kurczaku), polifenole (zawarte m.in. w: warzywach, jagodach, kakao, kawie i herbacie) i kofeina (zawarta m.in. w: kawie i herbacie). Należy podkreślić, że w celu wspomagania efektów przeciwdepresyjnych, wskazane jest eliminowanie bądź redukcja w diecie produktów wysoko przetworzonych, ubogich w błonnik i witaminy, oraz bogatych w: nasycone kwasy tłuszczowe, cukier i sól.

Istotne we wspomaganiu leczenia i profilaktyce depresji molekularne obszary działania składników odżywczych, to przede wszystkim: neuroprotekcja (np. polifenole), synteza serotoniny (np. tryptofan), wspomaganie przewodnictwa nerwowego (np.: kwasy omega-3, kofeina), działanie przeciwzapalne i antyoksydacyjne (np.: kwasy omega-3, cynk)^{[164],[165]}.

Rzetelna analiza i udokumentowanie wpływu różnych składników diety tak na redukcję, jak i na wyzwalanie objawów depresyjnych w różnych grupach demograficznych wymaga dalszych, odpowiednio zaplanowanych i przygotowanych badań.

5.6.5 Leczenie zaburzeń współistniejących z depresją

Jak zaznaczono wcześniej (por. m.in. Podrozdziały: 4.3 i 4.5.1.7), zaburzenia depresyjne dość często współwystępują z innymi chorobami i problemami zdrowotnymi, mogą przyczyniać się do nasilenia objawów istniejących zaburzeń psychicznych i somatycznych, jak i nasilać się pod wpływem innych chorób. Stąd, istotne w przeciwdziałaniu depresji jest również leczenie i zapobieganie zaburzeniom współistniejącym.

Farmakoterapia skierowana przeciwko objawom depresji powinna uwzględniać przeciwdziałanie towarzyszącym jej zaburzeniom psychiatrycznym i odwrotnie. Część leków przeciwdepresyjnych, przy długotrwałym stosowaniu przyczynia się do łagodzenia symptomów zaburzeń lękowych (np. SSRI), jak i problemom somatyzacyjnym (np. TLPD). Z kolei leki przeciwlękowe (np. benzodiazepiny) łagodzą nasilenie negatywnych stanów emocjonalnych w przebiegu zaburzeń lękowo-depresyjnych, zaś część leków przeciwpsychotycznych (np. neuroleptyki nowych generacji) wspomaga działanie antydepresantów w leczeniu ciężkich stanów depresyjnych, które przebiegają z urojeniami. Również leczenie chorób somatycznych powinno uwzględniać ewentualnie współistniejącą depresję, a leczeniu depresji powinno towarzyszyć przeciwdziałanie chorobom somatycznym. Stosowanie leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych sprzyja łagodzeniu dyskomfortu towarzyszącego chorobom przewlekłym, co z kolei przeciwdziała pogarszaniu się stanu emocjonalnego chorych. Leczenie zaburzeń hormonalnych i metabolicznych, przyczyniając się do normalizacji profilu hormonalnego i biochemicznego, sprzyja prawidłowemu rozwojowi psychofizycznemu, utrzymaniu właściwego rytmu dobowego i dobrego samopoczucia. Rehabilitacja oraz poprawianie funkcjonowania fizycznego osób niepełnosprawnych lub ofiar wypadków przyczynia się do polepszenia ich samooceny oraz wzrostu motywacji do podejmowania nowych aktywności. Z kolei, redukcja nasilenia symptomów depresyjnych sprzyja poprawie samopoczucia fizycznego, jak i szybszemu oraz trwalszemu ustępowaniu objawów chorób somatycznych.

Psychoterapia ukierunkowana na depresję powinna uwzględniać ewentualne towarzyszące jej zaburzenia psychiczne i przybierać zoptymalizowaną, zależną od nich

formę. Różne wersje terapii poznawczo-behawioralnej mogą przynosić pozytywny efekt w leczeniu jednocześnie występującej depresji i zaburzeń lękowych. Podobnie, psychoterapia interpersonalna może odnieść skutek w redukowaniu nasilenia symptomów depresji i towarzyszących zaburzeń lękowych uogólnionych oraz napadów lęku panicznego, nie jest jednak zalecana w leczeniu fobii społecznych. Towarzyszące depresji nadużywanie substancji psychoaktywnych wymaga podjęcia interwencji psychospołecznych, a często też łączenia różnych rodzajów terapii. Praca psychoterapeutyczna powinna uwzględniać również samopoczucie chorego związane z ewentualnie występującymi u niego zaburzeniami somatycznymi. Terapia osób młodych z depresją i zaburzeniami współistniejącymi może przybierać formę kilku różnych podejść: psychoterapii ukierunkowanej (na leczenie depresji), terapii łączonych (np. grupowej i rodzinnej CBT), terapii sekwencyjnych (zależnie od nasilenia objawów poszczególnych zaburzeń), terapii modułowej i transdiagnostycznej^{[20],[37],[159],[166]}.

CZĘŚĆ II

6. Cele i plan pracy badawczej

6.1 Cele przeprowadzenia badania

6.1.1 Cele naukowo-badawcze

Cele naukowo-badawcze niniejszej pracy sformułowano w postaci następujących pytań:

I Jaka jest częstość występowania istotnie klinicznie (wysoko lub bardzo wysoko) nasilonych ogólnych cech (syndromu) depresji w populacji badanej, z uwzględnieniem poszczególnych wyodrębnionych grup demograficznych ?

II Jakie badane cechy (symptomy) depresji (o nasileniu istotnym klinicznie, czyli wysokim lub bardzo wysokim) wśród osób populacji badanej, u których stwierdzono potencjalnie przynajmniej podwyższone ryzyko występowania depresji, występują najczęściej ?

III Jakie są główne czynniki ryzyka występowania istotnie klinicznie (wysoko lub bardzo wysoko) nasilonych ogólnych cech (syndromu) depresji w populacji badanej ?

IV Jakie są główne czynniki ryzyka występowania poszczególnych badanych cech (symptomów) depresji wśród osób populacji badanej, u których stwierdzono potencjalnie przynajmniej podwyższone ryzyko występowania depresji ?

V W jakim stopniu poszczególne badane cechy (symptomy) depresji współwystępują ze sobą u osób populacji badanej, u których stwierdzono potencjalnie przynajmniej podwyższone ryzyko występowania depresji ?

VI W jaki sposób różnią się od siebie oceny stanu potencjalnie depresyjnych osób populacji badanej dokonane przez różnych respondentów biorących udział w badaniu (dzieci, rodzice/opiekunowie, nauczyciele) ?

Zmiennymi demograficznymi charakteryzującymi poszczególne grupy biorące udział w badaniu są: dzieci 7-14 lat (cała grupa), płeć (żeńską/męską), wiek (7-12/13-14 lat), skumulowanie płci i wieku (dziewczeta 7-12 lat/chłopcy 7-12 lat/dziewczeta 13-14 lat/chłopcy 13-14 lat).

Badanymi poszczególnymi cechami (symptomami) depresji są: negatywny nastrój / objawy somatyczne, niska samoocena, brak efektywności, problemy interpersonalne (tylko w pełnym badaniu samoopisowym) oraz problemy emocjonalne, problemy w funkcjonowaniu i ogólne cechy depresji (w pełnym badaniu samoopisowym, badaniu z udziałem rodzica/opiekuna i badaniu z udziałem nauczyciela).

6.1.2 Dodatkowe cele prozdrowotne

Badanie populacyjne ma celu przeciwdziałanie zaburzeniom depresyjnym w populacji dzieci i młodzieży w ogóle, oraz w szczególności u dzieci biorących w nim udział. W związku z tym, rodzic lub opiekun prawny każdego z dzieci badanych został osobiście poinformowany o wyniku badania oraz zaleceniach (terapeutycznych i profilaktycznych) przez osobę prowadzącą badanie. Raport z badania indywidualnego dziecka przekazywany rodzicowi lub opiekunowi prawnemu miał formę pisemną i uwzględniać dokładną analizę wyników uzyskanych przez dziecko, wraz z ich interpretacją oraz propozycjami dalszego postępowania. Zapewniono możliwość pilnej kontroli specjalistycznej w przypadkach wymagających niezwłocznej interwencji psychologiczno-psychiatrycznej.

6.2 Plan i przebieg pracy badawczej

Badanie populacji dzieci uczących się w szkołach podstawowych podzielono na 2 zasadnicze etapy:

- etap I – przesiewowy,
- etap II – szczegółowy.

Etap przesiewowy objął całą dostępną populację uczniowską leżajskich szkół podstawowych. Jego celem było wyodrębnienie tych dzieci, co do których, na podstawie uzyskanego wyniku i przyjętego progu istotności klinicznej, mogło zachodzić uzasadnione podejrzenie występowania zespołu depresyjnego. W tym etapie wykorzystano ankiety do samoopisu w wersji skróconej. Badanie w etapie I odbyło się na terenie szkół, w czasie lekcji szkolnych. Po przeprowadzeniu badania przesiewowego, informację o jego wyniku i dalszym zaleceniu przekazywano w formie pisemnej bezpośrednio rodzicowi/opiekunowi prawnemu dziecka.

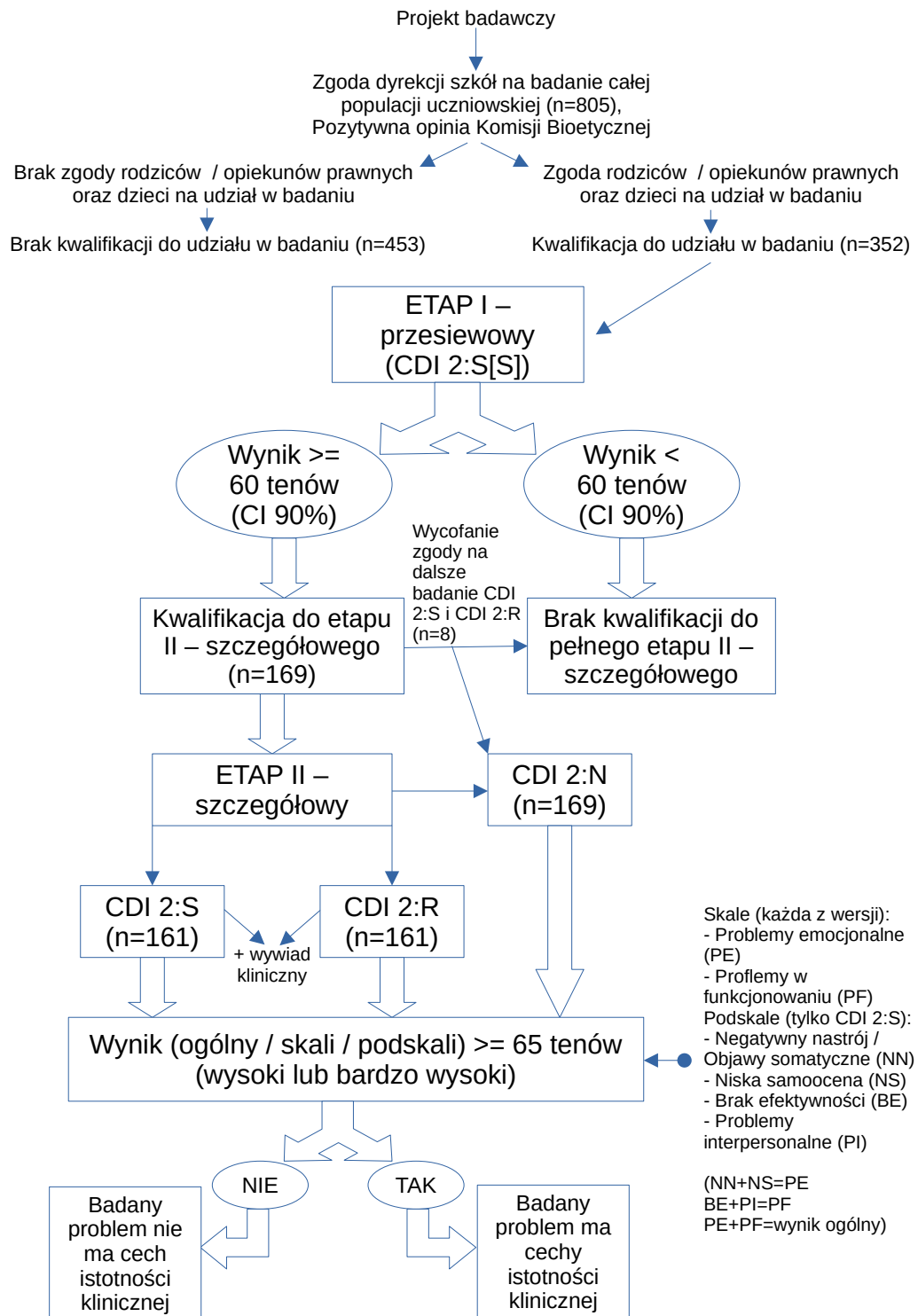
Etap II był skierowany do dzieci, które w etapie przesiewowym uzyskały wynik świadczący o ryzyku występowania istotnego klinicznie zespołu depresyjnego. Miał on na celu bardziej szczegółową analizę stanu osób, co do których podejrzenie potencjalnej depresji nie mogło zostać wykluczone po badaniu przesiewowym. W etapie II wykorzystano ankiety do samoopisu w wersji pełnej, a ponadto, celem rozszerzenia perspektywy badawczej, ankiety do oceny dziecka przez rodzica/opiekuna oraz ankiety do oceny dziecka przez nauczyciela. Etap szczegółowy odbywał się na terenie szkół, po godzinach lekcji szkolnych i był uzupełniony stosownym wywiadem klinicznym. Analiza uzyskanych w tym etapie wyników wraz z ich interpretacją i zaleceniami w formie indywidualnej została zawarta w pisemnych raportach z badania dzieci, które przekazano bezpośrednio ich rodzicom/opiekunom prawnym.

Wyniki uzyskane w obu etapach zostały zanonimizowane, zapisane w programie komputerowym i zbiorczo przekazane do analizy statystycznej.

Badanie dzieci w szkołach rozpoczęto w dniu 17.10.2022 r. i przeprowadzono w sposób zindywidualizowany, w standardowych warunkach, zgodnie z założonym planem. W czasie prowadzenia badania w szkołach, część spośród badanych dzieci ze względu na swój stan zdrowia była na bieżąco kierowana do poradni zdrowia psychicznego lub do szpitala, celem rozszerzenia diagnostyki i ewentualnego włączenia terapii.

Rycina 1 ilustruje schematycznie przebieg badania, zgodnie z założonym planem.

Rycina 1: Schemat przebiegu realizacji projektu badawczego



n – liczebność grupy

CI – confidence interval (pol.: przedział ufności)

7. Materiał i metody badawcze

7.1 Materiał badawczy

7.1.1 Populacja docelowa badania

Badaniem populacyjnym ukierunkowanym w sposób ogólny na ocenę ryzyka występowania depresji wśród dzieci szkół podstawowych objęto populację uczniowską wszystkich trzech szkół podstawowych w Leżajsku – kilkunastotysięcznym mieście powiatowym położonym w województwie podkarpackim:

- Zespołu Szkolno-Przedszkolnego nr 1 (Szkoła Podstawowa nr 1 im. Mikołaja Kopernika, ul. Grunwaldzka 1),
- Zespołu Szkolno-Przedszkolnego nr 2 (Szkoła Podstawowa nr 2 im. Władysława Broniewskiego, ul. A. Mickiewicza 51 oraz ul. M. Curie-Skłodowskiej 8),
- Szkoły Podstawowej nr 3 im. ks. kard. Stefana Wyszyńskiego (ul. 11 Listopada 6).

Badanie było skierowane do całej populacji uczniowskiej klas II-VIII. Uczniowie klas I, z racji spodziewanej niewystarczającej umiejętności czytania i rozumienia tekstu ankiet diagnostycznych nie zostali objęci badaniem.

7.1.2 Kryteria włączenia i wyłączenia z badania

Do kryteriów włączenia dziecka do udziału w etapie I badania należały (wymagane spełnienie wszystkich kryteriów):

- uczęszczanie do szkoły podstawowej (klasy: II-VIII) w Leżajsku,
- wiek dziecka mieszczący się w przedziale 7-18 lat,
- zgoda rodzica/opiekuna prawnego oraz dziecka na udział w badaniu.

Do kryteriów włączenia dziecka do udziału w etapie II badania należały (wymagane spełnienie wszystkich kryteriów):

- kryteria włączenia jak w przypadku etapu I,

- uzyskanie w etapie I wyniku wynoszącego co najmniej 60 tenów (w przedziale ufności 90%).

Do kryteriów wyłączenia dziecka z udziału w etapie I badania należały (wymagane spełnienie co najmniej jednego kryterium):

- nieuczęszczanie do szkoły podstawowej w Leżajsku,
- uczęszczanie do klasy I,
- wiek dziecka niemieszczący się w przedziale 7-18 lat,
- brak zgody rodzica/opiekuna prawnego lub dziecka na udział w badaniu,
- brak współpracy ze strony dziecka lub rodzica/opiekuna prawnego w czasie badania.

Do kryteriów wyłączenia dziecka z udziału w etapie II badania należały (wymagane spełnienie co najmniej jednego kryterium):

- kryteria wyłączenia jak w przypadku etapu I,
- nieuzyskanie w etapie I wyniku wynoszącego co najmniej 60 tenów (w przedziale ufności 90%).

W przypadku etapu II przewidziano również sytuację wycofania zgody rodzica/opiekuna prawnego lub dziecka na udział w części badania (np. z użyciem jednej lub dwóch z trzech możliwych wersji ankietowych). W takim przypadku dziecko miało być wyłączone z tej części badania, co do udziału w której zgoda została wycofana, natomiast badanie miało być przeprowadzone tylko w tej części, co do udziału w której zgoda nie została wycofana.

7.1.3 Charakterystyka populacji objętej badaniem

7.1.3.1 Etap I (przesiewowy)

Spośród całej populacji dzieci klas II-VIII uczących się w w/w szkołach podstawowych (łącznie 805), uzyskano zgody na udział w badaniu w 353 przypadkach. W jednym przypadku, pomimo uzyskania wstępnej zgody rodzica, dziecko nie podjęło współpracy w czasie badania, o czym rodzic został poinformowany

w sposób bezpośredni – dziecko wyłączone z udziału w badaniu. Tym samym ostateczna ilość zgód na udział w badaniu dotyczyła 352 dzieci.

W tabeli 7.1 zawarto charakterystykę populacji dzieci objętych badaniem w etapie przesiewowym.

Tabela 7.1: <i>Charakterystyka grupy dzieci objętych badaniem w I etapie</i>	Ilość osób (n)	Średni wiek [lata]	Mediana wieku [lata]	Minimalny wiek [lata]	Maksymalny wiek [lata]	Odchylenie standardowe wieku [lata]	p (dot. różnicy wieku)
Cała grupa dzieci	352	10,44	10	7	14	2,022	
Dzieci młodsze (7-12 lat)	285	9,76	10	7	12	1,583	<0.001
Dzieci starsze (13-14 lat)	67	13,37	13	13	14	0,487	
Dziewczęta	188	10,61	11	7	14	2,022	0,105
Chłopcy	164	10,26	10	7	14	2,0118	
Dziewczęta młodsze (7-12 lat)	148	9,85	10	7	12	1,549	0,296
Chłopcy młodszy (7-12 lat)	137	9,66	10	7	12	1,619	
Dziewczęta starsze (13-14 lat)	40	13,42	13	13	14	0,500	0,292
Chłopcy starsi (13-14 lat)	27	13,29	13	13	14	0,465	

7.1.3.2 Etap II (szczegółowy)

Zgodnie z sugestią twórców narzędzia badawczego, zasadniczym kryterium kwalifikacji danego dziecka do etapu II badania było osiągnięcie przez nie w etapie

przesiewowym wyniku, którego przedział ufności 90% zawierał wartość co najmniej 60 tenów.

Spośród 352 dzieci biorących udział w badaniu przesiewowym, do badania szczegółowego zakwalifikowano 169 dzieci. W przypadku 6 z nich, rodzic/opiekun prawny podjął decyzję o wycofaniu się z udziału w badaniu szczegółowym samoopisowym i z wykorzystaniem wersji ankietowej dla rodzica, co poświadczono pisemnie. W przypadku 2 spośród zakwalifikowanych do badania szczegółowego dzieci, pomimo kilkukrotnej próby, nie udało się nawiązać współpracy z ich rodzicem/opiekunem prawnym. W związku z powyższym, łącznie 8 dzieci zakwalifikowanych do badania szczegółowego nie zostało objętych pełnym badaniem samoopisowym oraz badaniem z wykorzystaniem wersji ankietowej dla rodzica. Stąd, pełnym badaniem szczegółowym objęto sumarycznie 161 dzieci, zaś w przypadku pozostałych 8 wykorzystano jedynie wersję ankietową dla nauczyciela.

W tabeli 7.2 zawarto charakterystykę populacji dzieci zakwalifikowanych do badania szczegółowego na podstawie wyniku badania uzyskanego w etapie przesiewowym.

Tabela 7.2: <i>Charakterystyka grupy dzieci zakwalifikowanych do badania w II etapie</i>	Ilość osób (n)	Odsetek badanych danej grupy w I etapie	Średnia wieku [lata]	Mediana wieku [lata]	Mini malny wiek [lata]	Mak syma lny wiek [lata]	Odchylenie standardowe wieku [lata]	p (dot. różnicy wieku)
Cała grupa zakwalifikowanych dzieci	169	48,01 %	10,88	11	7	14	2,116	
Zakwalifikowane dzieci młodsze (7-12 lat)	117	41,05 %	9,78	10	7	12	1,553	<0,001
Zakwalifikowane dzieci starsze (13-14 lat)	52	77,61 %	13,36	13	13	14	0,486	
Zakwalifikowane dziewczęta	80	42,55 %	11,50	12	7	14	2,074	0,0001
Zakwalifikowani chłopcy	89	54,27 %	10,33	10	7	14	2,011	
Zakwalifikowane dziewczęta młodsze (7-12 lat)	46	31,08 %	10,06	10	7	12	1,554	0,0119
Zakwalifikowani chłopcy młodszy (7-12 lat)	71	51,82 %	9,60	10	7	12	1,535	
Zakwalifikowane dziewczęta starsze (13-14 lat)	34	85 %	13,44	13	13	14	0,503	0,125
Zakwalifikowani chłopcy starsi (13-14 lat)	18	66,67 %	13,22	13	13	14	0,427	

7.2 Metody

7.2.1 Children's Depression Inventory 2 (CDI 2)

Podstawową metodą badawczą wykorzystaną w badaniu był zestaw kwestionariuszy ankietowych polskojęzycznej wersji Children's Depression Inventory 2 (CDI 2):

- w etapie I (przesiewowym) – Skrócona Wersja do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S[S]),
- w etapie II (szczegółowym) – Wersja do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S), Wersja dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R) oraz Wersja dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N).

Do pomiaru nasilenia ewentualnych objawów zaburzeń depresyjnych użyto skali tenowej (0-100) z przedziałem ufności 90%, zgodnie z zaleceniem twórców metody badawczej. W skali tenowej prawidłowość interpretacji jest w tym przypadku następująca: im wynik liczbowy jest wyższy, tym nasilenie ewentualnych objawów, a tym samym ryzyko występowania depresji interpretuje się jako większe. Ogólną interpretację i znaczenie wyników w skali tenowej, zgodnie z zaleceniem autorów CDI 2, przyjęto jako następującą:

- <40 tenów – wynik niski (świadczy o niższym niż przeciętne nasileniu ewentualnych problemów),
- 40-59 tenów – wynik średni (świadczy o przeciętnym nasileniu ewentualnych problemów),
- 60-64 teny – wynik podwyższony (świadczy o nieco większym niż przeciętne nasileniu ewentualnych problemów),
- 65-69 tenów – wynik wysoki (świadczy o znacząco większym niż przeciętne nasileniu ewentualnych problemów),
- 70 i więcej tenów – wynik bardzo wysoki (świadczy o bardzo dużym nasileniu ewentualnych problemów).

Przyjęto również (zgodnie z zaleceniem autorów CDI 2), że wynik wynoszący co najmniej 65 tenów świadczy o istotnym klinicznie nasileniu badanego problemu (objawów) oraz możliwym istotnym ogólnym ryzyku występowania depresji.

Uzyskanie przez poszczególne dzieci wyników tenowych mieszczących się w różnych przedziałach klasyfikacyjnych (dla określonej sfery objawowej) pozwala traktować różnicę w nasileniu ich ewentualnych problemów jako istotną klinicznie.

Grupy wiekowe występujące w badaniu (7-12 lat i 13-14 lat) wyróżniono zgodnie ze specyfiką i podziałem skal narzędzia badawczego. Należy zaznaczyć, że CDI 2 pierwotnie charakteryzuje grupę dzieci starszych jako osoby w wieku 13-18 lat, jednak z racji objęcia badaniem wyłącznie uczniów szkół podstawowych, w grupie starszej w praktyce znalazły się jedynie dzieci w wieku ukończonych 13 i 14 lat.

Narzędzie badawcze Children's Depression Inventory 2 (CDI 2) zostało szerzej przedstawione i opisane poniżej.

7.2.1.1 Ogólna charakterystyka CDI 2

Zestaw kwestionariuszy Children's Depression Inventory 2 (CDI 2) jest wystandaryzowanym, uznawanym międzynarodowo kompletem narzędzi diagnostycznych, służącym do oceny występowania i nasilenia symptomów depresyjnych u dzieci i młodzieży w wieku 7-18 lat. Jak każde narzędzie diagnostyczne przyjmujące formę badania ankietowego, CDI 2 stanowi jedną ze składowych całościowej oceny diagnostycznej konkretnego dziecka. Kwestionariusze CDI 2 pozwalają określić obecność syndromu, rozumianego jako zbioru objawów możliwego zaburzenia depresyjnego. Tym niemniej, stwierdzenie występowania objawu czy zespołu objawów takiego zaburzenia, nie stanowi o jego pewnym rozpoznaniu. Może świadczyć np. o innej chorobie, niepożądanych działaniach leków lub po prostu nie wyczerpywać zasadniczych klinicznych kryteriów diagnostycznych choroby. Wysoki wynik uzyskany w badaniu przy użyciu CDI 2 z pewnością świadczy o stanie depresyjnym, jednak nie decyduje o pewnym rozpoznaniu zaburzenia. Nie zmienia to faktu, że wynik uzyskany w badaniu CDI 2 jest niezmiernie wartościowym czynnikiem w procesie diagnostycznym i ocenie ryzyka występowania zaburzenia depresyjnego. Pełne badanie, posługujące się oceną konkretnej osoby z kilku perspektyw (samoopis, ocena przez rodzica/opiekuna i ocena przez nauczyciela), daje szczegółowy obraz stanu, w jakim znajduje się dane dziecko. W odróżnieniu od prostych skal ilościowych, przedstawiających wynik liczbowy, który na zasadzie proporcjonalnego dopasowania świadczy o nasileniu konkretnej cechy, badanie kwestionariuszowe CDI 2 pozwala odnieść uzyskany wynik do norm populacyjnych z uwzględnieniem zmiennych demograficznych, takich jak płeć i wiek. Przeliczenie surowych wyników uzyskanych w

badaniu i odniesienie ich do norm tenowych, uwzględniających wiek i płeć, pozwala na porównanie nasilenia objawów u osób cechujących się różnymi wartościami w tym zakresie.

Za najważniejszą w ocenie dziecka uważa się (pełną) wersję samoopisową. Skrócona wersja samoopisowa jest wykorzystywana zwykle w populacyjnych badaniach przesiewowych. Pozostałe dwa kwestionariusze (dla rodzica i dla nauczyciela) stanowią uzupełnienie wersji samoopisowych o informacje uzyskane od osób mających kontakt z dzieckiem na co dzień lub na tyle często i regularnie, że treść ich obserwacji może stanowić istotny czynnik w procesie diagnostycznym.

Struktura i zawartość CDI 2 jest dostosowana do wieku. Autorzy położyli szczególny nacisk na minimalizację stopnia trudności cechującego badanie w taki sposób, by treść jego poszczególnych pozycji oraz opcjonalność wyboru były stosunkowo proste w odbiorze. Ponadto, charakter pytań odnoszący dane zjawisko do grupy rówieśniczej pozwala na odzwierciedlenie danego objawu w sposób typowy dla grupy wiekowej.

CDI 2 znajduje zastosowanie praktyczne zarówno w indywidualnym procesie diagnostycznym, jak i w badaniach grupowych. Skala może być używana w warunkach szpitalnych, jak i ambulatoryjnych, dla potrzeb klinicznych oraz w ramach badań naukowych. Zakres informacji uzyskiwanych na podstawie prawidłowego wypełnienia ankiet CDI 2 gwarantuje uchwycenie symptomów doświadczanych przez dzieci cierpiące z powodu większego zaburzenia depresyjnego, jak i zaburzenia dystymicznego, definiowanych zgodnie z kryteriami przyjętymi w ramach uniwersalnie stosowanych klasyfikacji zaburzeń chorobowych. Dowiedziona została użyteczność CDI 2 również w przewidywaniu ryzyka samobójczego^[167].

Załącznik do zestawu kwestionariuszy CDI 2 stanowi dedykowany podręcznik, w którym zawarte są m.in.: charakterystyka narzędzia diagnostycznego, opis procedur jego stosowania, obliczania i interpretacji wyników, jak i tabelaryczne dane liczbowe służące ich przeliczaniu i klasyfikacji^[135].

7.2.1.2 Opracowanie i polska normalizacja CDI 2

Children's Depression Inventory 2 (CDI 2), autorstwa Marii Kovacs i zespołu Multi-Health Systems, jest udoskonaloną wersją uprzednio stosowanej skali CDI (por.

Podrozdział 5.5.2.2.1), która była jednym z najpowszechniej używanych w diagnostyce i najczęściej cytowanych w opracowaniach naukowych dotyczących zaburzeń depresyjnych narzędzi samoopisowych do oceny depresji u dzieci i młodzieży. Założeniem CDI była użyteczność praktyczna ankiety samoopisowej, uwzględniającej kryteria rozpoznawcze depresji odpowiadające jej charakterystyce w wieku rozwojowym w sposób adekwatny i dostosowany do możliwości poznawczych potencjalnych respondentów.

Oryginalna, anglojęzyczna wersja Children's Depression Inventory 2, została przetłumaczona na język polski i zaadaptowana do różnych możliwości diagnostycznych w warunkach polskich. Badania normalizacyjne i walidacyjne polskiej adaptacji realizowano w latach 2013-2014 na grupie około 1000 osób. Polską próbę normalizacyjną dobrano w sposób kwotowy, z uwzględnieniem takich danych demograficznych, jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania i wykształcenie matki, obejmując dzieci i młodzież z 15 województw. Opracowane na podstawie powyższych analiz dane zostały uporządkowane i zamieszczone w odpowiednich tabelach, stanowiąc załącznik do kwestionariuszy CDI 2 w opublikowanym w roku 2017 podręczniku dotyczącym polskiej wersji badania, wraz z ilościową i jakościową charakterystyką badanej populacji w rozdziale poświęconym właściwościom psychometrycznym CDI 2^[135].

Analogiczne procesy dostosowania norm CDI 2 do lokalnych warunków zostały przedsięwzięte i przeprowadzone w wielu krajach, grupach językowych i w kontekście różnych kultur^[168].

7.2.1.3 Struktura narzędzia diagnostycznego i procedura diagnostyczna CDI 2

Pełny zestaw CDI 2 składa się z 4 niezależnych kwestionariuszy. Z założenia autorskiego, 2 z nich są przeznaczone do wypełnienia przez dziecko, 2 kolejne – przez osoby dorosłe (rodzice, nauczyciele itp.), mające opisać to dziecko. 2 pierwsze kwestionariusze zawierają wersje samoopisowe: jeden pełną (CDI 2:S), zaś drugi – skróconą (CDI 2:S[S]). Wersję dla Rodzica (CDI 2:R) może wypełnić rodzic, opiekun lub inna osoba zajmująca się dzieckiem w warunkach domowych. Wersję dla Nauczyciela (CDI 2:N) powinien wypełnić wychowawca lub inna osoba znająca

dziecko i mająca sposobność jego możliwie dokładnej obserwacji w warunkach instytucji szkolno-wychowawczych, ze szczególnym uwzględnieniem relacji z innymi dziećmi. Odpowiedzi udzielane w każdej z wersji CDI 2 dotyczyć mają okresu ostatnich 2 tygodni, o czym respondenci są informowani stosowną adnotacją zawartą w każdej wersji kwestionariuszowej przed przystąpieniem do badania.

Użycie konkretnej wersji kwestionariuszowej zależy od celu badania oraz od dostępności respondentów. Jeżeli badanie ma na celu pełny pomiar objawów doświadczanych przez dziecko, wersją z wyboru winna być (pełna) Wersja do Samoopisu. Do badań przesiewowych dotyczących grupy dzieci, zwłaszcza przy ograniczonych możliwościach czasowo-przestrzennych, dobrze nadaje się Skrócona Wersja do Samoopisu.

Każda z wersji CDI 2 ma kilka części. Osoba ankietowana wypełnia przeznaczoną dla siebie tabelę, która stanowi zasadniczą część każdego kwestionariusza i znajduje się na pierwszej i/lub ostatniej jego stronie. Diagnosta zajmuje się obliczaniem wyniku, do którego służy następna część kwestionariusza, czyli arkusz obliczeniowy. Ostatnią częścią jest arkusz profilu, gdzie wyniki surowe są przeliczane, zaś uzyskane wyniki przeliczone klasyfikowane do określonej kategorii przez diagnostę^[135].

7.2.1.3.1 Wersje samoopisowe CDI 2

Wersje samoopisowe CDI 2 są przeznaczone do wypełnienia przez osoby w wieku 7-18 lat. Wersje te zostały opracowane w taki sposób, by nie wymagały od dzieci zaawansowanych umiejętności w zakresie czytania i rozumienia tekstu, a jednocześnie uwzględniały istotę symptomatologiczną zaburzeń depresyjnych. Poziom umiejętności czytania jest zdefiniowany przez klasę szkolną. W Polsce, z racji, że dzieci uczą się czytać w klasie I szkoły podstawowej, samodzielne wypełnienie wersji samoopisowych jest zwykle realizowane przez dzieci począwszy od klasy II szkoły podstawowej. Czas wypełnienia wersji samoopisowych jest tym niemniej zależny od poziomu umiejętności czytania i rozumienia tekstu przez konkretne dziecko.

(Pełna) Wersja do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S) składa się z kilku elementów strukturalnych. U góry pierwszej strony znajduje się rubryka danych osobowych osoby

wypełniającej kwestionariusz, gdzie pozostawione jest miejsce na wpisanie imienia, nazwiska, wieku, daty urodzenia, daty badania, klasy oraz zaznaczenie płci. Zasadniczą częścią pierwszej strony kwestionariusza jest tabela, w której mieszczą się zdania charakteryzujące potencjalny stan osoby badanej, pogrupowane w poszczególnych pozycjach w liczbie trzech zdań na jedną pozycję. Na odwrocie arkusza jest dalszy ciąg tej tabeli. Pełna tabela zawarta w CDI 2:S zawiera 28 pozycji, w każdej po 3 zdania, z których należy wybrać i zaznaczyć jedno charakteryzujące stan danej osoby w sposób faktyczny, lub takie, które określonej osobie wydaje się najbardziej właściwe. W momencie wypełniania arkusza przez osobę badaną, wszystkie dane oraz symbole znaczące kolejne zdania są kalkowane na znajdujący się pomiędzy połączonymi kartami arkusz obliczeniowy. Obliczenie wyniku surowego odbywa się w taki sposób, że sumowane są punkty liczbowe poszczególnych skal i podskal, do których odnoszą się użyte w CDI 2:S zdania. Każde zdanie przypisane do danej pozycji ankiety ma przypisaną punktację liczbową: 0, 1 lub 2. Przy każdej pozycji ankiety zapisana jest litera: A, B, C lub D, przydzielająca go do konkretnej podskali. Zgodnie z tym porządkiem, diagnosta oblicza sumę punktów liczbowych (wynik surowy) każdej z podskal. Każda z liter przypisana jest do jednej z podskal: A – podskala Negatywny nastrój / Objawy somatyczne (NN), B – podskala Niska samoocena (NS), C – podskala Brak efektywności (BE) oraz D – podskala Problemy interpersonalne (PI). Zsumowanie wyników liczbowych podskal: A i B daje wynik surowy skali Problemy emocjonalne (PE), z kolei suma wyników podskal: C i D daje wynik surowy skali Problemy w funkcjonowaniu (PF). Łączna suma wyników obliczonych w obu skalach daje surowy wynik ogólny. Dalej zamieszczony jest arkusz profilu, gdzie – stosownie do zamieszczonej u góry strony instrukcji – na podstawie wyników surowych każdej z podskal i skal, oraz surowego wyniku ogólnego, wyznaczany jest tenowy wynik przeliczony w odpowiedniej tabeli. Każda z dwóch tabel arkusza profilu uwzględnia dane, takie jak: płeć, przedziały wiekowe: 7-12 oraz 13-18, podskale, skale, wynik ogólny, przedziały wyników surowych i tenowych oraz kategoryzację uzyskanego wyniku według zakresów (niskie, przeciętne, podwyższone, wysokie i bardzo wysokie), określających nasilenie problemu, do którego odnosi się każdy z uzyskanych wyników, a tym samym łączących uzyskany wynik z potencjalnym ryzykiem występowania depresji u osoby badanej.

Skrócona Wersja do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S[S]) odróżnia się od wersji pełnej przede wszystkim posiadaniem mniejszej liczby pozycji zawierających po 3 zdania do zakreślenia oraz brakiem możliwości uzyskania wyników w skalach/podskalach. Pozycji ankietowych jest 12, zaś uzyskany wynik jest tylko jeden i jest to wynik ogólny CDI 2:S[S]. Każda z pozycji ma przypisaną punktację liczbową, której łączne zsumowanie daje surowy wynik ogólny. Wynik surowy naniesiony na tabelę uwzględniającą płeć i przedziały wiekowe takie same jak w wersji CDI 2:S, kwalifikowany jest na podstawie przeliczonego wyniku tenowego do określonego przedziału związanego z ryzykiem występowania i nasilenia depresji u osoby badanej^[135].

Wzory ankiet wersji samoopisowych CDI 2 nie zostały załączone do niniejszej pracy z powodu braku zgody na to ze strony Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

7.2.1.3.2 Wersje: dla Rodzica i dla Nauczyciela CDI 2

Wersje: dla Rodzica (CDI 2:R) i dla Nauczyciela (CDI 2:N) CDI 2 mają inną formę strukturalną niż wersje samoopisowe. W kwestionariuszach znajduje się po kilkanaście pozycji (17 w CDI 2:R i 12 w CDI 2:N), których treść odpowiada określonej właściwości stanu dziecka badanego, natomiast obok każdej z pozycji znajduje się skala punktacji liczbowej: 0, 1, 2 lub 3, odpowiadająca jej charakterystyce jako częstości występowania (nigdy, czasami, często, prawie zawsze lub zawsze). Osoba wypełniająca każdą z wersji ma za zadanie zaznaczyć liczbę, która w jej ocenie odpowiada nasileniu danej cechy. Zaznaczenia poszczególnych liczb kalkują się na odwrocie strony, gdzie w stosownej tabeli zaznacza się wynik punktowy przypisany do danego stopnia nasilenia określonej cechy. Obok tabeli z wynikami znajdują się dwie mniejsze tabelki, z których każda odpowiada cechom przypisanym do jednej z dwóch skal: Problemy emocjonalne i Problemy w funkcjonowaniu. Do tych tabeli diagnosta przepisuje określone wyniki liczbowe z tabeli wyników, według odpowiadającej im skali. Zsumowanie wyników każdej z tabel daje wynik surowy w każdej z wymienionych skal. Z kolei suma wyników surowych obu skal daje surowy wynik ogólny. Wyniki te nanoszone są na tabelę zamieszczoną na stronie z arkuszem profilu.

Tabela uwzględnia dane charakteryzujące płeć, przedział wiekowy, poszczególne skale oraz wynik ogólny, jak również skalę tenową i kategoryzację uzyskanego wyniku przeliczonego, odpowiadającą poziomowi nasilenia problemu, a tym samym wiążącą uzyskany wynik z ryzykiem jakościowym i ilościowym dotyczącym depresji u danego dziecka^[135].

Wzory ankiet wersji: dla Rodzica i dla Nauczyciela CDI 2 nie zostały załączone do niniejszej pracy z powodu braku zgody na to ze strony Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

7.2.1.4 Procedura interpretacji wyników badania z użyciem CDI 2

Uzyskane w badaniu CDI 2 wyniki surowe nie podlegają interpretacji. Interpretowane są natomiast wyniki przeliczone, które uzyskuje się po naniesieniu wyników surowych na odpowiednie miejsca w tabeli arkusza profilu. Pozwala to odnieść wynik uzyskany w badaniu danego dziecka do norm populacyjnych^[135].

7.2.1.4.1 Skale wyniku przeliczonego badania z użyciem CDI 2

Skala tenowa ma średnią 50, zaś odchylenie standardowe wynosi 10. Wysokie wyniki tenowe wskazują na znaczne nasilenie danego objawu w porównaniu z próbą normalizacyjną, odpowiadającą populacji ogólnej.

W tabeli 7.3 przedstawiono ogólne znaczenie i interpretację wyników tenowych oraz odpowiadających im wyników na skali centylowej.

Tabela 7.3: Podział i interpretacja zakresu wyników według skal wyniku przeliczonego CDI 2^[135]

Skala tenowa	Skala centylowa	Klasyfikacja i interpretacja wyniku
70= $\leq$	98= $\leq$	Bardzo wysoki (opisywane problemy mają znacznie większe nasilenie w porównaniu do przeciętnego)
65-69	93-97	Wysoki (opisywane problemy mają istotnie większe nasilenie w porównaniu do przeciętnego)
60-64	84-92	Podwyższony (opisywane problemy mają nieco większe nasilenie w porównaniu do przeciętnego)
40-59	16-83	Przeciętny (opisywane problemy mają przeciętne nasilenie)
≤ 40	≤ 16	Niski (Opisywane problemy mają mniejsze nasilenie w porównaniu do przeciętnego)

Zgodnie z danymi zawartymi w tabeli 7.3, wyniki tenowe o wartości co najmniej 60 interpretowane są jako podwyższone. Zalecenie autorskie mówi, że dzieci uzyskujące wynik mieszczący się w tym zakresie wymagają oceny klinicznej, gdyż w ich przypadku istnieje ryzyko występowania problemu o charakterze klinicznym. Wynik tenowy poniżej 60 zwykle oznacza przeciętne nasilenie u badanego dziecka trudności, do których odnosi się badanie. Wartość wyniku równa lub większa niż 65 ten świadczy o tym, że dziecko doświadcza wielu objawów i/lub jako takie jest postrzegane przez dorosłych respondentów.

Analogiczną skalą porównawczą jest skala centylowa. Określony centyl uzyskanego wyniku wskazuje na procent osób, których wynik był taki sam lub niższy, jak u danej osoby. W związku z powyższym, zachodzi następująca prawidłowość: wysoki wynik centylowy świadczy o wysokim natężeniu mierzonej cechy u osoby badanej^[135].

7.2.1.4.2 Zestawienie i porównywanie wyników uzyskanych z różnych źródeł

Wyniki uzyskane w różnych wersjach kwestionariuszowych użytych w badaniu danego dziecka mogą się od siebie różnić. Uwzględniając taką możliwość w końcowej ocenie dziecka, należy wziąć pod uwagę istotność statystyczną takiej różnicy. Różnica

między dwoma wynikami badań jest istotna statystycznie jeśli przekracza wartość błędu pomiaru opracowanego dla danej skali. Dane liczbowe odnoszące się do zestawień wyników uzyskanych w poszczególnych wersjach, oznaczające minimalny istotny poziom różnicy pomiędzy nimi, zostały przedstawione w odpowiedniej tabeli zamieszczonej w podręczniku dedykowanym CDI 2.

Jeśli dwa analizowane wyniki różnią się od siebie o wartość mniejszą niż minimalna istotna różnica, wówczas takie wyniki uznaje się za podobne. Ma to miejsce również w przypadku zakwalifikowania każdego z wyników do innego przedziału kategoryzacji, odpowiadającego nasileniu mierzonej cechy. Szczególne znaczenie w takim wypadku ma fakt, iż różne wersje CDI 2 odpowiadają różnym możliwościom wglądu w sferę wewnątrzpsychiczną i funkcjonowanie dziecka w codziennym otoczeniu. Nawet istotna statystycznie różnica pomiędzy wynikami nie świadczy o braku miarodajności badania, a jedynie wyraża rozbieżność ocen dokonywanych z różnych perspektyw.

By uzupełnić proces diagnostyczny dotyczący danego dziecka, należy zestawić wyniki uzyskane w badaniu CDI 2 z danymi pochodzącymi z innych źródeł, tj.: wywiadu, obserwacji klinicznej, ewentualnie dostępnej dokumentacji medycznej czy wyników innych badań pomiarowych. Podsumowanie wniosków z dostępnych badań może być użyteczne dla postawienia wstępnego rozpoznania i ewentualnie powzięcia dalszych kroków w kierunku pracy terapeutycznej^[135].

7.2.1.5 Normalizacja i właściwości psychometryczne CDI 2

7.2.1.5.1 Badania normalizacyjne. Normy CDI 2

Zgodnie z wnioskami wyciągniętymi z przeprowadzonych badań normalizacyjnych, stworzono osobne normy, które uwzględniają podział na grupę dzieci młodszych (7-12 lat) i grupę dzieci starszych (13-18 lat), jak również podział ze względu na płeć oraz normy łączone dla obu płci.

W warunkach standardowych, rozkład wyników surowych w każdej z wersji różni się od rozkładu normalnego (jest nieparametryczny). Wyniki surowe odznaczają się asymetrią prawostronną. Stąd przeliczanie wyniku surowego na standaryzowany nie odbywa się w sposób liniowy. Ostatecznie, wynik standaryzowany przekształcony jest

na wynik w skali tenowej, ze średnią wynoszącą 50 i odchyleniem standardowym 10^[135].

7.2.1.5.2 Rzetelność i trafność CDI 2

Rzetelność (powtarzalność pomiaru) CDI 2 oceniono na podstawie zgodności wewnętrznej, standardowego błędu pomiaru, stabilności bezwzględnej i zgodności ocen różnych osób wypełniających tą samą wersję jako przynajmniej zadowalającą w przypadku każdej z wersji ankietowych.

Trafność (miara przydatności do założonego celu diagnostycznego) CDI 2 przeanalizowano na podstawie oceny trafności kryterialnej, analizy związków CDI 2 z innymi badaniami kwestionariuszowymi oraz analizy zbieżności wyników różnych wersji CDI 2. Trafność teoretyczną sprawdzono poprzez zastosowanie confirmacyjnej analizy czynnikowej z wykorzystaniem danych próby normalizacyjnej i klinicznej. Uzyskane wyniki świadczą o tym, że każda z wersji CDI 2 umożliwia przewidywanie diagnozy depresji w stopniu przynajmniej umiarkowanym, cechując się zadowalającym poziomem swoistości i czułości^[135].

7.2.2 Wywiad kliniczny w oparciu o kryteria diagnostyczne ICD-10 i DSM-5

Dodatkową metodą badawczą, której wdrożenie miało na celu weryfikację i ewentualne uzupełnienie udzielonych w badaniu ankietowym odpowiedzi, był wywiad kliniczny z dzieckiem i jego rodzicem/opiekunem prawnym w oparciu o kryteria diagnostyczne ICD-10 oraz DSM-5.

Diagnostyce zaburzeń depresyjnych w oparciu o ICD-10 oraz DSM-5 poświęcono w szczególności Podrozdziały: 4.1.1 oraz 5.5.1 niniejszej pracy.

7.2.3 Opracowanie statystyczne wyników badania

Celem zobrazowania ogólnych prawidłowości i tendencji cechujących badane zjawiska dotyczące grup charakteryzujących się odpowiednimi zmiennymi, wyniki badania poddano analizie statystycznej. Wyniki uzyskane w badaniu zostały

opracowane przy użyciu programu STATISTICA, wersja 13, z wykorzystaniem klasycznych metod i wielkości (liczebność próby, procent, średnia, mediana, wartość maksymalna, wartość minimalna, odchylenie standardowe), testu U Manna Whitneya oraz współczynnika korelacji porządku rang Spearmana.

7.2.3.1 Test U Manna Whitneya

Test U Manna Whitneya (test Manna–Whitneya–Wilcoxona) jest to test służący badaniu porównawczemu wartości cechujących dwie grupy populacyjne w przypadku, gdy rozkład wyników nie jest normalny (jest nieparametryczny – por. Podrozdział 7.2.1.5.1). Weryfikuje on prawdopodobieństwo hipotezy zerowej, zakładającej, iż rozkład wyników (średnia, mediana) w obrębie obu porównywanych grup jest jednakowy. Wartość p informuje o prawdopodobieństwie prawdziwości takiej hipotezy zerowej – im jest niższa, tym prawdopodobieństwo to jest mniejsze. Wartości $p < 0,05$ uznawane są za świadczące o bardzo małym prawdopodobieństwie zgodności z prawdą hipotezy mówiącej o braku różnicy pomiędzy analizowanymi pod tym kątem grupami. Innymi słowy, gdy p przyjmuje wartości mniejsze niż 0,05, wówczas uznaje się, iż obserwowane różnice wyników pomiędzy dwiema grupami nie są efektem przypadku. Tym samym, winny być traktowane jako istotne ze statystycznego punktu widzenia. Oznacza to, że poddane badaniu grupy populacyjne różnią się w sposób istotny w przypadku analizowanej kwestii. Jeśli jednak wartość p okazuje się być wyższa, wówczas obserwowaną różnicę traktuje się jako możliwy efekt przypadku, a tym samym nieistotną statystycznie. Wyniki, pomiędzy którymi różnica cechuje się wartością $p < 0,01$ są uznawane za różniące się wysoce istotnie statystycznie, zaś gdy $p < 0,001$ – bardzo wysoce istotnie statystycznie^[169].

Test U Manna Whitneya został wykorzystany w niniejszym badaniu celem porównania rozkładu wyników uzyskanych w poszczególnych wersjach, skalach i podskalach CDI 2 pomiędzy poszczególnymi grupami dzieci wyróżnionymi ze względu na określone cechy demograficzne.

7.2.3.2 Rangowanie i współczynnik korelacji porządku rang (r) Spearmana

Analizując współwystępowanie, ewentualne podobieństwa i różnice dotyczące rozkładów wartości wyników uzyskanych w poszczególnych wersjach, skalach i podskalach CDI 2 w różnych grupach demograficznych wyszczególnionych w niniejszym badaniu przeprowadzono rangowanie wyników oraz wykorzystano współczynnik korelacji porządku rang Spearmana.

Rangowanie (nadawanie rang) wyników jest to przyporządkowywanie numerów do kolejnych obserwacji w danej próbie (np. wyników testu uzyskanych w obrębie danej grupy populacyjnej). Stosuje się je, by uniezależnić obserwację od jakości rozkładu zmiennej oraz możliwości występowania wartości odstających (np. wartości nietypowych lub relatywnie odległych od pozostałych). Współczynnik korelacji porządku rang Spearmana jest to nieparametryczna miara zależności statystycznej pomiędzy zmiennymi losowymi. Stosuje się ją w przypadkach, gdy spodziewana zależność może nie kształtować się liniowo (por. Podrozdział 7.2.1.5.1). W tym celu, w pierwszej kolejności zmiennym podlegającym rozkładowi nadaje się rangi, które następnie podlegają uporządkowaniu, co sprawia, że badany rozkład może być analizowany jako liniowy (porządek rang), zaś ewentualna zależność (korelacja) pomiędzy zmiennymi przedstawiona liniowo. Zobrazowaniu takiej zależności służy wartość r , przyjmująca wartości od -1 do 1. Dodatnie wartości r wskazują na wzrost wartości jednej zmiennej wraz ze wzrostem wartości drugiej zmiennej (korelacja dodatnia), zaś ujemne na spadek wartości jednej zmiennej wraz ze wzrostem wartości drugiej zmiennej (korelacja ujemna). Im bardziej wartość r jest odległa od 0 (im jej wartość bezwzględna jest większa), tym silniejsza jest analizowana zależność (tym silniejsza korelacja), zaś im wartość r jest bliższa 0 (im jej wartość bezwzględna jest niższa), tym słabsza jest analizowana zależność (tym słabsza korelacja). Wartość r równa 0 oznacza brak zależności statystycznej pomiędzy analizowanymi rozkładami zmiennych^[169].

8. Wymogi formalne dotyczące badania

8.1 Kwalifikacje i uprawnienia osoby prowadzącej badanie

Osoba prowadząca badanie – autor niniejszej pracy – posiada następujące kwalifikacje i uprawnienia, użyteczne z punktu widzenia prowadzenia pracy badawczej:

- dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarskim, tytuł zawodowy: lekarz (Uniwersytet Medyczny w Lublinie, 2012),
- prawo wykonywania zawodu lekarza (Lubelska Izba Lekarska, 2013),
- dyplom i tytuł specjalisty pediatrii (Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, 2019),
- dyplom ukończenia kursu z podstaw psychometrii dla osób niebędących psychologami (Polskie Towarzystwo Psychologiczne, 2021),
- dyplom ukończenia kursu Children's Depression Inventory 2 (CDI 2) (Polskie Towarzystwo Psychologiczne, 2021) (por. Załącznik 1).

8.2 Zgody formalne i kwestie logistyczne związane z prowadzeniem badania

Na przeprowadzenie badania zgody wyrazili dyrektorzy wszystkich trzech szkół podstawowych, których populacja uczniowska miała być nim objęta. O planie przeprowadzenia badania, jego założeniach, przebiegu i oczekiwanych efektach zostali poinformowani rodzice/opiekunowie prawni dzieci, grono pedagogiczne wszystkich trzech szkół oraz – w podstawowym wymaganym procedurami zakresie – dzieci mające być nim objęte. Osobą występującą z wnioskiem o zgodę na badanie oraz informującą o nim w/w osoby był osobiście autor niniejszej pracy. Rodzice/opiekunowie prawni dzieci otrzymali pisemne materiały informacyjne, formularze zgody na udział w badaniu oraz formularze zgody na przetwarzanie danych osobowych, przeznaczone do podpisania również przez dzieci, które ukończyły 13. rok życia. Badanie rozpoczęto po zebraniu od rodziców/opiekunów prawnych właściwie wypełnionych formularzy jw. oraz zapewnieniu przez szkoły dogodnych pod względem technicznym i organizacyjnym warunków czasowo-przestrzennych do prowadzenia badania.

8.3 Komisja Bioetyczna

Projekt badawczy został pozytywnie zaopiniowany Uchwałą nr 2022/057 Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Rzeszowskiego z dnia 02/06/2022 roku (por. Załącznik 2). Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z zaleceniami Komisji, powszechnie obowiązującymi przepisami prawa i standardami etycznymi. Kwestię różnicy tytułów badania (projektu badawczego) i rozprawy doktorskiej przedstawiającej jego wyniki wyjaśniono zgodnie z opinią i zaleceniem Komisji Bioetycznej (por. Załącznik 3) poprzez wystosowanie adekwatnego oświadczenia (por. Załącznik 4).

9. Wyniki badania: ryzyko ogólne, rozpowszechnienie i nasilenie symptomów zaburzeń depresyjnych w populacji badanej

9.1 Wyniki I etapu (przesiewowego) badania

Z racji przesiewowego charakteru I etapu badania, wyniki uzyskane w nim przeanalizowano zarówno w odniesieniu do całej populacji badanej, jak i do grupy osób, które zostały zakwalifikowane do badania w etapie II.

9.1.1 Wyniki I etapu (przesiewowego) badania w populacji ogólnej

W tabeli 9.1 przedstawiono w sposób zbiorczy wyniki uzyskane w I etapie (przesiewowym) badania.

Tabela 9.1: <i>Wyniki (przeliczone) uzyskane w I etapie badania</i>	Ilość uzyska nych wynik ów (n)	Średni wynik [ten]	Mediana wyniku [ten]	Minimalny wynik [ten]	Maksyma lny wynik [ten]	Odchylenie standardowe wyniku [ten]	p (dot. różnicy wyniku)
Cała grupa dzieci	352	50,85	51	28	79	12,05	
Dzieci młodsze (7-12 lat)	285	48,63	49	28	79	11,22	0,010
Dzieci starsze (13-14 lat)	67	60,31	60	35	79	10,90	
Dziewczęta	188	50,44	48	28	79	13,36	0,382
Chłopcy	164	51,32	53	30	76	10,38	
Dziewczęta młodsze (7-12 lat)	148	47,20	44	28	79	12,06	0,010
Chłopcy młodszy (7-12 lat)	137	50,16	53	30	68	10,07	
Dziewczęta starsze (13-14 lat)	40	62,40	64	35	79	11,01	0,024
Chłopcy starsi (13-14 lat)	27	57,22	57	38	76	10,15	
Dziewczęta młodsze (7-12 lat)	jw.						0,00111
Dziewczęta starsze (13-14 lat)	jw.						
Chłopcy młodszy (7-12 lat)	jw.						0,0068
Chłopcy starsi (13-14 lat)	jw.						

Średni wynik uzyskany w I etapie badania dla całej badanej populacji w przyjętej skali wyniósł 50,85 tena. Mediana – 51 tenów. Minimalny wynik to 28 tenów, zaś maksymalny 79 tenów. Wyniki te odpowiadają zatem wynikom uzyskanym w procesie

normalizacji i walidacji narzędzia pomiarowego CDI 2 dla populacji polskojęzycznych dzieci.

Wśród 188 dziewcząt, które przystąpiły do badania w etapie przesiewowym, średni uzyskany wynik wyniósł 50,44 tena, mediana 48 tenów, zaś wśród 164 chłopców odpowiadające wyniki to: 51,32 tena oraz 53 teny. Minimalne i maksymalne wyniki były następujące: w grupie dziewcząt – 28 tenów i 79 tenów, zaś w grupie chłopców – 30 tenów i 76 tenów. Różnice dzielące wyniki dziewcząt i chłopców nie są istotne statystycznie ($p=0,382$) ani klinicznie.

W grupie dzieci młodszych (7-12 lat), których w badaniu wzięło udział łącznie 285, uzyskano średni wynik 48,63 tena, mediana wyniosła 49 tenów. Minimalny wynik wyniósł w tej grupie 28 tenów, maksymalny – 79 tenów. W badaniu wzięło udział znacząco mniej dzieci grupy starszej (13-14 lat) – 67, co można tłumaczyć faktem, iż byli to uczniowie tylko klas VIII i częściowo klas VII. Z kolei w młodszej grupie znaleźli się uczniowie znacznie większej ilości klas (II-VI i częściowo VII). Średni wynik uzyskany w grupie dzieci starszych wyniósł 60,31 tena, mediana – 60 tenów. Maksymalny wynik to 79 tenów, minimalny – 35 tenów. Różnice pomiędzy wynikami (średnia i mediana) uzyskanymi w grupach: dzieci młodszych i dzieci starszych są istotne statystycznie ($p=0,01$) i klinicznie.

W grupie dzieci młodszych (7-12 lat) uzyskane wyniki prezentowały się następująco: dziewczęta grupy młodszej ($n=148$) uzyskały średni wynik 47,2 tena, mediana wyniku to 44 teny, wynik minimalny to 28 tenów, maksymalny – 79 tenów, z kolei chłopcy grupy młodszej ($n=137$) uzyskali wyniki odpowiednio: średnia – 50,16 tena, mediana – 53 teny, wynik minimalny – 30 tenów, wynik maksymalny – 68 tenów. Różnice pomiędzy wynikami (średnia i mediana) grup dziewcząt młodszych i chłopców młodszych są istotne statystycznie ($p=0,01$), jednak nie są istotne klinicznie.

W grupie dzieci starszych (13-14 lat) uzyskane wyniki prezentowały się następująco: dziewczęta grupy starszej ($n=40$) uzyskały średni wynik 62,4 tena, mediana wyniku to 64 teny, wynik minimalny to 35 tenów, maksymalny – 79 tenów, z kolei chłopcy grupy starszej ($n=27$) uzyskali wyniki odpowiednio: średnia – 57,22 tena, mediana – 57 tenów, wynik minimalny – 38 tenów, wynik maksymalny – 76 tenów. Różnice pomiędzy wynikami (średnia i mediana) uzyskanymi w grupach dziewcząt starszych i chłopców starszych okazały się istotne statystycznie ($p=0,024$) oraz klinicznie.

Różnica istotna statystycznie ($p=0,00111$) i klinicznie dzieli wyniki (średnia i mediana – jw.) uzyskane w grupach dziewcząt młodszych (7-12 lat) i dziewcząt starszych (13-14 lat).

W zestawieniu wyników (średnia i mediana – jw.) uzyskanych w grupach chłopców młodszych (7-12 lat) i chłopców starszych (13-14 lat) uzyskano różnice istotne statystycznie ($p=0,0068$), ale nie mające istotności klinicznej.

9.1.2 Wyniki I etapu (przesiewowego) badania w grupie osób zakwalifikowanych do kolejnego etapu

W tabeli 9.2 przedstawiono w sposób zbiorczy wyniki uzyskane w I etapie (przesiewowym) badania w grupie osób zakwalifikowanych do kolejnego etapu – traktowanych jako potencjalnie depresyjne i w związku z tym wymagających uszczegółowienia diagnostyki w kierunku występowania depresji.

Tabela 9.2: <i>Wyniki (przeliczone) uzyskane w I etapie badania w grupie dzieci zakwalifikowanych do badania w II etapie</i>	Ilość uzyskanych wyników (n)	Średni wynik [ten]	Mediana wyniku [ten]	Minimalny wynik [ten]	Maksymalny wynik [ten]	Odchylenie standardowe wyniku [ten]	p (dot. różnicy wyniku)
Cała grupa zakwalifikowanych dzieci	169	61,20	60	53	79	6,71	
Zakwalifikowane dzieci młodsze (7-12 lat)	117	59,59	60	53	79	5,77	0,001
Zakwalifikowane dzieci starsze (13-14 lat)	52	64,83	65	53	79	7,32	
Zakwalifikowane dziewczęta	80	63,60	63	54	79	7,17	0,001
Zakwalifikowani chłopcy	89	59,04	58	53	76	5,48	
Zakwalifikowane dziewczęta młodsze (7-12 lat)	46	61,82	61	54	79	6,88	0,002
Zakwalifikowani chłopcy młodzi (7-12 lat)	71	58,14	58	53	68	4,39	
Zakwalifikowane dziewczęta starsze (13-14 lat)	34	66,00	66	54	79	6,95	0,095
Zakwalifikowani chłopcy starsi (13-14 lat)	18	62,61	59	53	76	7,67	
Zakwalifikowane dziewczęta młodsze (7-12 lat)	jw.						0,0048
Zakwalifikowane dziewczęta starsze (13-14 lat)	jw.						
Zakwalifikowani chłopcy młodzi (7-12 lat)	jw.						0,0473
Zakwalifikowani chłopcy starsi (13-14 lat)	jw.						

Jako kryterium kwalifikacji do etapu szczegółowego przyjęto osiągnięcie przez dziecko wyniku, dla którego przedział ufności 90% zawierał wartość wynoszącą co najmniej 60 tenów. Celem minimalizowania prawdopodobieństwa niezakwalifikowania do dalszego etapu badania przede wszystkim dzieci z wynikami fałszywie ujemnymi, osoby uzyskujące taki wynik uznano za potencjalnie depresyjne – zgodnie z zaleceniem twórców metody badawczej.

Ogólna liczba dzieci zakwalifikowanych do kolejnego etapu wynosiła 169, co stanowi 48,01% całej populacji objętej badaniem przesiewowym.

W grupie osób zakwalifikowanych znalazły się dzieci obu grup wiekowych i obu płci. Zakwalifikowanych dzieci w wieku 7-12 lat było 117 (41,05% ogólnej liczby dzieci w wieku 7-12 lat objętych badaniem przesiewowym), zaś dzieci w wieku 13-14 lat – 52 (77,61% ogólnej liczby dzieci w wieku 13-14 lat objętych badaniem przesiewowym). Zakwalifikowanych dziewcząt było 80 (42,55% ogólnej liczby dziewcząt objętych badaniem przesiewowym i 47,34% liczby dzieci zakwalifikowanych do kolejnego etapu badania po badaniu przesiewowym), zaś chłopców – 89 (54,27% ogólnej liczby chłopców objętych badaniem przesiewowym i 52,66% liczby dzieci zakwalifikowanych do kolejnego etapu badania po badaniu przesiewowym).

Zakwalifikowanych dziewcząt w wieku 7-12 lat było 46 (31,08% ogólnej liczby dziewcząt w wieku 7-12 lat objętych badaniem przesiewowym i 39,32% liczby dzieci w wieku 7-12 lat zakwalifikowanych do kolejnego etapu badania po badaniu przesiewowym), zaś zakwalifikowanych chłopców w wieku 7-12 lat – 71 (51,82% ogólnej liczby chłopców w wieku 7-12 lat objętych badaniem przesiewowym i 60,68% liczby dzieci w wieku 7-12 lat zakwalifikowanych do kolejnego etapu badania po badaniu przesiewowym).

Zakwalifikowanych dziewcząt w wieku 13-14 lat było 34 (85% ogólnej liczby dziewcząt w wieku 13-14 lat objętych badaniem przesiewowym i 65,38% liczby dzieci w wieku 13-14 lat zakwalifikowanych do kolejnego etapu badania po badaniu przesiewowym), zaś zakwalifikowanych chłopców w wieku 13-14 lat – 18 (66,67% ogólnej liczby chłopców w wieku 13-14 lat objętych badaniem przesiewowym i 34,62% liczby dzieci w wieku 13-14 lat zakwalifikowanych do kolejnego etapu badania po badaniu przesiewowym).

Średni wynik uzyskany w I etapie badania w grupie dzieci zakwalifikowanych do kolejnego etapu wyniósł w przyjętej skali 61,2 tena. Mediana – 60 tenów. Minimalny wynik to 53 teny, zaś maksymalny 79 tenów. Warto zwrócić uwagę, że mediana wyniku uzyskanego w I etapie dla grupy dzieci uznanych za potencjalnie depresyjne osiągnęła dokładnie taką wartość, jaką przyjęto za próg kwalifikacji do etapu szczegółowego.

Wśród dziewcząt, które zostały zakwalifikowane do badania w kolejnym etapie, średni uzyskany wynik w I etapie wyniósł 63,6 tena, mediana 63 teny, zaś wśród chłopców odpowiadające wyniki to: 59,04 tena oraz 58 tenów. Minimalne i maksymalne wyniki były następujące: w grupie dziewcząt – 54 teny i 79 tenów, zaś w grupie chłopców – 53 teny i 76 tenów. Różnice dzielące wyniki (średnia i mediana) grup dziewcząt i chłopców zakwalifikowanych do kolejnego etapu są istotne statystycznie ($p=0,001$) oraz klinicznie.

W grupie dzieci młodszych (7-12 lat) zakwalifikowanych do badania w kolejnym etapie po badaniu przesiewowym, uzyskano średni wynik 59,59 tena, mediana wyniosła 60 tenów. Minimalny wynik wyniósł w tej grupie 53 teny, maksymalny – 79 tenów. Średni wynik uzyskany w grupie dzieci starszych (13-14 lat) zakwalifikowanych do badania w kolejnym etapie po badaniu przesiewowym wyniósł 64,83 tena, mediana – 65 tenów. Maksymalny wynik to 79 tenów, minimalny – 53 teny. Różnice pomiędzy wynikami (średnia i mediana) uzyskanymi w grupach dzieci zakwalifikowanych: młodszych i starszych są istotne statystycznie ($p=0,001$) oraz klinicznie.

W grupie dzieci młodszych (7-12 lat) zakwalifikowanych do badania w kolejnym etapie po badaniu przesiewowym, uzyskane wyniki prezentowały się następująco: zakwalifikowane dziewczęta grupy młodszej uzyskały średni wynik 61,82 tena, mediana wyniku to 61 tenów, wynik minimalny to 54 teny, maksymalny – 79 tenów, z kolei zakwalifikowani chłopcy grupy młodszej uzyskali wyniki odpowiednio: średnia – 58,14 tena, mediana – 58 tenów, wynik minimalny – 53 teny, wynik maksymalny – 68 tenów. Różnice pomiędzy wynikami (średnia i mediana) grup zakwalifikowanych dziewcząt młodszych i zakwalifikowanych chłopców młodszych są istotne statystycznie ($p=0,002$) oraz klinicznie.

W grupie dzieci starszych (13-14 lat) zakwalifikowanych do badania w kolejnym etapie po badaniu przesiewowym, uzyskane wyniki prezentowały się następująco:

zakwalifikowane dziewczęta grupy starszej uzyskały średni wynik 66 tenów, mediana wyniku to 66 tenów, wynik minimalny to 54 teny, maksymalny – 79 tenów, z kolei zakwalifikowani chłopcy grupy starszej uzyskali wyniki odpowiednio: średnia – 62,61 tena, mediana – 59 tenów, wynik minimalny – 53 teny, wynik maksymalny – 76 tenów. Różnice pomiędzy wynikami uzyskanymi w grupach zakwalifikowanych dziewcząt starszych i zakwalifikowanych chłopców starszych nie są istotne statystycznie ($p=0,095$).

Porównując wyniki (średnia i mediana – jw.) uzyskane w grupach zakwalifikowanych dziewcząt młodszych (7-12 lat) i zakwalifikowanych dziewcząt starszych (13-14 lat) stwierdza się różnicę istotną statystycznie ($p=0,0048$) i klinicznie.

W analogicznym zestawieniu wyników (średnia i mediana – jw.) uzyskanych w grupach zakwalifikowanych chłopców młodszych (7-12 lat) i zakwalifikowanych chłopców starszych (13-14 lat) stwierdzono różnicę istotną statystycznie ($p=0,0473$). Istotność kliniczna dotyczy różnicy wyników średnich uzyskanych w obu grupach wiekowych zakwalifikowanych chłopców.

9.2 Wyniki II etapu (szczegółowego) badania

Pełny II etap badania objął łącznie 161 dzieci. Dodatkowo u 8 dzieci wykorzystano jedynie wersję ankietową dla nauczyciela, ponieważ ich rodzice/opiekunowie prawni w przypadku wersji: samoopisowej oraz dla rodzica wycofali zgodę lub nie podjęli współpracy w czasie badania, jednocześnie nie wycofując zgody na badanie z użyciem wersji nauczycielskiej.

9.2.1 Wyniki uzyskane na podstawie badania z użyciem (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S)

Jako najbardziej istotną część badania w II etapie, zgodnie z zaleceniem twórców narzędzia diagnostycznego, uznano samoocenę dziecka w (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2. Jest to wersja, przy pomocy której można przeanalizować stan dziecka na tle różnych sfer objawowych, stąd omówienie wyników będzie dotyczyło zarówno każdej z nich osobno, jak i przeprowadzone zostanie w sposób syntetyczny.

9.2.1.1 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia negatywnego nastroju / objawów somatycznych na podstawie samooceny dokonanej przez dzieci w etapie II (szczegółowym) badania

W tabeli 9.3 przedstawiono rozpowszechnienie nasilenia cech negatywnego nastroju / objawów somatycznych w obrębie poszczególnych grup populacyjnych objętych badaniem w etapie II – na podstawie wyników uzyskanych w podskali Negatywny nastrój / Objawy somatyczne (NN) (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S).

Tabela 9.3: <i>Rozpowszechnienie nasilenia problemu (negatywny nastrój / objawy somatyczne) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:S)</i>					
Klasyfikacja nasilenia problemu	Niskie	Przeciętne	Podwyższone	Wysokie	Bardzo wysokie
Dzieci 7-12 lat	18,02 %	42,34 %	18,92 %	11,71 %	9,01 %
Dzieci 13-14 lat	14 %	64 %	14 %	6 %	2 %
Dziewczęta	10,67 %	45,33 %	17,33 %	13,33 %	13,33 %
Chłopcy	22,09 %	52,33 %	17,44 %	6,98 %	1,16 %
Dziewczęta 7-12 lat	6,98 %	34,88 %	18,6 %	18,6 %	20,93 %
Chłopcy 7-12 lat	25 %	47,06 %	19,12 %	7,35 %	1,47 %
Dziewczęta 13-14 lat	15,63 %	59,38 %	15,63 %	6,25 %	3,13 %
Chłopcy 13-14 lat	11,11 %	72,22 %	11,11 %	5,56 %	0 %
Cała grupa badana w etapie II (CDI 2:S)	16,77 %	49,07 %	17,39 %	9,94 %	6,83 %

W tabeli 9.4 przedstawiono porównanie rang wyników podskali Negatywny nastrój / Objawy somatyczne (NN) (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S) uzyskanych w poszczególnych grupach populacyjnych biorących udział w etapie II badania.

<i>Tabela 9.4: Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w podskali Negatywny nastrój / Objawy somatyczne (NN) CDI 2:S ze względu na zmienną różnicującą</i>	p	Różnica (istotna statystycznie)
Dziewczęta / chłopcy	0,0016	Dziewczęta > chłopcy
Dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat	0,289	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / chłopcy 7-12 lat	0,0001	Dziewczęta 7-12 lat < chłopcy 7-12 lat
Dziewczęta 13-14 lat / chłopcy 13-14 lat	0,73	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / dziewczęta 13-14 lat	0,0016	Dziewczęta 7-12 lat < dziewczęta 13-14 lat
Chłopcy 7-12 lat / chłopcy 13-14 lat	0,2789	nd.

Porównując ze sobą rangi wyników uzyskanych w podskali Negatywny nastrój / Objawy somatyczne (NN) wersji CDI 2:S przez osoby z poszczególnych grup populacyjnych, uzyskano następujące różnice:

- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: wyższe wartości w grupie dziewcząt ($p=0,0016$),
- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,289$),
- w grupie dzieci młodszych (7-12 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: wyższe wartości w grupie chłopców ($p=0,0001$),

- w grupie dzieci starszych (13-14 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,73$),
- w grupie dziewcząt względem zmiennej różnicującej dziewczęta młodsze (7-12 lat) / dziewczęta starsze (13-14 lat): wyższe wartości w grupie dziewcząt starszych ($p=0,0016$),
- w grupie chłopców względem zmiennej różnicującej chłopcy młodszy (7-12 lat) / chłopcy starsi (13-14 lat): różnica nieistotna statystycznie ($p=0,2789$).

9.2.1.2 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia niskiej samooceny na podstawie samooceny dokonanej przez dzieci w etapie II (szczegółowym) badania

W tabeli 9.5 przedstawiono rozpowszechnienie nasilenia cech niskiej samooceny w obrębie poszczególnych grup populacyjnych objętych badaniem w etapie II – na podstawie wyników uzyskanych w podskali Niska samoocena (NS) (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S).

Tabela 9.5: Rozpowszechnienie nasilenia problemu (<i>niska samoocena</i>) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:S)					
Klasyfikacja nasilenia problemu	Niskie	Przeciętne	Podwyższone	Wysokie	Bardzo wysokie
Dzieci 7-12 lat	3,6 %	69,37 %	7,21 %	9,01 %	10,81 %
Dzieci 13-14 lat	12 %	64 %	10 %	10 %	4 %
Dziewczęta	9,33 %	53,33 %	8 %	12 %	17,33 %
Chłopcy	3,49 %	80,23 %	8,14 %	6,98 %	1,16 %
Dziewczęta 7-12 lat	9,3 %	46,51 %	4,65 %	13,95 %	25,58 %
Chłopcy 7-12 lat	0 %	83,82 %	8,82 %	5,88 %	1,47 %
Dziewczęta 13-14 lat	9,38 %	62,5 %	12,5 %	9,38 %	6,25 %
Chłopcy 13-14 lat	16,67 %	66,67 %	5,56 %	11,11 %	0 %
Cała grupa badana w etapie II (CDI 2:S)	6,21 %	67,7 %	8,07 %	9,32 %	8,7 %

W tabeli 9.6 przedstawiono porównanie rang wyników podskali Niska samoocena (NS) (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S) uzyskanych w poszczególnych grupach populacyjnych biorących udział w etapie II badania.

Tabela 9.6: <i>Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w podskali Niska samoocena (NS) CDI 2:S ze względu na zmienną różnicującą</i>	p	Różnica (istotna statystycznie)
Dziewczęta / chłopcy	0,004279	Dziewczęta > chłopcy
Dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat	0,109565	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / chłopcy 7-12 lat	0,000662	Dziewczęta 7-12 lat > chłopcy 7-12 lat
Dziewczęta 13-14 lat / chłopcy 13-14 lat	0,678631	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / dziewczęta 13-14 lat	0,0105	Dziewczęta 7-12 lat < dziewczęta 13-14 lat
Chłopcy 7-12 lat / chłopcy 13-14 lat	0,4017	nd.

Porównując ze sobą rangi wyników uzyskanych w podskali Niska samoocena (NS) wersji CDI 2:S przez osoby z poszczególnych grup populacyjnych, uzyskano następujące różnice:

- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: wyższe wartości w grupie dziewcząt ($p=0,004279$),
- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,109565$),
- w grupie dzieci młodszych (7-12 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: wyższe wartości w grupie dziewcząt ($p=0,000662$),
- w grupie dzieci starszych (13-14 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,678631$),

- w grupie dziewcząt względem zmiennej różnicującej dziewczęta młodsze (7-12 lat) / dziewczęta starsze (13-14 lat): wyższe wartości w grupie dziewcząt starszych ($p=0,0105$),
- w grupie chłopców względem zmiennej różnicującej chłopcy młodszy (7-12 lat) / chłopcy starsi (13-14 lat): różnica nieistotna statystycznie ($p=0,4017$).

9.2.1.3 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia problemów emocjonalnych na podstawie samooceny dokonanej przez dzieci w etapie II (szczegółowym) badania

W tabeli 9.7 przedstawiono rozpowszechnienie nasilenia cechy, jaką są problemy emocjonalne, w obrębie poszczególnych grup populacyjnych objętych badaniem w etapie II – na podstawie wyników uzyskanych w skali Problemy emocjonalne (PE) (pełnej) Wersji do Samooceny CDI 2 (CDI 2:S).

Tabela 9.7: Rozpowszechnienie nasilenia problemu (<i>problemy emocjonalne</i>) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:S)					
Klasyfikacja nasilenia problemu	Niskie	Przeciętne	Podwyższone	Wysokie	Bardzo wysokie
Dzieci 7-12 lat	11,71 %	48,65 %	16,22 %	12,61 %	10,81 %
Dzieci 13-14 lat	12 %	66 %	8 %	10 %	4 %
Dziewczęta	9,33 %	42,67 %	16 %	14,67 %	17,33 %
Chłopcy	14 %	64 %	11,63 %	9,3 %	1,16 %
Dziewczęta 7-12 lat	4,65 %	30,23 %	20,93 %	18,6 %	25,6 %
Chłopcy 7-12 lat	16,18 %	60,29 %	13,24 %	8,82 %	1,47 %
Dziewczęta 13-14 lat	15,63 %	59,38 %	9,38 %	9,38 %	6,25 %
Chłopcy 13-14 lat	5,56 %	77,78 %	5,56 %	11,11 %	0 %
Cała grupa badana w etapie II (CDI 2:S)	11,8 %	54,04 %	13,66 %	11,8 %	8,7 %

W tabeli 9.8 przedstawiono porównanie rang wyników skali Problemy emocjonalne (PE) (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S) uzyskanych w poszczególnych grupach populacyjnych biorących udział w etapie II badania.

<i>Tabela 9.8: Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w skali Problemy emocjonalne (PE) CDI 2:S ze względu na zmienną różnicującą</i>	p	Różnica (istotna statystycznie)
Dziewczęta / chłopcy	0,000902	Dziewczęta > chłopcy
Dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat	0,102463	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / chłopcy 7-12 lat	0,000015	Dziewczęta 7-12 lat > chłopcy 7-12 lat
Dziewczęta 13-14 lat / chłopcy 13-14 lat	0,761761	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / dziewczęta 13-14 lat	0,0011	Dziewczęta 7-12 lat < dziewczęta 13-14 lat
Chłopcy 7-12 lat / chłopcy 13-14 lat	0,907	nd.

Porównując ze sobą rangi wyników uzyskanych w skali Problemy emocjonalne (PE) wersji CDI 2:S przez osoby z poszczególnych grup populacyjnych, uzyskano następujące różnice:

- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: wyższe wartości w grupie dziewcząt ($p=0,000902$),
- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,102463$),
- w grupie dzieci młodszych (7-12 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: wyższe wartości w grupie dziewcząt ($p=0,000015$),
- w grupie dzieci starszych (13-14 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,761761$),

- w grupie dziewcząt względem zmiennej różnicującej dziewczęta młodsze (7-12 lat) / dziewczęta starsze (13-14 lat): wyższe wartości w grupie dziewcząt starszych ($p=0,0011$),
- w grupie chłopców względem zmiennej różnicującej chłopcy młodszy (7-12 lat) / chłopcy starsi (13-14 lat): różnica nieistotna statystycznie ($p=0,907$).

9.2.1.4 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia braku efektywności na podstawie samooceny dokonanej przez dzieci w etapie II (szczegółowym) badania

W tabeli 9.9 przedstawiono rozpowszechnienie nasilenia cechy, jaką jest brak efektywności, w obrębie poszczególnych grup populacyjnych objętych badaniem w etapie II – na podstawie wyników uzyskanych w podskali Brak efektywności (BE) (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S).

Tabela 9.9: Rozpowszechnienie nasilenia problemu (<i>brak efektywności</i>) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:S)					
Klasyfikacja nasilenia problemu	Niskie	Przeciętne	Podwyższone	Wysokie	Bardzo wysokie
Dzieci 7-12 lat	3,6 %	56,76 %	21,62 %	7,21 %	10,81 %
Dzieci 13-14 lat	8 %	64 %	16 %	2 %	10 %
Dziewczęta	5,33 %	56 %	17,33 %	6,67 %	14,67 %
Chłopcy	4,65 %	61,63 %	22,09 %	4,65 %	6,98 %
Dziewczęta 7-12 lat	4,65 %	53,49 %	16,28 %	9,3 %	16,28 %
Chłopcy 7-12 lat	2,94 %	58,82 %	25 %	5,88 %	7,35 %
Dziewczęta 13-14 lat	6,25 %	59,38 %	18,75 %	3,13 %	12,5 %
Chłopcy 13-14 lat	11,11 %	72,22 %	11,11 %	0 %	5,56 %
Cała grupa badana w etapie II (CDI 2:S)	4,97 %	59,01 %	19,88 %	5,59 %	10,56 %

W tabeli 9.10 przedstawiono porównanie rang wyników podskali Brak efektywności (BE) (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S) uzyskanych w poszczególnych grupach populacyjnych biorących udział w etapie II badania.

Tabela 9.10: <i>Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w podskali Brak efektywności (BE) CDI 2:S ze względu na zmienną różnicującą</i>	p	Różnica (istotna statystycznie)
Dziewczęta / chłopcy	0,056840	nd.
Dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat	0,254356	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / chłopcy 7-12 lat	0,033108	Dziewczęta 7-12 lat > chłopcy 7-12 lat
Dziewczęta 13-14 lat / chłopcy 13-14 lat	0,454570	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / dziewczęta 13-14 lat	0,1229	nd.
Chłopcy 7-12 lat / chłopcy 13-14 lat	0,5242	nd.

Porównując ze sobą rangi wyników uzyskanych w podskali Brak efektywności (BE) wersji CDI 2:S przez osoby z poszczególnych grup populacyjnych, uzyskano następujące różnice:

- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,056840$),
- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,254356$),
- w grupie dzieci młodszych (7-12 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: wyższe wartości w grupie dziewcząt ($p=0,033108$),
- w grupie dzieci starszych (13-14 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,454570$),

- w grupie dziewcząt względem zmiennej różnicującej dziewczęta młodsze (7-12 lat) / dziewczęta starsze (13-14 lat): różnica nieistotna statystycznie ($p=0,1229$),
- w grupie chłopców względem zmiennej różnicującej chłopcy młodszy (7-12 lat) / chłopcy starsi (13-14 lat): różnica nieistotna statystycznie ($p=0,5242$).

9.2.1.5 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia problemów interpersonalnych na podstawie samooceny dokonanej przez dzieci w etapie II (szczegółowym) badania

W tabeli 9.11 przedstawiono rozpowszechnienie nasilenia cechy, jaką są problemy interpersonalne, w obrębie poszczególnych grup populacyjnych objętych badaniem w etapie II – na podstawie wyników uzyskanych w podskali Problemy interpersonalne (PI) (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S).

Tabela 9.11: Rozpowszechnienie nasilenia problemu (<i>problemy interpersonalne</i>) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:S)					
Klasyfikacja nasilenia problemu	Niskie	Przeciętne	Podwyższone	Wysokie	Bardzo wysokie
Dzieci 7-12 lat	0 %	77,48 %	8,11 %	11,71 %	2,7 %
Dzieci 13-14 lat	0 %	62 %	10 %	20 %	8 %
Dziewczeta	0 %	61,33 %	13,33 %	17,33 %	8 %
Chłopcy	0 %	82,56 %	4,65 %	11,63 %	1,16 %
Dziewczeta 7-12 lat	0 %	65,12 %	11,63 %	16,28 %	6,98 %
Chłopcy 7-12 lat	0 %	85,29 %	5,88 %	8,82 %	0 %
Dziewczeta 13-14 lat	0 %	56,25 %	15,63 %	18,75 %	9,38 %
Chłopcy 13-14 lat	0 %	72,22 %	0 %	22,22 %	5,56 %
Cała grupa badana w etapie II (CDI 2:S)	0 %	72,67 %	8,7 %	14,29 %	4,35 %

W tabeli 9.12 przedstawiono porównanie rang wyników podskali Problemy interpersonalne (PI) (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S) uzyskanych w poszczególnych grupach populacyjnych biorących udział w etapie II badania.

Tabela 9.12: <i>Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w podskali Problemy interpersonalne (PI) CDI 2:S ze względu na zmienną różnicującą</i>	p	Różnica (istotna statystycznie)
Dziewczęta / chłopcy	0,123503	nd.
Dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat	0,620583	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / chłopcy 7-12 lat	0,002236	Dziewczęta 7-12 lat > chłopcy 7-12 lat
Dziewczęta 13-14 lat / chłopcy 13-14 lat	0,442470	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / dziewczęta 13-14 lat	0,1573	nd.
Chłopcy 7-12 lat / chłopcy 13-14 lat	0,004	Chłopcy 7-12 lat < chłopcy 13-14 lat

Porównując ze sobą rangi wyników uzyskanych w podskali Problemy interpersonalne (PI) wersji CDI 2:S przez osoby z poszczególnych grup populacyjnych, uzyskano następujące różnice:

- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,123503$),
- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,620583$),
- w grupie dzieci młodszych (7-12 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: wyższe wartości w grupie dziewcząt ($p=0,002236$),
- w grupie dzieci starszych (13-14 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,442470$),

- w grupie dziewcząt względem zmiennej różnicującej dziewczęta młodsze (7-12 lat) / dziewczęta starsze (13-14 lat): różnica nieistotna statystycznie ($p=0,1573$),
- w grupie chłopców względem zmiennej różnicującej chłopcy młodszy (7-12 lat) / chłopcy starsi (13-14 lat): wyższe wartości w grupie chłopców starszych ($p=0,004$).

9.2.1.6 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia problemów w funkcjonowaniu na podstawie samooceny dokonanej przez dzieci w etapie II (szczegółowym) badania

W tabeli 9.13 przedstawiono rozpowszechnienie nasilenia cechy, jaką są problemy w funkcjonowaniu, w obrębie poszczególnych grup populacyjnych objętych badaniem w etapie II – na podstawie wyników uzyskanych w skali Problemy w funkcjonowaniu (PF) (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S).

Tabela 9.13: Rozpowszechnienie nasilenia problemu (<i>problemy w funkcjonowaniu</i>) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:S)					
Klasyfikacja nasilenia problemu	Niskie	Przeciętne	Podwyższone	Wysokie	Bardzo wysokie
Dzieci 7-12 lat	2,7 %	65,77 %	14,41 %	9,91 %	7,21 %
Dzieci 13-14 lat	12 %	58 %	10 %	10 %	10 %
Dziewczęta	8 %	53,33 %	17,33 %	8 %	13,33 %
Chłopcy	3,49 %	72,09 %	9,3 %	11,63 %	3,49 %
Dziewczęta 7-12 lat	2,33 %	53,49 %	23,26 %	6,98 %	13,95 %
Chłopcy 7-12 lat	2,94 %	73,53 %	8,82 %	11,76 %	2,94 %
Dziewczęta 13-14 lat	15,63 %	53,13 %	9,38 %	9,38 %	12,5 %
Chłopcy 13-14 lat	5,56 %	66,67 %	11,11 %	11,11 %	5,56 %
Cała grupa badana w etapie II (CDI 2:S)	5,59 %	63,35 %	13,04 %	9,94 %	8,07 %

W tabeli 9.14 przedstawiono porównanie rang wyników skali Problemy w funkcjonowaniu (PF) (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S) uzyskanych w poszczególnych grupach populacyjnych biorących udział w etapie II badania.

<i>Tabela 9.14: Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w skali Problemy w funkcjonowaniu (PF) CDI 2:S ze względu na zmienną różnicującą</i>	p	Różnica (istotna statystycznie)
Dziewczęta / chłopcy	0,011805	Dziewczęta > chłopcy
Dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat	0,662423	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / chłopcy 7-12 lat	0,002678	Dziewczęta 7-12 lat > chłopcy 7-12 lat
Dziewczęta 13-14 lat / chłopcy 13-14 lat	0,642032	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / dziewczęta 13-14 lat	0,099	nd.
Chłopcy 7-12 lat / chłopcy 13-14 lat	0,5557	nd.

Porównując ze sobą rangi wyników uzyskanych w skali Problemy w funkcjonowaniu (PF) wersji CDI 2:S przez osoby z poszczególnych grup populacyjnych, uzyskano następujące różnice:

- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: wyższe wartości w grupie dziewcząt ($p=0,011805$),
- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,662423$),
- w grupie dzieci młodszych (7-12 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: wyższe wartości w grupie dziewcząt ($p=0,002678$),
- w grupie dzieci starszych (13-14 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,642032$),

- w grupie dziewcząt względem zmiennej różnicującej dziewczęta młodsze (7-12 lat) / dziewczęta starsze (13-14 lat): różnica nieistotna statystycznie ($p=0,099$),
- w grupie chłopców względem zmiennej różnicującej chłopcy młodszy (7-12 lat) / chłopcy starsi (13-14 lat): różnica nieistotna statystycznie ($p=0,5557$).

9.2.1.7 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia ogólnych cech depresji na podstawie samooceny dokonanej przez dzieci w etapie II (szczegółowym) badania

W tabeli 9.15 przedstawiono rozpowszechnienie nasilenia ogólnych cech depresji w obrębie poszczególnych grup populacyjnych objętych badaniem w etapie II – na podstawie wyników ogólnych uzyskanych w (pełnej) Wersji do Samooceny CDI 2 (CDI 2:S).

Tabela 9.15: Rozpowszechnienie nasilenia problemu (<i>objawy depresji</i>) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:S)					
Klasyfikacja nasilenia problemu	Niskie	Przeciętne	Podwyższone	Wysokie	Bardzo wysokie
Dzieci 7-12 lat	10,81 %	44,14 %	23,42 %	11,71 %	9,91 %
Dzieci 13-14 lat	10 %	64 %	8 %	14 %	4 %
Dziewczęta	8 %	42,67 %	24 %	10,67 %	14,67 %
Chłopcy	12,79 %	56,98 %	13,95 %	13,95 %	2,33 %
Dziewczęta 7-12 lat	4,65 %	30,23 %	34,88 %	9,3 %	20,93 %
Chłopcy 7-12 lat	14,71 %	52,94 %	16,18 %	13,24 %	2,94 %
Dziewczęta 13-14 lat	12,5 %	59,38 %	9,38 %	12,5 %	6,25 %
Chłopcy 13-14 lat	5,56 %	72,22 %	5,56 %	16,67 %	0 %
Cała grupa badana w etapie II (CDI 2:S)	10,56 %	50,31 %	18,63 %	12,42 %	8,07 %

W tabeli 9.16 przedstawiono porównanie rang wyników ogólnych (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S) uzyskanych w poszczególnych grupach populacyjnych biorących udział w etapie II badania.

<i>Tabela 9.16: Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] ogólnych uzyskanych w CDI 2:S ze względu na zmienną różnicującą</i>	p	Różnica (istotna statystycznie)
Dziewczęta / chłopcy	0,001154	Dziewczęta > chłopcy
Dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat	0,289390	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / chłopcy 7-12 lat	0,000107	Dziewczęta 7-12 lat > chłopcy 7-12 lat
Dziewczęta 13-14 lat / chłopcy 13-14 lat	0,592235	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / dziewczęta 13-14 lat	0,0081	Dziewczęta 7-12 lat < dziewczęta 13-14 lat
Chłopcy 7-12 lat / chłopcy 13-14 lat	0,8693	nd.

Porównując ze sobą rangi wyników ogólnych uzyskanych w wersji CDI 2:S przez osoby z poszczególnych grup populacyjnych, uzyskano następujące różnice:

- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: wyższe wartości w grupie dziewcząt ($p=0,001154$),
- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,289390$),
- w grupie dzieci młodszych (7-12 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: wyższe wartości w grupie dziewcząt ($p=0,000107$),
- w grupie dzieci starszych (13-14 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,592235$),

- w grupie dziewcząt względem zmiennej różnicującej dziewczęta młodsze (7-12 lat) / dziewczęta starsze (13-14 lat): wyższe wartości w grupie dziewcząt starszych ($p=0,0081$),
- w grupie chłopców względem zmiennej różnicującej chłopcy młodszy (7-12 lat) / chłopcy starsi (13-14 lat): różnica nieistotna statystycznie ($p=0,8693$).

9.2.2 Wyniki uzyskane na podstawie badania z użyciem Wersji dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R)

Dane zgromadzone na podstawie odpowiedzi ankietowych, których udzielił rodzic lub opiekun dziecka opisując jego stan, stanowią cenne uzupełnienie informacji, jakie można uzyskać na podstawie samooceny dokonanej przez dziecko. Rodzic lub opiekun, obserwując dziecko przede wszystkim w kontekście domowym i rodzinnym, nie zawsze jest świadomy jakości i skali problemów wewnętrznych dziecka, tym niemniej wykazując pewien stopień zdystansowania i obiektywizmu, może zwracać uwagę na fakty i zjawiska pozostające poza kontrolą i świadomością dziecka. Wersja dla Rodzica ma charakter nieco bardziej ogólny niż (pełna) Wersja do Samoopisu – koncentruje się na problemach emocjonalnych oraz problemach w funkcjonowaniu jako potencjalnych składowych zaburzeń depresyjnych, bez szczegółowej, ustrukturyzowanej analizy poziomu negatywnego nastroju / objawów somatycznych, niskiej samooceny, braku efektywności oraz problemów interpersonalnych osoby, której dotyczy badanie.

9.2.2.1 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia problemów emocjonalnych na podstawie oceny dzieci dokonanej przez ich rodziców lub opiekunów w etapie II (szczegółowym) badania

W tabeli 9.17 przedstawiono rozpowszechnienie nasilenia cechy, jaką są problemy emocjonalne, w obrębie poszczególnych grup populacyjnych objętych badaniem w etapie II – na podstawie wyników uzyskanych w skali Problemy emocjonalne (PE) Wersji dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R).

Tabela 9.17: Rozpowszechnienie nasilenia problemu (<i>problemy emocjonalne</i>) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:R)					
Klasyfikacja nasilenia problemu	Niskie	Przeciętne	Podwyższone	Wysokie	Bardzo wysokie
Dzieci 7-12 lat	9,91 %	59,46 %	18,92 %	5,41 %	6,31 %
Dzieci 13-14 lat	2 %	66 %	16 %	6 %	10 %
Dziewczęta	5,33 %	56 %	24 %	9,33 %	5,33 %
Chłopcy	9,3 %	66,28 %	12,79 %	2,33 %	9,3 %
Dziewczęta 7-12 lat	6,98 %	44,19 %	32,56 %	9,3 %	6,98 %
Chłopcy 7-12 lat	11,76 %	69,12 %	10,29 %	2,94 %	5,88 %
Dziewczęta 13-14 lat	3,13 %	71,88 %	12,5 %	9,38 %	3,13 %
Chłopcy 13-14 lat	0 %	55,56 %	22,22 %	0 %	22,22 %
Cała grupa badana w etapie II (CDI 2:R)	7,45 %	61,49 %	18,01 %	5,59 %	7,45 %

W tabeli 9.18 przedstawiono porównanie rang wyników skali Problemy emocjonalne (PE) Wersji dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R) uzyskanych w poszczególnych grupach populacyjnych biorących udział w etapie II badania.

Tabela 9.18: <i>Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w skali Problemy emocjonalne (PE) CDI 2:R ze względu na zmienną różnicującą</i>	p	Różnica (istotna statystycznie)
Dziewczęta / chłopcy	0,325721	nd.
Dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat	0,845039	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / chłopcy 7-12 lat	0,009001	Dziewczęta 7-12 lat > chłopcy 7-12 lat
Dziewczęta 13-14 lat / chłopcy 13-14 lat	0,024868	Dziewczęta 13-14 lat < chłopcy 13-14 lat
Dziewczęta 7-12 lat / dziewczęta 13-14 lat	0,0469	Dziewczęta 7-12 lat < dziewczęta 13-14 lat
Chłopcy 7-12 lat / chłopcy 13-14 lat	0,0139	Chłopcy 7-12 lat < chłopcy 13-14 lat

Porównując ze sobą rangi wyników uzyskanych w skali Problemy emocjonalne (PE) wersji CDI 2:R przez osoby z poszczególnych grup populacyjnych, uzyskano następujące różnice:

- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,325721$),
- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,845039$),
- w grupie dzieci młodszych (7-12 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: wyższe wartości w grupie dziewcząt ($p=0,009001$),
- w grupie dzieci starszych (13-14 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: wyższe wartości w grupie chłopców ($p=0,024868$),
- w grupie dziewcząt względem zmiennej różnicującej dziewczęta młodsze (7-12 lat) / dziewczęta starsze (13-14 lat): wyższe wartości w grupie dziewcząt starszych ($p=0,0469$),

- w grupie chłopców względem zmiennej różnicującej chłopcy młodsi (7-12 lat) / chłopcy starsi (13-14 lat): wyższe wartości w grupie chłopców starszych ($p=0,0139$).

9.2.2.2 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia problemów w funkcjonowaniu na podstawie oceny dzieci dokonanej przez ich rodziców lub opiekunów w etapie II (szczegółowym) badania

W tabeli 9.19 przedstawiono rozpowszechnienie nasilenia cechy, jaką są problemy w funkcjonowaniu, w obrębie poszczególnych grup populacyjnych objętych badaniem w etapie II – na podstawie wyników uzyskanych w skali Problemy w funkcjonowaniu (PF) Wersji dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R).

Tabela 9.19: <i>Rozpowszechnienie nasilenia problemu (problemy w funkcjonowaniu) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:R)</i>					
Klasyfikacja nasilenia problemu	Niskie	Przeciętne	Podwyższone	Wysokie	Bardzo wysokie
Dzieci 7-12 lat	9,91 %	62,16 %	13,51 %	9,91 %	4,5 %
Dzieci 13-14 lat	8 %	56 %	20 %	4 %	12 %
Dziewczęta	12 %	50,67 %	22,67 %	8 %	6,67 %
Chłopcy	6,98 %	68,6 %	9,3 %	8,14 %	6,98 %
Dziewczęta 7-12 lat	13,95 %	48,84 %	23,26 %	9,3 %	4,65 %
Chłopcy 7-12 lat	7,35 %	70,59 %	7,35 %	10,29 %	4,41 %
Dziewczęta 13-14 lat	9,38 %	53,13 %	21,88 %	6,25 %	9,38 %
Chłopcy 13-14 lat	5,56 %	61,11 %	16,67 %	0 %	16,67 %
Cała grupa badana w etapie II (CDI 2:R)	9,32 %	60,25 %	15,53 %	8,07 %	6,83 %

W tabeli 9.20 przedstawiono porównanie rang wyników skali Problemy w funkcjonowaniu (PF) Wersji dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R) uzyskanych w poszczególnych grupach populacyjnych biorących udział w etapie II badania.

<i>Tabela 9.20: Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w skali Problemy w funkcjonowaniu (PF) CDI 2:R ze względu na zmienną różnicującą</i>	p	Różnica (istotna statystycznie)
Dziewczęta / chłopcy	0,647315	nd.
Dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat	0,440797	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / chłopcy 7-12 lat	0,447440	nd.
Dziewczęta 13-14 lat / chłopcy 13-14 lat	0,524349	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / dziewczęta 13-14 lat	0,8387	nd.
Chłopcy 7-12 lat / chłopcy 13-14 lat	0,2282	nd.

Porównując ze sobą rangi wyników uzyskanych w skali Problemy w funkcjonowaniu (PF) wersji CDI 2:R przez osoby z poszczególnych grup populacyjnych, uzyskano następujące różnice:

- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,647315$),
- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,440797$),
- w grupie dzieci młodszych (7-12 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,447440$),
- w grupie dzieci starszych (13-14 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,524349$),

- w grupie dziewcząt względem zmiennej różnicującej dziewczęta młodsze (7-12 lat) / dziewczęta starsze (13-14 lat): różnica nieistotna statystycznie ($p=0,8387$),
- w grupie chłopców względem zmiennej różnicującej chłopcy młodszy (7-12 lat) / chłopcy starsi (13-14 lat): różnica nieistotna statystycznie ($p=0,2282$).

9.2.2.3 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia ogólnych cech depresji na podstawie oceny dzieci dokonanej przez ich rodziców lub opiekunów w etapie II (szczegółowym) badania

W tabeli 9.21 przedstawiono rozpowszechnienie nasilenia ogólnych cech depresji w obrębie poszczególnych grup populacyjnych objętych badaniem w etapie II – na podstawie wyników ogólnych uzyskanych w Wersji dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R).

Tabela 9.21: Rozpowszechnienie nasilenia problemu (<i>objawy depresji</i>) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:R)					
Klasyfikacja nasilenia problemu	Niskie	Przeciętne	Podwyższone	Wysokie	Bardzo wysokie
Dzieci 7-12 lat	10,81 %	54,05 %	18,92 %	8,11 %	8,11 %
Dzieci 13-14 lat	6 %	56 %	22 %	4 %	12 %
Dziewczęta	8 %	53,33 %	20 %	10,67 %	8 %
Chłopcy	10,47 %	55,81 %	19,77 %	3,49 %	10,47 %
Dziewczęta 7-12 lat	6,98 %	53,49 %	16,28 %	13,95 %	9,3 %
Chłopcy 7-12 lat	13,24 %	54,41 %	20,59 %	4,41 %	7,35 %
Dziewczęta 13-14 lat	9,38 %	53,13 %	25 %	6,25 %	6,25 %
Chłopcy 13-14 lat	0 %	61,11 %	16,67 %	0 %	22,22 %
Cała grupa badana w etapie II (CDI 2:R)	9,32 %	54,66 %	19,88 %	6,83 %	9,32 %

W tabeli 9.22 przedstawiono porównanie rang wyników ogólnych Wersji dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R) uzyskanych w poszczególnych grupach populacyjnych biorących udział w etapie II badania.

Tabela 9.22: <i>Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] ogólnych uzyskanych w CDI 2:R ze względu na zmienną różnicującą</i>	p	Różnica (istotna statystycznie)
Dziewczęta / chłopcy	0,328230	nd.
Dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat	0,662423	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / chłopcy 7-12 lat	0,048798	Dziewczęta 7-12 lat > chłopcy 7-12 lat
Dziewczęta 13-14 lat / chłopcy 13-14 lat	0,202907	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / dziewczęta 13-14 lat	0,2429	nd.
Chłopcy 7-12 lat / chłopcy 13-14 lat	0,0807	nd.

Porównując ze sobą rangi wyników ogólnych uzyskanych w wersji CDI 2:R przez osoby z poszczególnych grup populacyjnych, uzyskano następujące różnice:

- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,328230$),
- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,662423$),
- w grupie dzieci młodszych (7-12 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: wyższe wartości w grupie dziewcząt ($p=0,048798$),
- w grupie dzieci starszych (13-14 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,202907$),
- w grupie dziewcząt względem zmiennej różnicującej dziewczęta młodsze (7-12 lat) / dziewczęta starsze (13-14 lat): różnica nieistotna statystycznie ($p=0,2429$),

- w grupie chłopców względem zmiennej różnicującej chłopcy młodsi (7-12 lat) / chłopcy starsi (13-14 lat): różnica nieistotna statystycznie ($p=0,0807$).

9.2.3 Wyniki uzyskane na podstawie badania z użyciem Wersji dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N)

Dane zgromadzone na podstawie odpowiedzi ankietowych, których udzielił nauczyciel (wychowawca lub inny nauczyciel mający z dzieckiem odpowiednio częsty kontakt) dziecka opisując jego stan, stanowią cenne uzupełnienie informacji, jakie można uzyskać na podstawie samooceny dokonanej przez dziecko i/lub oceny dziecka dokonanej przez jego rodzica lub opiekuna. Nauczyciel, obserwując dziecko przede wszystkim w kontekście ogólnospołecznym, szkolnym i instytucjonalnym, często nie jest w pełni świadomy ani problemów wewnętrznych dziecka ani związanych z nimi zjawisk występujących w środowisku rodzinnym i domowym, tym niemniej wykazując odpowiedni stopień zdystansowania i obiektywizmu, może zwracać uwagę na fakty i zjawiska pozostające poza kontrolą i świadomością dziecka i/lub jego rodzica/opiekuna, zwłaszcza w sformalizowanych warunkach szkolnych i społecznych relacjach rówieśniczych. Wersja dla Nauczyciela ma charakter zbliżony do Wersji dla Rodzica i nieco bardziej ogólny niż (pełna) Wersja do Samoopisu – koncentruje się na problemach emocjonalnych oraz problemach w funkcjonowaniu jako potencjalnych składowych zaburzeń depresyjnych, bez szczegółowej, ustrukturyzowanej analizy poziomu negatywnego nastroju / objawów somatycznych, niskiej samooceny, braku efektywności oraz problemów interpersonalnych osoby, której dotyczy badanie.

9.2.3.1 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia problemów emocjonalnych na podstawie oceny dzieci dokonanej przez ich nauczycieli w etapie II (szczegółowym) badania

W tabeli 9.23 przedstawiono rozpowszechnienie nasilenia cechy, jaką są problemy emocjonalne, w obrębie poszczególnych grup populacyjnych objętych badaniem w etapie II – na podstawie wyników uzyskanych w skali Problemy emocjonalne (PE) Wersji dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N).

Tabela 9.23: Rozpowszechnienie nasilenia problemu (<i>problemy emocjonalne</i>) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:N)					
Klasyfikacja nasilenia problemu	Niskie	Przeciętne	Podwyższone	Wysokie	Bardzo wysokie
Dzieci 7-12 lat	8,62 %	68,97 %	13,79 %	5,17 %	3,45 %
Dzieci 13-14 lat	9,43 %	75,47 %	3,77 %	3,77 %	7,55 %
Dziewczęta	8,75 %	68,75 %	10 %	6,25 %	6,25 %
Chłopcy	8,99 %	73,03 %	11,24 %	3,37 %	3,37 %
Dziewczęta 7-12 lat	4,44 %	71,11 %	15,56 %	6,67 %	2,22 %
Chłopcy 7-12 lat	11,27 %	67,61 %	12,68 %	4,23 %	4,23 %
Dziewczęta 13-14 lat	14,29 %	65,71 %	2,86 %	5,71 %	11,43 %
Chłopcy 13-14 lat	0 %	94,44 %	5,56 %	0 %	0 %
Cała grupa badana w etapie II (CDI 2:N)	8,88 %	71,01 %	10,65 %	4,73 %	4,73 %

W tabeli 9.24 przedstawiono porównanie rang wyników skali Problemy emocjonalne (PE) Wersji dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N) uzyskanych w poszczególnych grupach populacyjnych biorących udział w etapie II badania.

Tabela 9.24: <i>Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w skali Problemy emocjonalne (PE) CDI 2:N ze względu na zmienną różnicującą</i>	p	Różnica (istotna statystycznie)
Dziewczęta / chłopcy	0,242745	nd.
Dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat	0,571483	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / chłopcy 7-12 lat	0,693748	nd.
Dziewczęta 13-14 lat / chłopcy 13-14 lat	0,148134	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / dziewczęta 13-14 lat	0,4640	nd.
Chłopcy 7-12 lat / chłopcy 13-14 lat	0,6605	nd.

Porównując ze sobą rangi wyników uzyskanych w skali Problemy emocjonalne (PE) wersji CDI 2:N przez osoby z poszczególnych grup populacyjnych, uzyskano następujące różnice:

- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,242745$),
- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,571483$),
- w grupie dzieci młodszych (7-12 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,693748$),
- w grupie dzieci starszych (13-14 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,148134$),
- w grupie dziewcząt względem zmiennej różnicującej dziewczęta młodsze (7-12 lat) / dziewczęta starsze (13-14 lat): różnica nieistotna statystycznie ($p=0,4640$),

- w grupie chłopców względem zmiennej różnicującej chłopcy młodsi (7-12 lat) / chłopcy starsi (13-14 lat): różnica nieistotna statystycznie ($p=0,6605$).

9.2.3.2 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia problemów w funkcjonowaniu na podstawie oceny dzieci dokonanej przez ich nauczycieli w etapie II (szczegółowym) badania

W tabeli 9.25 przedstawiono rozpowszechnienie nasilenia cechy, jaką są problemy w funkcjonowaniu, w obrębie poszczególnych grup populacyjnych objętych badaniem w etapie II – na podstawie wyników uzyskanych w skali Problemy w funkcjonowaniu (PF) Wersji dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N).

Tabela 9.25: Rozpowszechnienie nasilenia problemu (<i>problemy w funkcjonowaniu</i>) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:N)					
Klasyfikacja nasilenia problemu	Niskie	Przeciętne	Podwyższone	Wysokie	Bardzo wysokie
Dzieci 7-12 lat	10,34 %	64,66 %	15,52 %	5,17 %	4,31 %
Dzieci 13-14 lat	9,43 %	66,04 %	11,32 %	5,66 %	7,55 %
Dziewczęta	3,75 %	70 %	15 %	5 %	6,25 %
Chłopcy	15,73 %	60,67 %	13,48 %	5,62 %	4,49 %
Dziewczęta 7-12 lat	0 %	77,78 %	15,56 %	4,44 %	2,22 %
Chłopcy 7-12 lat	16,9 %	56,34 %	15,49 %	5,63 %	5,63 %
Dziewczęta 13-14 lat	8,57 %	60 %	14,29 %	5,71 %	11,43 %
Chłopcy 13-14 lat	11,11 %	77,78 %	5,56 %	5,56 %	0 %
Cała grupa badana w etapie II (CDI 2:N)	10,06 %	65,09 %	14,2 %	5,33 %	5,33 %

W tabeli 9.26 przedstawiono porównanie rang wyników skali Problemy w funkcjonowaniu (PF) Wersji dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N) uzyskanych w poszczególnych grupach populacyjnych biorących udział w etapie II badania.

<i>Tabela 9.26: Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w skali Problemy w funkcjonowaniu (PF) CDI 2:N ze względu na zmienną różnicującą</i>	p	Różnica (istotna statystycznie)
Dziewczęta / chłopcy	0,052049	nd.
Dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat	0,449876	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / chłopcy 7-12 lat	0,725378	nd.
Dziewczęta 13-14 lat / chłopcy 13-14 lat	0,001766	Dziewczęta 13-14 lat > chłopcy 13-14 lat
Dziewczęta 7-12 lat / dziewczęta 13-14 lat	0,0906	nd.
Chłopcy 7-12 lat / chłopcy 13-14 lat	0,2442	nd.

Porównując ze sobą rangi wyników uzyskanych w skali Problemy w funkcjonowaniu (PF) wersji CDI 2:N przez osoby z poszczególnych grup populacyjnych, uzyskano następujące różnice:

- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,052049$),
- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,449876$),
- w grupie dzieci młodszych (7-12 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,725378$),
- w grupie dzieci starszych (13-14 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: wyższe wartości w grupie dziewcząt ($p=0,001766$),

- w grupie dziewcząt względem zmiennej różnicującej dziewczęta młodsze (7-12 lat) / dziewczęta starsze (13-14 lat): różnica nieistotna statystycznie ($p=0,0906$),
- w grupie chłopców względem zmiennej różnicującej chłopcy młodszy (7-12 lat) / chłopcy starsi (13-14 lat): różnica nieistotna statystycznie ($p=0,2442$).

9.2.3.3 Analiza rozpowszechnienia i nasilenia ogólnych cech depresji na podstawie oceny dzieci dokonanej przez ich nauczycieli w etapie II (szczegółowym) badania

W tabeli 9.27 przedstawiono rozpowszechnienie nasilenia ogólnych cech depresji w obrębie poszczególnych grup populacyjnych objętych badaniem w etapie II – na podstawie wyników ogólnych uzyskanych w Wersji dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N).

Tabela 9.27: Rozpowszechnienie nasilenia problemu (<i>objawy depresji</i>) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:N)					
Klasyfikacja nasilenia problemu	Niskie	Przeciętne	Podwyższone	Wysokie	Bardzo wysokie
Dzieci 7-12 lat	10,34 %	69,83 %	10,34 %	4,31 %	5,17 %
Dzieci 13-14 lat	11,32 %	66,04 %	7,55 %	7,55 %	7,55 %
Dziewczęta	6,25 %	71,25 %	8,75 %	6,25 %	7,5 %
Chłopcy	14,61 %	66,29 %	10,11 %	4,49 %	4,49 %
Dziewczęta 7-12 lat	2,22 %	82,22 %	8,89 %	2,22 %	4,44 %
Chłopcy 7-12 lat	15,49 %	61,97 %	11,27 %	5,63 %	5,63 %
Dziewczęta 13-14 lat	11,43 %	57,14 %	8,57 %	11,43 %	11,43 %
Chłopcy 13-14 lat	11,11 %	83,33 %	5,56 %	0 %	0 %
Cała grupa badana w etapie II (CDI 2:N)	10,65 %	68,64 %	9,47 %	5,33 %	5,92 %

W tabeli 9.28 przedstawiono porównanie rang wyników ogólnych Wersji dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N) uzyskanych w poszczególnych grupach populacyjnych biorących udział w etapie II badania.

Tabela 9.28: <i>Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] ogólnych uzyskanych w CDI 2:N ze względu na zmienną różnicującą</i>	p	Różnica (istotna statystycznie)
Dziewczęta / chłopcy	0,041161	Dziewczęta > chłopcy
Dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat	0,446834	nd.
Dziewczęta 7-12 lat / chłopcy 7-12 lat	0,540599	nd.
Dziewczęta 13-14 lat / chłopcy 13-14 lat	0,009547	Dziewczęta 13-14 lat > chłopcy 13-14 lat
Dziewczęta 7-12 lat / dziewczęta 13-14 lat	0,1172	nd.
Chłopcy 7-12 lat / chłopcy 13-14 lat	0,3243	nd.

Porównując ze sobą rangi wyników ogólnych uzyskanych w wersji CDI 2:N przez osoby z poszczególnych grup populacyjnych, uzyskano następujące różnice:

- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: wyższe wartości w grupie dziewcząt ($p=0,041161$),
- w całej grupie badanej w etapie II względem zmiennej różnicującej dzieci 7-12 lat / dzieci 13-14 lat: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,446834$),
- w grupie dzieci młodszych (7-12 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: różnica nieistotna statystycznie ($p=0,540599$),
- w grupie dzieci starszych (13-14 lat) względem zmiennej różnicującej dziewczęta / chłopcy: wartości w grupie dziewcząt ($p=0,009547$),
- w grupie dziewcząt względem zmiennej różnicującej dziewczęta młodsze (7-12 lat) / dziewczęta starsze (13-14 lat): różnica nieistotna statystycznie ($p=0,1172$),

- w grupie chłopców względem zmiennej różnicującej chłopcy młodsi (7-12 lat) / chłopcy starsi (13-14 lat): różnica nieistotna statystycznie ($p=0,3243$).

10. Wyniki badania: ocena stanu dzieci z różnych perspektyw – analiza podobieństw, różnic i korelacji pomiędzy ocenami dokonanymi przez poszczególnych respondentów (dziecko, rodzic/opiekun, nauczyciel) w etapie II badania

Jednym z założeń niniejszej pracy jest to, iż ocena i interpretacja obserwowanych cech dziecka może różnić się w zależności od perspektywy osoby opisującej jego stan. Stąd, w etapie II badania posłużono się trzema wersjami ankiet CDI 2, z których każda przeznaczona była dla innej osoby oceniającej to samo dziecko. Jak zaznaczono wcześniej, za najważniejszą z punktu widzenia diagnostyki, uważa się samoocenę dokonaną przez badane dziecko (pełna Wersja do Samoopisu CDI 2). Tym niemniej, mając na uwadze możliwość nadinterpretacji, bagatelizowania, opacznego rozumienia, agravacji, jak i dysymulacji objawów przez dziecko, uznano, że wartościowym uzupełnieniem jego autooceny będzie ocena dokonana przez dorosłe osoby mające z nim systematyczną styczność – rodziców lub opiekunów (Wersja dla Rodzica CDI 2) oraz nauczycieli (Wersja dla Nauczyciela CDI 2). Autorzy narzędzia diagnostycznego przewidzieli różnice w dokonywanych ocenach tego samego dziecka przez różnych respondentów i ustalając normy interpretacyjne poszczególnych skal, obliczyli minimalne wartości istotnych statystycznie różnic pomiędzy uzyskanymi wynikami przeliczonymi różnych wersji. Jeśli różnice pomiędzy wynikami analogicznych skal danych wersji osiągają lub przekraczają określone wartości, wówczas dokonane odpowiednio przez poszczególnych respondentów oceny dziecka uznaje się za istotnie statystycznie różniące się od siebie.

10.1 Porównanie ocen nasilenia poszczególnych problemów interpretowanego jako istotne klinicznie w zależności od wersji ankietowej CDI 2 użytej w etapie II badania

W tabelach: 10.1, 10.2 i 10.3 przedstawiono odsetek dzieci, których problemy w poszczególnych sferach objawowych zostały ocenione w różnych wersjach ankietowych

użytych w etapie II badania jako nasilone w sposób klinicznie istotny (wysoko lub bardzo wysoko).

Tabela 10.1: Rozpowszechnienie istotnego kliniczne (wysokie i bardzo wysokie) nasilenia problemów emocjonalnych w badanych grupach populacyjnych – porównanie ocen w poszczególnych wersjach ankiet użytych w etapie II

Wersja ankietowa	CDI 2:S	CDI 2:R	CDI 2:N
Dzieci 7-12 lat	23,42 %	11,71 %	8,62 %
Dzieci 13-14 lat	14 %	16 %	11,32 %
Dziewczęta	32 %	14,67 %	12,5 %
Chłopcy	10,47 %	11,63 %	6,74 %
Dziewczęta 7-12 lat	44,19 %	16,28 %	8,89 %
Chłopcy 7-12 lat	10,29 %	8,82 %	8,45 %
Dziewczęta 13-14 lat	15,63 %	12,5 %	17,14 %
Chłopcy 13-14 lat	11,11 %	22,22 %	0 %
Cała grupa badana w etapie II	20,5 %	13,04 %	9,47 %

Tabela 10.2: Rozpowszechnienie istotnego kliniczne (wysokie i bardzo wysokie) nasilenia problemów w funkcjonowaniu w badanych grupach populacyjnych – porównanie ocen w poszczególnych wersjach ankiet użytych w etapie II

Wersja ankietowa	CDI 2:S	CDI 2:R	CDI 2:N
Dzieci 7-12 lat	17,12 %	14,41 %	9,48 %
Dzieci 13-14 lat	20 %	16 %	13,21 %
Dziewczęta	21,33 %	14,67 %	11,25 %
Chłopcy	15,12 %	15,12 %	10,11 %
Dziewczęta 7-12 lat	20,93 %	13,95 %	6,67 %
Chłopcy 7-12 lat	14,71 %	14,71 %	11,27 %
Dziewczęta 13-14 lat	21,88 %	15,63 %	17,14 %
Chłopcy 13-14 lat	16,67 %	16,67 %	5,56 %
Cała grupa badana w etapie II	18,01 %	14,91 %	10,65 %

Tabela 10.3: *Rozpowszechnienie istotnego klinicznie (wysokie i bardzo wysokie) nasilenia objawów depresji w badanych grupach populacyjnych – porównanie ocen w poszczególnych wersjach ankiet użytych w etapie II*

Wersja ankietowa	CDI 2:S	CDI 2:R	CDI 2:N
Dzieci 7-12 lat	21,62 %	16,22 %	9,48 %
Dzieci 13-14 lat	18 %	16 %	15,09 %
Dziewczęta	25,33 %	18,67 %	13,75 %
Chłopcy	16,28 %	13,95 %	8,99 %
Dziewczęta 7-12 lat	30,23 %	23,26 %	6,67 %
Chłopcy 7-12 lat	16,18 %	11,76 %	11,27 %
Dziewczęta 13-14 lat	18,75 %	12,5 %	22,86 %
Chłopcy 13-14 lat	16,67 %	22,22 %	0 %
Cała grupa badana w etapie II	20,5 %	16,15 %	11,24 %

Uwagę zwracają m.in. następujące prawidłowości dotyczące wyników uzyskanych etapie II badania:

- w odniesieniu do całej grupy badanej w etapie II, grupy dzieci młodszych (7-12 lat), grupy dziewcząt i grupy dziewcząt młodszych (7-12 lat) badanych w etapie II: dzieci częściej niż ich rodzice/opiekunowie oraz nauczyciele zgłaszały obserwowane u siebie problemy o klinicznie istotnym nasileniu w każdej ze sfer objawowych (problemy emocjonalne, problemy w funkcjonowaniu oraz ogólne cechy depresji),
- w odniesieniu do całej grupy badanej w etapie II, grupy dzieci młodszych (7-12 lat), grupy dzieci starszych (13-14 lat), grupy dziewcząt, grupy chłopców, grupy dziewcząt młodszych (7-12 lat), grupy chłopców młodszych (7-12 lat) i grupy chłopców starszych (13-14 lat) badanych w etapie II: nauczyciele najrzadziej ze wszystkich respondentów zgłaszali obserwowane u dzieci problemy o klinicznie istotnym nasileniu w każdej ze sfer objawowych (problemy emocjonalne, problemy w funkcjonowaniu oraz ogólne cechy depresji),
- relatywnie największe różnice ilościowe między wynikami dokonanych przez różnych respondentów ocen stanu dzieci charakteryzowanego jako istotny klinicznie występują w zestawieniu wyników skal Problemy emocjonalne poszczególnych wersji

ankietowych, zaś relatywnie najmniejsze różnice – w zestawieniu wyników skal Problemy w funkcjonowaniu poszczególnych wersji ankietowych,

- dzieci relatywnie częściej obserwują u siebie istotne klinicznie problemy emocjonalne w porównaniu do problemów w funkcjonowaniu, zaś sytuacja odwrotna ma miejsce w przypadku rodziców/opiekunów oraz nauczycieli oceniających stan dzieci,

- relatywnie największe różnice ilościowe między wynikami dokonanych przez różnych respondentów ocen stanu dzieci charakteryzowanego jako istotny klinicznie występują w odniesieniu do grupy dziewcząt młodszych (7-12 lat) (największa różnica dotyczy wyników skal Problemy emocjonalne), zaś relatywnie najmniejsze różnice – w odniesieniu do grupy chłopców młodszych (7-12 lat) (najmniejsza różnica dotyczy wyników skal Problemy emocjonalne),

- w przypadku grup dzieci starszych (13-14 lat) relatywnie częściej badane problemy były oceniane jako klinicznie istotnie nasilone przez rodziców/opiekunów i/lub nauczycieli w porównaniu do samych dzieci:

- * w przypadku grupy dziewcząt starszych (13-14 lat) wyniki świadczące o istotnym klinicznie nasileniu problemów emocjonalnych oraz ogólnych cech depresji otrzymywano najczęściej w wersjach ankietowych wypełnianych przez nauczycieli,

- * w przypadku grupy chłopców starszych (13-14 lat) wyniki świadczące o istotnym klinicznie nasileniu problemów emocjonalnych oraz ogólnych cech depresji otrzymywano najczęściej w wersjach ankietowych wypełnianych przez rodziców/opiekunów,

- w sumarycznym zestawieniu wyników uzyskanych w ankietach przeznaczonych dla wszystkich respondentów, relatywnie najczęściej ocena problemów emocjonalnych jako klinicznie istotnie nasilonych dotyczy grupy dziewcząt młodszych (7-12 lat) w porównaniu do innych grup biorących udział w badaniu,

- w sumarycznym zestawieniu wyników uzyskanych w ankietach przeznaczonych dla wszystkich respondentów, relatywnie najrzadziej ocena problemów emocjonalnych jako klinicznie istotnie nasilonych dotyczy grupy chłopców młodszych (7-12 lat) w porównaniu do innych grup biorących udział w badaniu,

- w sumarycznym zestawieniu wyników uzyskanych w ankietach przeznaczonych dla wszystkich respondentów, relatywnie najczęściej ocena problemów w funkcjonowaniu jako klinicznie istotnie nasilonych dotyczy grupy dziewcząt starszych (13-14 lat) w porównaniu do innych grup biorących udział w badaniu,
- w sumarycznym zestawieniu wyników uzyskanych w ankietach przeznaczonych dla wszystkich respondentów, relatywnie najrzadziej ocena problemów w funkcjonowaniu jako klinicznie istotnie nasilonych dotyczy grupy chłopców starszych (13-14 lat) w porównaniu do innych grup biorących udział w badaniu,
- w sumarycznym zestawieniu wyników uzyskanych w ankietach przeznaczonych dla wszystkich respondentów, relatywnie najczęściej ocena ogólnych cech depresji jako klinicznie istotnie nasilonych dotyczy grupy dziewcząt młodszych (7-12 lat) w porównaniu do innych grup biorących udział w badaniu,
- w sumarycznym zestawieniu wyników uzyskanych w ankietach przeznaczonych dla wszystkich respondentów, relatywnie najrzadziej ocena ogólnych cech depresji jako klinicznie istotnie nasilonych dotyczy grupy chłopców starszych (13-14 lat) w porównaniu do innych grup biorących udział w badaniu.

10.2 Analiza istotności statystycznej różnic pomiędzy wynikami przeliczonymi uzyskanymi w poszczególnych skalach różnych wersji ankietowych użytych w etapie II badania

W tabeli 10.4 przedstawiono odsetki istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami przeliczonymi uzyskanymi w analogicznych skalach różnych wersji użytych w etapie II badania.

Tabela 10.4: <i>Odsetek istotnych statystycznie różnic między wynikami uzyskanymi w analogicznych skalach różnych wersji użytych w etapie II badania</i>	Problemy emocjonalne (PE)	Problemy w funkcjonowaniu (PF)	Wynik ogólny	Wszystkie wyniki uzyskane w poszczególnych wersjach
CDI 2:S vs. CDI 2:R				
Różnice istotne	44,1 %	37,27 %	39,13 %	40,17 %
CDI 2:S vs. CDI 2:N				
Różnice istotne	54,04 %	46,58 %	49,69 %	50,1 %
CDI 2 R vs. CDI 2:N				
Różnice istotne	47,83 %	34,16 %	52,8 %	44,93 %
Łączny odsetek różnic istotnych statystycznie				
Różnice istotne	48,65 %	39,34 %	47,2 %	45,07 %

Uwagę zwracają m.in. następujące prawidłowości dotyczące stwierdzonych istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami uzyskanymi etapie II badania:

- w zestawieniu porównań wyników różnych wersji ankietowych: sumarycznie największy odsetek istotnych statystycznie różnic dzielących uzyskane wyniki analogicznych skal różnych wersji ankietowych obserwuje się pomiędzy wynikami uzyskanymi w wersjach: do Samoopisu (CDI 2:S) i dla Nauczyciela (CDI 2:N), zaś najmniejszy – pomiędzy wynikami uzyskanymi w wersjach: do Samoopisu (CDI 2:S) i dla Rodzica (CDI 2:R),
- w zestawieniu różnych skal poszczególnych wersji ankietowych: sumarycznie największy odsetek istotnych statystycznie różnic dzielących uzyskane wyniki analogicznych skal różnych wersji ankietowych obserwuje się pomiędzy wynikami uzyskanymi w skalach Problemy emocjonalne, zaś najmniejszy – pomiędzy wynikami uzyskanymi w skalach Problemy w funkcjonowaniu,

- w zestawieniu porównań wyników analogicznych skal Wersji do Samoopisu (CDI 2:S) i Wersji dla Rodzica (CDI 2:R): największy odsetek istotnych statystycznie różnic dzielących uzyskane wyniki obserwuje się w przypadku skal Problemy emocjonalne, zaś najmniejszy – w przypadku skal Problemy w funkcjonowaniu,
- w zestawieniu porównań wyników analogicznych skal Wersji do Samoopisu (CDI 2:S) i Wersji dla Nauczyciela (CDI 2:N): największy odsetek istotnych statystycznie różnic dzielących uzyskane wyniki obserwuje się w przypadku skal Problemy emocjonalne, zaś najmniejszy – w przypadku skal Problemy w funkcjonowaniu,
- w zestawieniu porównań wyników analogicznych skal Wersji dla Rodzica (CDI 2:R) i Wersji dla Nauczyciela (CDI 2:N): największy odsetek istotnych statystycznie różnic dzielących uzyskane wyniki obserwuje się w przypadku wyników ogólnych, zaś najmniejszy – w przypadku skal Problemy w funkcjonowaniu,
- w zestawieniu porównań wyników uzyskanych w skalach Problemy emocjonalne różnych wersji ankietowych: największy odsetek istotnych statystycznie różnic dzielących uzyskane wyniki obserwuje się pomiędzy wynikami uzyskanymi w wersjach: do Samoopisu (CDI 2:S) i dla Nauczyciela (CDI 2:N), zaś najmniejszy – pomiędzy wynikami uzyskanymi w wersjach: do Samoopisu (CDI 2:S) i dla Rodzica (CDI 2:R),
- w zestawieniu porównań wyników uzyskanych w skalach Problemy w funkcjonowaniu różnych wersji ankietowych: największy odsetek istotnych statystycznie różnic dzielących uzyskane wyniki obserwuje się pomiędzy wynikami uzyskanymi w wersjach: do Samoopisu (CDI 2:S) i dla Nauczyciela (CDI 2:N), zaś najmniejszy – pomiędzy wynikami uzyskanymi w wersjach: dla Rodzica (CDI 2:R) i dla Nauczyciela (CDI 2:N),
- w zestawieniu porównań wyników ogólnych uzyskanych w różnych wersjach ankietowych: największy odsetek istotnych statystycznie różnic dzielących uzyskane wyniki obserwuje się pomiędzy wynikami uzyskanymi w wersjach: dla Rodzica (CDI 2:R) i dla Nauczyciela (CDI 2:N), zaś najmniejszy – pomiędzy wynikami uzyskanymi w wersjach: do Samoopisu (CDI 2:S) i dla Rodzica (CDI 2:R),

- w ogólnej ocenie występowania istotnych statystycznie różnic dzielących wyniki analogicznych skal różnych wersji ankietowych: największy odsetek takich różnic obserwuje się w przypadku porównania wyników skal Problemy emocjonalne Wersji do Samoopisu (CDI 2:S) i Wersji dla Nauczyciela (CDI 2:N), zaś najmniejszy – w przypadku porównania wyników skal Problemy w funkcjonowaniu Wersji dla Rodzica (CDI 2:R) i Wersji dla Nauczyciela (CDI 2:N).

W tabeli 10.5 przedstawiono odsetki istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami analogicznych skal różnych wersji w zależności od ilości skal, których te różnice dotyczyły.

Tabela 10.5: <i>Odsetek osób, których wyniki w analogicznych skalach różnych wersji etapu II badania różniły się między sobą istotnie statystycznie (w zależności od skal)</i>			
Porównywane wersje ankietowe	CDI 2:S vs. CDI 2:R	CDI 2:S vs. CDI 2:N	CDI 2:R vs. CDI 2:N
W żadnym z zestawień wyników analogicznych skal	37,27 %	32,3 %	32,3 %
W 1 z 3 zestawień wyników analogicznych skal	22,36 %	18,01 %	19,88 %
W 2 z 3 zestawień wyników analogicznych skal	23,6 %	17,39 %	28,57 %
W każdym z zestawień wyników analogicznych skal	16,77 %	32,3 %	19,25 %

Uwagę zwracają m.in. następujące prawidłowości dotyczące stwierdzonych istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami uzyskanymi etapie II badania:

- w przypadku zestawień wersji: do Samoopisu (CDI 2:S) i dla Rodzica (CDI 2:R) oraz dla Rodzica (CDI 2:R) i dla Nauczyciela (CDI 2:N), odsetek wyników różniących się od siebie w sposób istotny statystycznie w każdej z analogicznych skal osiąga najmniejszą

wartość spośród wszystkich możliwych opcji różnic pomiędzy tymi porównywanymi wersjami,

- w przypadku zestawienia wersji: do Samoopisu (CDI 2:S) i dla Nauczyciela (CDI 2:N), odsetek wyników różniących się od siebie w sposób istotny statystycznie w każdej z analogicznych skal osiąga taką samą wartość jak odsetek wyników nie różniących się od siebie w sposób istotny statystycznie w każdej z analogicznych skal,

- w przypadku zestawienia wersji: do Samoopisu (CDI 2:S) i dla Rodzica (CDI 2:R), łącznie u 62,73% badanych osób uzyskano co najmniej 1 istotną statystycznie różnicę pomiędzy wynikami analogicznych skal obu wersji ankietowych,

- w przypadku zestawienia wersji: do Samoopisu (CDI 2:S) i dla Nauczyciela (CDI 2:N), łącznie u 67,7% badanych osób uzyskano co najmniej 1 istotną statystycznie różnicę pomiędzy wynikami analogicznych skal obu wersji ankietowych,

- w przypadku zestawienia wersji: dla Rodzica (CDI 2:R) i dla Nauczyciela (CDI 2:N), łącznie u 67,7% badanych osób uzyskano co najmniej 1 istotną statystycznie różnicę pomiędzy wynikami analogicznych skal obu wersji ankietowych,

- w ogólnej ocenie występowania możliwych istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami analogicznych skal w zestawieniach różnych wersji ankietowych: największy odsetek takich różnic dotyczących każdego z porównań skal tych wersji obserwuje się w zestawieniu wersji: do Samoopisu (CDI 2:S) i dla Nauczyciela (CDI 2:N),

- w ogólnej ocenie występowania możliwych istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami analogicznych skal w zestawieniach różnych wersji ankietowych: największy odsetek braku takich różnic w każdym z porównań skal tych wersji obserwuje się w zestawieniu wersji: do Samoopisu (CDI 2:S) i dla Rodzica (CDI 2:R).

W tabeli 10.6 przedstawiono odsetki istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami analogicznych skal różnych wersji w zależności od ilości zestawień różnych wersji, których te różnice dotyczyły.

Tabela 10.6: *Odsetek osób, których wyniki w analogicznych skalach różnych wersji etapu II badania różniły się między sobą istotnie statystycznie (w zależności od wersji)*

Skala (wynik)	Problemy emocjonalne (PE)	Problemy w funkcjonowaniu (PF)	Wynik ogólny
W żadnym z zestawień różnych wersji ankietowych	24,84 %	32,92 %	23,6 %
W 1 z 3 zestawień różnych wersji ankietowych	18,63 %	18,63 %	19,25 %
W 2 z 3 zestawień różnych wersji ankietowych	42,24 %	45,96 %	49,07 %
W każdym z zestawień różnych wersji ankietowych	14,29 %	2,48 %	8,07 %

Uwagę zwracają m.in. następujące prawidłowości dotyczące stwierdzonych istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami uzyskanymi etapie II badania:

- w przypadku każdej ze skal poszczególnych wersji ankietowych najrzadziej występującą opcją występowania istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami analogicznych skal uzyskanymi w różnych wersjach jest występowanie istotnych statystycznie różnic dzielących wszystkie wyniki,
- w zestawieniu odsetków występowania istotnych statystycznie różnic dzielących wszystkie wyniki analogicznych skal w różnych wersjach, największy odsetek takich różnic obserwuje się w przypadku skal Problemy emocjonalne, zaś najmniejszy – w przypadku skal Problemy w funkcjonowaniu,
- w zestawieniu odsetków braku istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami analogicznych skal różnych wersji ankietowych, największy taki odsetek obserwuje się w przypadku skal Problemy w funkcjonowaniu, a najmniejszy – w przypadku wyników ogólnych,

- w przypadku zestawienia wyników skal Problemy emocjonalne różnych wersji ankietowych, łącznie u 75,16% badanych osób uzyskano co najmniej 1 istotną statystycznie różnicę pomiędzy wynikami analogicznych skal różnych wersji,
- w przypadku zestawienia wyników skal Problemy w funkcjonowaniu różnych wersji ankietowych, łącznie u 67,07% badanych osób uzyskano co najmniej 1 istotną statystycznie różnicę pomiędzy wynikami analogicznych skal różnych wersji,
- w przypadku zestawienia wyników ogólnych różnych wersji ankietowych, łącznie u 76,39% badanych osób uzyskano co najmniej 1 istotną statystycznie różnicę pomiędzy wynikami analogicznych skal różnych wersji,
- w ogólnej ocenie występowania możliwych istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami analogicznych skal różnych wersji ankietowych: najmniejszy odsetek takich różnic dotyczących każdego z porównań analogicznych skal tych wersji obserwuje się w przypadku skali Problemy w funkcjonowaniu.

10.3 Analiza korelacji pomiędzy ocenami dokonanymi przez poszczególnych respondentów (dziecko, rodzic/opiekun, nauczyciel) w etapie II badania

Rozkład wyników uzyskanych w grupie dzieci badanych w etapie II jest nieparametryczny. Stąd dokonano rangowania wyników uzyskanych w poszczególnych skalach każdej z użytych w tym etapie wersji ankietowych. Analiza jakości korelacji rang pozwala na ocenę podobieństwa spostrzeżeń i ogólnych tendencji dotyczących interpretacji stanu dzieci dokonanych przez poszczególnych respondentów biorących udział w badaniu. Ponadto, analiza pozwala ocenić współzależność ocen dokonywanych w skalach dotyczących różnych sfer objawowych.

Ponieważ przewidziano nieliniową zależność dotyczącą badanych wyników (zmiennych), do przedstawienia analizy zależności statystycznej pomiędzy nimi wykorzystano współczynnik korelacji rang Spearmana.

10.3.1 Analiza korelacji wyników uzyskanych wewnątrz poszczególnych wersji ankietowych CDI 2

10.3.1.1 Analiza wewnętrznej korelacji wyników uzyskanych w badaniu przy użyciu Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S)

W tabeli 10.7 przedstawiono uzyskane wyniki analizy wewnętrznej korelacji porządku rang wyników skal Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S).

Tabela 10.7: <i>Analiza statystyczna pary zmiennych (wyników) wewnątrz Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S)</i>	n	r (Spearman)	p
wynik przeliczony NN [ten] & wynik przeliczony NS [ten]	161	0,599980	0,000000
wynik przeliczony NN [ten] & wynik przeliczony PE CDI 2:S [ten]	161	0,920786	0,000000
wynik przeliczony NN [ten] & wynik przeliczony BE [ten]	161	0,579364	0,000000
wynik przeliczony NN [ten] & wynik przeliczony PI [ten]	161	0,544160	0,000000
wynik przeliczony NN [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:S [ten]	161	0,661200	0,000000
wynik przeliczony NN [ten] & wynik ogólny CDI 2:S przeliczony [ten]	161	0,848549	0,000000
wynik przeliczony NS [ten] & wynik przeliczony PE CDI 2:S [ten]	161	0,850552	0,000000
wynik przeliczony NS [ten] & wynik przeliczony BE [ten]	161	0,597326	0,000000
wynik przeliczony NS [ten] & wynik przeliczony PI [ten]	161	0,543595	0,000000
wynik przeliczony NS [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:S [ten]	161	0,676551	0,000000
wynik przeliczony NS [ten] & wynik ogólny CDI 2:S przeliczony [ten]	161	0,824280	0,000000
wynik przeliczony PE CDI 2:S [ten] & wynik przeliczony BE [ten]	161	0,641538	0,000000
wynik przeliczony PE CDI 2:S [ten] & wynik przeliczony PI [ten]	161	0,604916	0,000000
wynik przeliczony PE CDI 2:S [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:S [ten]	161	0,735394	0,000000
wynik przeliczony PE CDI 2:S [ten] & wynik ogólny CDI 2:S przeliczony [ten]	161	0,932541	0,000000
wynik przeliczony BE [ten] & wynik przeliczony PI [ten]	161	0,451210	0,000000

wynik przeliczony BE [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:S [ten]	161	0,908960	0,000000
wynik przeliczony BE [ten] & wynik ogólny CDI 2:S przeliczony [ten]	161	0,825240	0,000000
wynik przeliczony PI [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:S [ten]	161	0,749619	0,000000
wynik przeliczony PI [ten] & wynik ogólny CDI 2:S przeliczony [ten]	161	0,717091	0,000000
wynik przeliczony PF CDI 2:S [ten] & wynik ogólny CDI 2:S przeliczony [ten]	161	0,922067	0,000000

Uwagę zwracają m.in. następujące prawidłowości dotyczące kierunku i siły wewnętrznej korelacji porządku rang wyników uzyskanych w CDI 2:S:

- wszystkie analizowane korelacje mają wartość dodatnią, zatem odzwierciedlają ten sam kierunek wzrostu wartości uzyskiwanych wyników ocen w zestawieniach poszczególnych skal,
- korelacje o największym stopniu obserwuje się w zestawieniach skal, z których wynik jednej w oczywisty sposób wpływa na wynik drugiej jako jej wynik składowy, co jest następstwem specyficznej konstrukcji narzędzia diagnostycznego (najsilniejsza korelacja wewnątrz wyników CDI 2:S dotyczy pary: wynik skali Problemy emocjonalne CDI 2:S i wynik ogólny CDI 2:S [$r=0,932541$]),
- korelację o najmniejszym stopniu obserwuje się w przypadku zestawienia: wynik podskali Brak efektywności i wynik podskali Problemy interpersonalne ($r=0,451210$),
- w zestawieniach skal, w których wynik jednej stanowi składową wyniku drugiej skali, największy stopień korelacji stwierdza się w przypadku pary: wynik skali Problemy emocjonalne CDI 2:S i wynik ogólny CDI 2:S ($r=0,932541$), zaś najmniejszy – w przypadku pary: wynik podskali Problemy interpersonalne i wynik ogólny CDI 2:S ($r=0,717091$),
- w zestawieniach skal, w których wynik jednej nie stanowi składowej wyniku drugiej skali, największy stopień korelacji stwierdza się w przypadku pary: wynik skali Problemy emocjonalne CDI 2:S i wynik skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:S

($r=0,735394$), zaś najmniejszy – w przypadku pary: wynik podskali Brak efektywności i wynik podskali Problemy interpersonalne ($r=0,451210$),

- spośród zestawień wyników 4 podskal CDI 2:S (Negatywny nastrój / Objawy somatyczne, Niska samoocena, Brak efektywności, Problemy interpersonalne) relatywnie najsilniej korelują ze sobą wyniki podskal: Negatywny nastrój / Objawy somatyczne i Niska samoocena ($r=0,599980$), zaś najslabiej – wyniki podskal: Brak efektywności i Problemy interpersonalne ($r=0,451210$),

- wyniki ogólne CDI 2:S najsilniej korelują z wynikami skali Problemy emocjonalne CDI 2:S ($r=0,932541$), zaś najslabiej z wynikami podskali Problemy interpersonalne ($r=0,717091$), z kolei spośród wyników wszystkich podskal najsilniej z wynikami podskali Negatywny nastrój / Objawy somatyczne ($r=0,848549$),

- wyniki skali Problemy emocjonalne CDI 2:S najsilniej korelują z wynikami ogólnymi CDI 2:S ($r=0,932541$), zaś najslabiej z wynikami podskali Problemy interpersonalne ($r=0,604916$), z kolei spośród wyników podskal będących składowymi skali Problemy emocjonalne, silniejszą korelację z wynikami skali Problemy emocjonalne wykazują wyniki podskali Negatywny nastrój / Objawy somatyczne ($r=0,920786$) w porównaniu do wyników podskali Niska samoocena ($r=0,850552$),

- wyniki skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:S najsilniej korelują z wynikami ogólnymi CDI 2:S ($r=0,922067$), zaś najslabiej z wynikami podskali Negatywny nastrój / Objawy somatyczne ($r=0,661200$), z kolei spośród wyników podskal będących składowymi skali Problemy w funkcjonowaniu, silniejszą korelację z wynikami skali Problemy w funkcjonowaniu wykazują wyniki podskali Brak efektywności ($r=0,908960$) w porównaniu do wyników podskali Problemy interpersonalne ($r=0,749619$),

- wyniki podskali Negatywny nastrój / Objawy somatyczne najsilniej korelują z wynikami skali Problemy emocjonalne CDI 2:S ($r=0,920786$), zaś najslabiej z wynikami podskali Problemy interpersonalne ($r=0,544160$), z kolei spośród wyników skal, których elementem składowym nie są wyniki podskali Negatywny nastrój / Objawy somatyczne, najsilniej korelują one z wynikami skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:S ($r=0,661200$),

- wyniki podskali Niska samoocena najsilniej korelują z wynikami skali Problemy emocjonalne CDI 2:S ($r=0,850552$), zaś najslabiej z wynikami podskali Problemy interpersonalne ($r=0,543595$), z kolei spośród wyników skal, których elementem składowym nie są wyniki podskali Niska samoocena, najsilniej korelują one z wynikami skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:S ($r=0,676551$),
- wyniki podskali Brak efektywności najsilniej korelują z wynikami skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:S ($r=0,908960$), zaś najslabiej z wynikami podskali Problemy interpersonalne ($r=0,451210$), z kolei spośród wyników skal, których elementem składowym nie są wyniki podskali Brak efektywności, najsilniej korelują one z wynikami skali Problemy emocjonalne CDI 2:S ($r=0,641538$),
- wyniki podskali Problemy interpersonalne najsilniej korelują z wynikami skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:S ($r=0,749619$), zaś najslabiej z wynikami podskali Brak efektywności ($r=0,451210$), z kolei spośród wyników skal, których elementem składowym nie są wyniki podskali Problemy interpersonalne, najsilniej korelują one z wynikami skali Problemy emocjonalne CDI 2:S ($r=0,604916$).

10.3.1.2 Analiza wewnętrznej korelacji wyników uzyskanych w badaniach przy użyciu Wersji dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R) i Wersji dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N)

W tabelach: 10.8 i 10.9 przedstawiono uzyskane wyniki analizy wewnętrznej korelacji porządku rang wyników skal Wersji dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R) oraz Wersji dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N).

Tabela 10.8: <i>Analiza statystyczna pary zmiennych (wyników) wewnątrz Wersji dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R)</i>	n	r (Spearman)	p
wynik przeliczony PE CDI 2:R [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:R [ten]	161	0,540403	0,000000
wynik przeliczony PE CDI 2:R [ten] & wynik ogólny CDI 2:R przeliczony [ten]	161	0,853692	0,000000
wynik przeliczony PF CDI 2:R [ten] & wynik ogólny CDI 2:R przeliczony [ten]	161	0,885426	0,000000

Tabela 10.9: <i>Analiza statystyczna pary zmiennych (wyników) wewnątrz Wersji dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N)</i>	n	r (Spearman)	p
wynik przeliczony PE CDI 2:N [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:N [ten]	169	0,677709	0,000000
wynik przeliczony PE CDI 2:N [ten] & wynik ogólny CDI 2:N przeliczony [ten]	169	0,853245	0,000000
wynik przeliczony PF CDI 2:N [ten] & wynik ogólny CDI 2:N przeliczony [ten]	169	0,955431	0,000000

Uwagę zwracają m.in. następujące prawidłowości dotyczące kierunku i siły wewnętrznych korelacji porządku rang wyników uzyskanych w CDI 2:R i CDI 2:N:

- wszystkie analizowane korelacje mają wartość dodatnią, zatem odzwierciedlają ten sam kierunek wzrostu wartości uzyskiwanych wyników ocen w zestawieniach poszczególnych skal,
- wewnątrz Wersji dla Rodzica CDI 2 korelację o największym stopniu obserwuje się pomiędzy wynikami skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:R oraz wynikami ogólnymi CDI 2:R ($r=0,885426$), zaś korelację o najmniejszym stopniu – pomiędzy wynikami skali Problemy emocjonalne CDI 2:R oraz wynikami skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:R ($r=0,540403$),
- wewnątrz Wersji dla Nauczyciela CDI 2 korelację o największym stopniu obserwuje się pomiędzy wynikami skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:N oraz wynikami ogólnymi CDI 2:N ($r=0,955431$), zaś korelację o najmniejszym stopniu – pomiędzy wynikami skali Problemy emocjonalne CDI 2:N oraz wynikami skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:N ($r=0,677709$).

10.3.1.3 Porównanie korelacji analogicznych wyników uzyskanych wewnątrz różnych wersji ankietowych CDI 2

W tabeli 10.10 przedstawiono wartości siły korelacji porządku rang pomiędzy analogicznymi wynikami uzyskanymi wewnątrz różnych wersji ankietowych CDI 2.

Tabela 10.10: Korelacja porządku rang Spearmana pomiędzy wynikami uzyskanymi wewnątrz poszczególnych wersji CDI 2			
Wersja ankietowa	CDI 2:S	CDI 2:R	CDI 2:N
PE & PF	$r=0,735394$ ($p=0,00$; $n=161$)	$r=0,540403$ ($p=0,00$; $n=161$)	$r=0,677709$ ($p=0,00$; $n=169$)
PE & wynik ogólny	$r=0,932541$ ($p=0,00$; $n=161$)	$r=0,853692$ ($p=0,00$; $n=161$)	$r=0,853245$ ($p=0,00$; $n=169$)
PF & wynik ogólny	$r=0,922067$ ($p=0,00$; $n=161$)	$r=0,885426$ ($p=0,00$; $n=161$)	$r=0,955431$ ($p=0,00$; $n=169$)

Uwagę zwracają m.in. następujące prawidłowości dotyczące wewnętrznych korelacji porządku rang analogicznych wyników uzyskanych w różnych wersjach CDI 2:

- wszystkie analizowane korelacje cechują się przynajmniej umiarkowaną siłą, zdecydowana większość z nich jest silna,
- sumarycznie najsilniejsze korelacje, o relatywnie najbardziej zbliżonej do siebie sile obserwowane są pomiędzy wynikami uzyskanymi wewnątrz Wersji do Samoopisu CDI 2,
- sumarycznie najslabsze korelacje, o relatywnie najmniej zbliżonej do siebie sile obserwowane są pomiędzy wynikami uzyskanymi wewnątrz Wersji dla Rodzica CDI 2,
- wyniki skali Problemy emocjonalne najsilniej korelują z wynikami skali Problemy w funkcjonowaniu w przypadku Wersji do Samoopisu CDI 2 ($r=0,735394$), zaś najslabiej – w przypadku Wersji dla Rodzica CDI 2 ($r=0,540403$),
- wyniki skali Problemy emocjonalne najsilniej korelują z wynikami ogólnymi w przypadku Wersji do Samoopisu CDI 2 ($r=0,932541$), zaś najslabiej – w przypadku Wersji dla Nauczyciela CDI 2 ($r=0,853245$),
- wyniki skali Problemy w funkcjonowaniu najsilniej korelują z wynikami ogólnymi w przypadku Wersji dla Nauczyciela CDI 2 ($r=0,955431$), zaś najslabiej – w przypadku Wersji dla Rodzica CDI 2 ($r=0,885426$),
- spośród wszystkich analizowanych korelacji, największą wartość ma korelacja pomiędzy wynikami skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:N a wynikami ogólnymi CDI 2:N ($r=0,955431$), zaś najmniejszą – korelacja pomiędzy wynikami skali Problemy

emocjonalne CDI 2:R a wynikami skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:R ($r=0,540403$).

10.3.2 Analiza korelacji pomiędzy wynikami uzyskanymi w różnych wersjach ankietowych CDI 2

10.3.2.1 Analiza korelacji pomiędzy wynikami uzyskanymi w badaniach z użyciem wersji: do Samoopisu (CDI 2:S) i dla Rodzica (CDI 2:R)

W tabeli 10.11 przedstawiono uzyskane wyniki analizy korelacji porządku rang wyników Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S) i Wersji dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R).

Tabela 10.11: <i>Analiza statystyczna pary zmiennych (wyników) Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S) i Wersji dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R)</i>	n	r (Spearman)	p
wynik przeliczony NN [ten] & wynik przeliczony PE CDI 2:R [ten]	161	0,267095	0,000615
wynik przeliczony NN [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:R [ten]	161	0,105775	0,181736
wynik przeliczony NN [ten] & wynik ogólny CDI 2:R przeliczony [ten]	161	0,194273	0,013533
wynik przeliczony NS [ten] & wynik przeliczony PE CDI 2:R [ten]	161	0,320292	0,000034
wynik przeliczony NS [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:R [ten]	161	0,104572	0,186785
wynik przeliczony NS [ten] & wynik ogólny CDI 2:R przeliczony [ten]	161	0,227365	0,003725
wynik przeliczony PE CDI 2:S [ten] & wynik przeliczony PE CDI 2:R [ten]	161	0,327493	0,000022
wynik przeliczony PE CDI 2:S [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:R [ten]	161	0,108575	0,170380
wynik przeliczony PE CDI 2:S [ten] & wynik ogólny CDI 2:R przeliczony [ten]	161	0,232463	0,003003

wynik przeliczony BE [ten] & wynik przeliczony PE CDI 2:R [ten]	161	0,346616	0,000007
wynik przeliczony BE [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:R [ten]	161	0,203826	0,009503
wynik przeliczony BE [ten] & wynik ogólny CDI 2:R przeliczony [ten]	161	0,302912	0,000094
wynik przeliczony PI [ten] & wynik przeliczony PE CDI 2:R [ten]	161	0,348316	0,000006
wynik przeliczony PI [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:R [ten]	161	0,068460	0,388187
wynik przeliczony PI [ten] & wynik ogólny CDI 2:R przeliczony [ten]	161	0,203488	0,009625
wynik przeliczony PF CDI 2:S [ten] & wynik przeliczony PE CDI 2:R [ten]	161	0,409018	0,000000
wynik przeliczony PF CDI 2:S [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:R [ten]	161	0,206276	0,008658
wynik przeliczony PF CDI 2:S [ten] & wynik ogólny CDI 2:R przeliczony [ten]	161	0,329615	0,000020
wynik ogólny CDI 2:S przeliczony [ten] & wynik przeliczony PE CDI 2:R [ten]	161	0,393960	0,000000
wynik ogólny CDI 2:S przeliczony [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:R [ten]	161	0,167763	0,033404
wynik ogólny CDI 2:S przeliczony [ten] & wynik ogólny CDI 2:R przeliczony [ten]	161	0,300911	0,000105

Uwagę zwracają m.in. następujące prawidłowości dotyczące kierunku i siły korelacji porządku rang wyników pomiędzy wersjami ankietowymi CDI 2:S i CDI 2:R:

- wszystkie analizowane korelacje mają wartość dodatnią, zatem odzwierciedlają ten sam kierunek wzrostu wartości uzyskiwanych wyników ocen w zestawieniach poszczególnych skal,
- w przypadku kilku analizowanych par zmiennych uzyskana wartość korelacji nie jest istotna statystycznie, przy czym elementem składowym każdej z w/w par zmiennych jest wynik skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:R,
- żadna z wyliczonych wartości analizowanych korelacji nie jest większa niż 0,41,

- ogólnie, najwyższa wartość spośród analizowanych istotnych statystycznie korelacji dotyczy pary zmiennych: wynik skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:S i wynik skali Problemy emocjonalne CDI 2:R ($r=0,409018$), zaś najmniejsza – pary zmiennych: wynik ogólny CDI 2:S i wynik skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:R ($r=0,167763$),
- wyniki skali Problemy emocjonalne CDI 2:R korelują (istotnie statystycznie) najsilniej z wynikami uzyskanymi w CDI 2:S spośród wszystkich rodzajów wyników uzyskanych w CDI 2:R,
- wyniki skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:R korelują (istotnie statystycznie) najslabiej z wynikami uzyskanymi w CDI 2:S spośród wszystkich rodzajów wyników uzyskanych w CDI 2:R,
- wyniki skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:S korelują (istotnie statystycznie) najsilniej z wynikami uzyskanymi w CDI 2:R spośród wszystkich rodzajów wyników uzyskanych w CDI 2:S,
- spośród wszystkich rodzajów wyników uzyskanych w CDI 2:S, z wynikami skali Problemy emocjonalne CDI 2:R najslabiej (istotnie statystycznie) korelują wyniki podskali Negatywny nastrój / Objawy somatyczne,
- spośród wszystkich rodzajów wyników uzyskanych w CDI 2:S, z wynikami skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:R najslabiej (istotnie statystycznie) korelują wyniki ogólne CDI 2:S,
- spośród wszystkich rodzajów wyników uzyskanych w CDI 2:S, z wynikami ogólnymi CDI 2:R najslabiej (istotnie statystycznie) korelują wyniki podskali Negatywny nastrój / Objawy somatyczne.

10.3.2.2 Analiza korelacji pomiędzy wynikami uzyskanymi w badaniach z użyciem wersji: do Samoopisu (CDI 2:S) i dla Nauczyciela (CDI 2:N)

W tabeli 10.12 przedstawiono uzyskane wyniki analizy korelacji porządku rang wyników Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S) i Wersji dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N).

Tabela 10.12: <i>Analiza statystyczna pary zmiennych (wyników) Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S) i Wersji dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N)</i>	n	r (Spearman)	p
wynik przeliczony NN [ten] & wynik przeliczony PE CDI 2:N [ten]	161	-0,095454	0,228399
wynik przeliczony NN [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:N [ten]	161	-0,135479	0,086610
wynik przeliczony NN [ten] & wynik ogólny CDI 2:N przeliczony [ten]	161	-0,114261	0,148953
wynik przeliczony NS [ten] & wynik przeliczony PE CDI 2:N [ten]	161	-0,022591	0,776061
wynik przeliczony NS [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:N [ten]	161	-0,011748	0,882416
wynik przeliczony NS [ten] & wynik ogólny CDI 2:N przeliczony [ten]	161	-0,009748	0,902322
wynik przeliczony PE CDI 2:S [ten] & wynik przeliczony PE CDI 2:N [ten]	161	-0,062339	0,432106
wynik przeliczony PE CDI 2:S [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:N [ten]	161	-0,090766	0,252177
wynik przeliczony PE CDI 2:S [ten] & wynik ogólny CDI 2:N przeliczony [ten]	161	-0,071915	0,364639
wynik przeliczony BE [ten] & wynik przeliczony PE CDI 2:N [ten]	161	-0,065275	0,410695
wynik przeliczony BE [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:N [ten]	161	0,000577	0,994201
wynik przeliczony BE [ten] & wynik ogólny CDI 2:N przeliczony [ten]	161	-0,019508	0,805972
wynik przeliczony PI [ten] & wynik przeliczony PE CDI 2:N [ten]	161	0,105910	0,181175
wynik przeliczony PI [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:N [ten]	161	0,002351	0,976388
wynik przeliczony PI [ten] & wynik ogólny CDI 2:N przeliczony [ten]	161	0,056225	0,478688

wynik przeliczony PF CDI 2:S [ten] & wynik przeliczony PE CDI 2:N [ten]	161	-0,009044	0,909348
wynik przeliczony PF CDI 2:S [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:N [ten]	161	0,005999	0,939801
wynik przeliczony PF CDI 2:S [ten] & wynik ogólny CDI 2:N przeliczony [ten]	161	0,010960	0,890254
wynik ogólny CDI 2:S przeliczony [ten] & wynik przeliczony PE CDI 2:N [ten]	161	-0,024208	0,760507
wynik ogólny CDI 2:S przeliczony [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:N [ten]	161	-0,040584	0,609249
wynik ogólny CDI 2:S przeliczony [ten] & wynik ogólny CDI 2:N przeliczony [ten]	161	-0,022984	0,772274

W żadnym przypadku obliczone wartości korelacji porządku rang wyników wersji ankietowych CDI 2:S i CDI 2:N nie cechują się wartością p świadczącą o istotności statystycznej.

10.3.2.3 Analiza korelacji pomiędzy wynikami uzyskanymi w badaniach z użyciem wersji: dla Rodzica (CDI 2:R) i dla Nauczyciela (CDI 2:N)

W tabeli 10.13 przedstawiono uzyskane wyniki analizy korelacji porządku rang wyników Wersji dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R) i Wersji dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N).

Tabela 10.13: <i>Analiza statystyczna pary zmiennych (wyników) Wersji dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R) i Wersji dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N)</i>	n	r (Spearman)	p
wynik przeliczony PE CDI 2:R [ten] & wynik przeliczony PE CDI 2:N [ten]	161	0,152652	0,053214
wynik przeliczony PE CDI 2:R [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:N [ten]	161	0,123822	0,117604
wynik przeliczony PE CDI 2:R [ten] & wynik ogólny CDI 2:N przeliczony [ten]	161	0,142255	0,071842
wynik przeliczony PF CDI 2:R [ten] & wynik przeliczony PE CDI 2:N [ten]	161	0,139842	0,076848
wynik przeliczony PF CDI 2:R [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:N [ten]	161	0,255124	0,001090
wynik przeliczony PF CDI 2:R [ten] & wynik ogólny CDI 2:N przeliczony [ten]	161	0,229370	0,003424
wynik ogólny CDI 2:R przeliczony [ten] & wynik przeliczony PE CDI 2:N [ten]	161	0,163620	0,038086
wynik ogólny CDI 2:R przeliczony [ten] & wynik przeliczony PF CDI 2:N [ten]	161	0,227395	0,003720
wynik ogólny CDI 2:R przeliczony [ten] & wynik ogólny CDI 2:N przeliczony [ten]	161	0,216701	0,005761

Uwagę zwracają m.in. następujące prawidłowości dotyczące kierunku i siły korelacji porządku rang wyników pomiędzy wersjami ankietowymi CDI 2:R i CDI 2:N:

- wszystkie analizowane korelacje mają wartość dodatnią, zatem odzwierciedlają ten sam kierunek wzrostu wartości uzyskiwanych wyników ocen w zestawieniach poszczególnych skal,
- w przypadku kilku analizowanych par zmiennych uzyskana wartość korelacji nie jest istotna statystycznie, przy czym dotyczy to wszystkich par zmiennych, których elementem jest wynik skali Problemy emocjonalne CDI 2:R, ponadto pary zmiennych: wynik skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:R i wynik skali Problemy emocjonalne CDI 2:N,
- żadna z wyliczonych wartości analizowanych korelacji nie jest większa niż 0,26,

- ogólnie, najwyższa wartość spośród analizowanych istotnych statystycznie korelacji dotyczy pary zmiennych: wynik skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:R i wynik skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:N ($r=0,255124$), zaś najmniejsza – pary zmiennych: wynik ogólny CDI 2:R i wynik skali Problemy emocjonalne CDI 2:N ($r=0,163620$),
- wyniki skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:R silniej korelują z wynikami: skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:N oraz ogólnym CDI 2:N w porównaniu do wyników ogólnych CDI 2:R,
- spośród wszystkich rodzajów wyników uzyskanych w CDI 2:N, z wynikami ogólnymi CDI 2:R najsilniej korelują wyniki skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:N ($r=0,227395$), zaś najslabiej – wyniki skali Problemy emocjonalne CDI 2:N ($r=0,163620$).

10.3.2.4 Porównanie korelacji pomiędzy wynikami uzyskanymi w badaniach z użyciem różnych wersji ankietowych CDI 2

W tabeli 10.14 przedstawiono wartości siły (istotnych statystycznie) korelacji porządku rang pomiędzy wynikami uzyskanymi w różnych wersjach ankietowych CDI 2.

Tabela 10.14: Korelacja (istotna statystycznie) porządku rang Spearmana pomiędzy wynikami uzyskanymi w różnych wersjach CDI 2			
Porównywane wersje ankietowe	CDI 2:S (I) & CDI 2:R (II)	CDI 2:S (I) & CDI 2:N (II)	CDI 2:R (I) & CDI 2:N (II)
PE (I) & PE (II)	$r=0,327493$ ($p=0,000022$; $n=161$)	nd.	nd.
PE (I) & PF (II)	nd.	nd.	nd.
PE (I) & wynik ogólny (II)	$r=0,232463$ ($p=0,003003$; $n=161$)	nd.	nd.
PF (I) & PE (II)	$r=0,409018$ ($p=0,000000$; $n=161$)	nd.	nd.
PF (I) & PF (II)	$r=0,206276$ ($p=0,008658$; $n=161$)	nd.	$r=0,255124$ ($p=0,001090$; $n=161$)
PF (I) & wynik ogólny (II)	$r=0,329615$ ($p=0,000020$; $n=161$)	nd.	$r=0,229370$ ($p=0,003424$; $n=161$)
wynik ogólny (I) & PE (II)	$r=0,393960$ ($p=0,000000$; $n=161$)	nd.	$r=0,163620$ ($p=0,038086$; $n=161$)
wynik ogólny (I) & PF (II)	$r=0,167763$ ($p=0,033404$; $n=161$)	nd.	$r=0,227395$ ($p=0,003720$; $n=161$)
wynik ogólny (I) & wynik ogólny (II)	$r=0,300911$ ($p=0,000105$; $n=161$)	nd.	$r=0,216701$ ($p=0,005761$; $n=161$)

Uwagę zwracają m.in. następujące prawidłowości dotyczące istotnych statystycznie korelacji porządku rang pomiędzy przedstawionymi wynikami uzyskanymi w różnych wersjach ankietowych CDI 2:

- najsilniejsza korelacja pomiędzy wynikami analogicznych skal różnych wersji występuje w przypadku zestawienia wyników skal Problemy emocjonalne Wersji do Samoopisu i Wersji dla Rodzica CDI 2 ($r=0,327493$),
- najslabsza korelacja pomiędzy wynikami analogicznych skal różnych wersji występuje w przypadku zestawienia wyników skal Problemy w funkcjonowaniu Wersji do Samoopisu i Wersji dla Rodzica CDI 2 ($r=0,206276$),

- najsilniejsza korelacja pomiędzy wynikami różnych skal różnych wersji występuje w przypadku zestawienia wyników skali Problemy w funkcjonowaniu Wersji do Samoopisu i Problemy emocjonalne Wersji dla Rodzica CDI 2 ($r=0,409018$),
- najsłabsza korelacja pomiędzy wynikami różnych skal różnych wersji występuje w przypadku zestawienia wyników ogólnych Wersji dla Rodzica i skali Problemy emocjonalne Wersji dla Nauczyciela CDI 2 ($r=0,163620$),
- najsilniejsza korelacja pomiędzy wynikami skali Problemy emocjonalne a wynikami ogólnymi różnych wersji występuje w przypadku zestawienia wyników skali Problemy emocjonalne Wersji dla Rodzica i wyników ogólnych Wersji do Samoopisu CDI 2 ($r=0,393960$),
- najsłabsza korelacja pomiędzy wynikami skali Problemy emocjonalne a wynikami ogólnymi różnych wersji występuje w przypadku zestawienia wyników skali Problemy emocjonalne Wersji dla Nauczyciela i wyników ogólnych Wersji dla Rodzica CDI 2 ($r=0,163620$),
- korelacja pomiędzy wynikami skal Problemy w funkcjonowaniu różnych wersji jest silniejsza w przypadku zestawienia wyników Wersji dla Rodzica i Wersji dla Nauczyciela CDI 2 ($r=0,255124$) w porównaniu do zestawienia wyników Wersji do Samoopisu i Wersji dla Rodzica CDI 2 ($r=0,206276$),
- najsilniejsza korelacja pomiędzy wynikami skali Problemy w funkcjonowaniu a wynikami ogólnymi różnych wersji występuje w przypadku zestawienia wyników skali Problemy w funkcjonowaniu Wersji do Samoopisu i wyników ogólnych Wersji dla Rodzica CDI 2 ($r=0,329615$),
- najsłabsza korelacja pomiędzy wynikami skali Problemy w funkcjonowaniu a wynikami ogólnymi różnych wersji występuje w przypadku zestawienia wyników skali Problemy w funkcjonowaniu Wersji dla Rodzica i wyników ogólnych Wersji do Samoopisu CDI 2 ($r=0,167763$),
- korelacja pomiędzy wynikami ogólnymi różnych wersji jest silniejsza w przypadku zestawienia wyników Wersji do Samoopisu i Wersji dla Rodzica CDI 2 ($r=0,300911$) w porównaniu do zestawienia wyników Wersji dla Rodzica i Wersji dla Nauczyciela CDI 2 ($r=0,216701$).

11. Wyniki badania: analiza uzupełniająca danych

Na potrzeby przeprowadzenia rzetelnej dyskusji wyników, w niniejszym rozdziale przedstawiono pewne dane uzupełniające pochodzące z badania.

11.1 Zintegrowanie wyników uzyskanych w I i II etapie badania

Pamiętając o tym, że w badaniu z użyciem (pełnej) Wersji do Samoopisu wzięła udział znacząca, ale jednak tylko część ogólnej populacji dzieci przystępujących do badania w I etapie, nie sposób szacować ogólnej częstości ryzyka występowania depresji przez pryzmat stosunku wyników CDI 2:S wskazujących na jej obecność do ogólnej liczby wyników CDI 2:S. Przyjmując natomiast, że – zgodnie z założeniem twórców metody i wynikami badań zbieżności – Skrócona Wersja do Samoopisu (CDI 2:S[S]) stanowi ekwiwalent (pełnej) Wersji do Samoopisu (CDI 2:S), można w pewnym zakresie odnieść wyniki badania przeprowadzonego pełną wersją w II etapie do wyników badania przeprowadzonego skróconą wersją w I etapie. Zważając na specyfikę struktury narzędzia badawczego, jak i przede wszystkim na istotne różnice w ocenach stanu dzieci dokonanych przez różnych respondentów, nie sposób jednak dokonać tego samego w przypadku użytych w II etapie wersji ankietowych dla rodzica i dla nauczyciela. Należy pamiętać także o prawdopodobnie nieco mniej istotnym, ale jednak nie do pominięcia czynniku potencjalnie interferującym, jakim jest absencja 8 spośród 169 zakwalifikowanych do badania szczegółowego w II etapie osób.

Biorąc pod uwagę powyższe fakty, jak i zbiorczo wyniki ogólne uzyskane w CDI 2:S (przynajmniej wysokie wartości wyników ogólnych CDI 2:S uzyskano w przypadku 33 osób, co stanowi 20,5% wszystkich wyników ogólnych CDI 2:S), można dojść do konkluzji, iż w odniesieniu do całej badanej populacji ($n=352$), wyniki świadczące o istotnym klinicznie ryzyku występowania depresji uzyskano w przypadku 9,38% dzieci objętych badaniem w ogóle. Zważywszy jednak na niewiadomą, jaką stanowią nieuzyskane wyniki CDI 2:S wspomnianych 8 osób, które mimo zakwalifikowania do badania w II etapie nie poddały się badaniu z użyciem (pełnej) Wersji do Samoopisu, należy przyjąć, iż odsetek ten – choć z pewnością mający wartość zbliżoną do

rzeczywistej – nie powinien być ostatecznie traktowany jako rzeczywisty wskaźnik występowania depresji w badanej populacji. By zatem zminimalizować ryzyko błędu szacunkowego, należałoby posłużyć się relatywnie ekwiwalentnymi w stosunku do wyników CDI 2:S wynikami uzyskanymi przez wspomniane osoby w I etapie badania (CDI 2:S[S]), przyjmując próg istotności klinicznej na poziomie 65 tenów – analogicznie do przyjętego w CDI 2:S. W tabeli 11.1 zamieszczono wyniki uzyskane w I etapie badania przez dzieci, które pomimo zakwalifikowania do II etapu na podstawie przyjętych kryteriów, nie zostały poddane badaniu z użyciem (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2.

Tabela 11.1: Dane dotyczące dzieci, które pomimo wstępnego zakwalifikowania do badania w II etapie nie zostały zbadane przy użyciu (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S)			
Lp.	Grupa wiekowa dziecka [lata]	Płeć dziecka	Wynik przeliczony uzyskany przez dziecko w I etapie badania (CDI 2:S[S]) [ten]
1	13-14	dziewczynka	79
2	7-12	chłopiec	63
3	13-14	dziewczynka	68
4	7-12	chłopiec	56
5	13-14	dziewczynka	60
6	7-12	dziewczynka	54
7	7-12	dziewczynka	58
8	7-12	chłopiec	68

Jak pokazuje tabela 11.1, w przypadku 3 z tych dzieci (2 dziewczynki z grupy wiekowej 13-14 lat oraz 1 chłopiec z grupy wiekowej 7-12 lat) wyniki przeliczone CDI 2:S[S] osiągnęły wartość, która w pewnym koniecznym uproszczeniu może być traktowana jako świadcząca o istotnym klinicznie ryzyku występowania depresji. Po dodaniu tych 3 osób do wspomnianych wcześniej 33 osób (łącznie 36 osób) i odniesieniu takiej liczby do ogólnej liczby dzieci biorących udział w badaniu, uzyskuje się odsetek o możliwie zminimalizowanym ryzyku błędu szacunkowego, wynoszący 10,23%. Konkludując, można zatem przyjąć ostatecznie, iż w całej populacji badanych dzieci szkolnych, około

10% osób – relacjonując swój stan w sposób dający podstawy do postawienia rozpoznania lub uzasadnionego podejrzenia zespołu depresyjnego – cechuje się istotnym klinicznie ryzykiem występowania depresji. Przeprowadzenie analogicznych obliczeń dotyczących poszczególnych wyodrębnionych grup badanych dzieci dało wyniki, które zawarto w tabeli 11.2.

Tabela 11.2: <i>Odsetki wyników ogólnych badania samoopisowego świadczących o istotnym ryzyku depresji w poszczególnych grupach badanych dzieci</i>			
Grupa populacyjna objęta badaniem	Odsetek wyników w grupie populacyjnej świadczących o ryzyku depresji		
	Wysokie	Bardzo wysokie	Istotne klinicznie (łącznie)
Dzieci młodsze (7-12 lat)	4,91 %	3,86 %	8,77 %
Dzieci starsze (13-14 lat)	11,94 %	4,48 %	16,42 %
Dziewczeta	4,79 %	6,38 %	11,17 %
Chłopcy	7,93 %	1,22 %	9,15 %
Dziewczeta młodsze (7-12 lat)	2,7 %	6,08 %	8,78 %
Chłopcy młodzi (7-12 lat)	7,3 %	1,46 %	8,76 %
Dziewczeta starsze (13-14 lat)	12,5 %	7,5 %	20 %
Chłopcy starsi (13-14 lat)	11,11 %	0 %	11,11 %
Cała grupa badana	6,25 %	3,98 %	10,23 %

11.2 Analiza udziału rodziców/opiekunów w II etapie badania według płci

W tabeli 11.3 przedstawiono procentowy udział rodziców/opiekunów według płci w etapie II badania względem poszczególnych grup dzieci.

Tabela 11.3: <i>Odsetki udziału rodziców/opiekunów w badaniu z użyciem Wersji dla Rodzica (CDI 2:R) w poszczególnych grupach dzieci badanych w II etapie z użyciem CDI 2:R według płci</i>		
Grupa populacyjna objęta badaniem	Płeć (funkcja) rodzica/opiekuna dziecka	
	Kobieta (matka)	Mężczyzna (ojciec)
Dzieci młodsze (7-12 lat)	82,88 %	17,12 %
Dzieci starsze (13-14 lat)	96 %	4 %
Dziewczęta	85,33 %	14,67 %
Chłopcy	88,37 %	11,63 %
Dziewczęta młodsze (7-12 lat)	79,07 %	20,93 %
Chłopcy młodszy (7-12 lat)	85,29 %	14,71 %
Dziewczęta starsze (13-14 lat)	93,75 %	6,25 %
Chłopcy starszy (13-14 lat)	100 %	0 %
Cała grupa badana	86,97 %	13,04 %

12. Wyniki badania – omówienie

Z racji tego, iż I etap (przesiewowy) badania, obejmujący całą populację poddaną badaniu w ogóle, miał na celu wyodrębnienie grupy osób, które mogą cechować się podwyższonym ryzykiem występowania syndromu depresyjnego, jego wyniki mają zasadniczo znaczenie instrumentalne, służąc przede wszystkim przygotowaniu do dokładnej analizy badanych zjawisk w II etapie (szczegółowym) badania. Po przyjęciu stosunkowo czułego kryterium kwalifikacji, do badania szczegółowego zakwalifikowano około 48% dzieci badanych w etapie przesiewowym. Jak zaznaczono we wcześniejszych rozdziałach, miało to na celu minimalizowanie prawdopodobieństwa pominięcia wyników, które w sposób fałszywie ujemny wskazywałyby na względny brak ryzyka występowania depresji u danego dziecka. Zważywszy na stosunkowo ograniczoną wartość diagnostyczną wersji ankietowej użytej w etapie przesiewowym (CDI 2:S[S]), procedurę związaną z jej użyciem uzupełniono o szerokie, szczegółowe badanie w przypadku zakwalifikowanych do II etapu dzieci. 161 z nich wypełniło ankietę (pełnej) Wersji do Samoopisu (CDI 2:S), co pozwoliło na znaczące uszczegółowienie procesu diagnostycznego, rozszerzonego dodatkowo o perspektywę rodziców/opiekunów wypełniających ankietę Wersji dla Rodzica (CDI 2:R) oraz nauczycieli – wypełniających ankietę Wersji dla Nauczyciela (CDI 2:N). Chcąc ocenić częstość występowania poszczególnych symptomów depresyjnych w badanej grupie dzieci, przeanalizowano szczegółowo uzyskane wyniki, stanowiące niejako syntetyczną hybrydę punktów widzenia poszczególnych respondentów. Badane symptomy, nie w każdym przypadku mając jednakowe nasilenie i nie zawsze współwystępując ze sobą w określonych proporcjach, nie mogą jednak w sposób izolowany stanowić o diagnozie pełnoobjawowego syndromu, a tym bardziej zaburzenia depresyjnego. Mogą jednakże dawać podstawę do identyfikowania konkretnego problemu, który w określonym kontekście może być związany z istotnie podwyższonym prawdopodobieństwem występowania depresji. W jaki sposób można zatem interpretować wyniki badania oceniając je pod kątem identyfikacji pełnoobjawowego syndromu lub zaburzenia depresyjnego? Autorzy Children's Depression Inventory 2, podkreślając największe znaczenie diagnostyczne (pełnej)

Wersji do Samoopisu CDI 2 oraz ekwiwalentną względem niej rolę Skróconej Wersji do Samoopisu CDI 2, zalecają traktowanie wyników uzyskanych w tych wersjach jako mających największą wagę w procesie badawczym. Poza tym, co wykazano w toku badania, wyniki Wersji dla Rodzica oraz Wersji dla Nauczyciela CDI 2 użytych w badaniu różnią się od wyników uzyskanych w CDI 2:S w sposób, którego rozmiaru i znaczenia nie można zbagatelizować, a w związku z powyższym bezcelowa wydaje się ocena ryzyka występowania depresji w oparciu jedynie o zbieżność odpowiednio wysokich wartości wyników wszystkich wersji ankietowych w przypadkach poszczególnych dzieci. Stąd, częstość występowania syndromu depresyjnego w ogólnej populacji badanej, jak i w wyodrębnionych jej grupach demograficznych oszacowano na podstawie zintegrowania wyników uzyskanych w badaniach z użyciem wersji samoopisowych (patrz tab. 11.2).

Definitywne rozpoznanie zaburzenia depresyjnego powinno opierać się na obserwacji klinicznej i nie może bazować jedynie na badaniu z użyciem ankiety czy jednorazowego wywiadu z dzieckiem oraz jego rodzicem lub opiekunem. Stąd, wyniki przeprowadzonego badania autorskiego świadczą przede wszystkim o częstości występowania zespołu (syndromu) depresyjnego, który jest istotnie związany z ryzykiem występowania zaburzenia depresyjnego, tym niemniej nie musi być w pełni z nim jednoznaczny. Wywiad przeprowadzony z dzieckiem i jego rodzicem/opiekunem po wypełnieniu przez nich ankiet w badaniu szczegółowym miał na celu dokonanie wstępnej diagnostyki różnicowej depresji w podstawowym zakresie i formie, a tym samym maksymalizację stopnia pewności co do ostatecznej diagnozy. W przypadku każdego z dzieci, które osiągnęły przynajmniej wysoki wynik ogólny w pełnej wersji samoopisowej, na podstawie danych z wywiadu zweryfikowano i potwierdzono obecność cech zespołu depresyjnego, stawiając podejrzenie obecności zaburzenia depresyjnego.

Analizując czynniki ryzyka depresji, należy zauważyć, że o ile płeć – zgodnie z przyjętą w badaniu zasadą – pozostaje kwestią niezmienną, o tyle wiek dziecka ulega zmianom i to właśnie ta zmiana wydaje się pozostawać w bardzo istotnym związku ze zmianą poziomu ryzyka występowania depresji w populacji dziecięco-młodzieżowej. Nie chodzi wyłącznie o izolowany wpływ wieku, ale również o skumulowany wpływ wieku i płci na występowanie i nasilenie cech depresyjnych. Z kolei, ocena

współwystępowania ze sobą odpowiednich objawów, jak i obserwacja ich nasilenia w zestawieniu z nasileniem innych, daje podstawę, by obecność istotnie klinicznie nasilonych cech depresji postrzegać w kategoriach swoistej autoindukcji, czy też innymi słowy – dodatniego sprzężenia zwrotnego. W tym przypadku trudno jest jednoznacznie orzec, jaka cecha depresji pierwotnie stymulowałaby pojawianie się i nasilanie innych cech, tym niemniej powinno się brać pod uwagę i przyjąć jako istotne ryzyko ich wzajemnego dodatniego wpływu na siebie, co należy rozumieć w ten sposób, że jeden objaw współlistnieje z drugim, zaś wzrost jego nasilenia łączy się ze wzrostem nasilenia drugiego objawu. Wydaje się bowiem, że objawy mogące cechować stan depresyjny nie występują lub rzadko występują w sposób izolowany. Z racji, iż wzajemnie stymulujący wpływ jednych cech potencjalnie depresyjnych na inne może przyczyniać się do wystąpienia i kształtować dynamikę kliniczną depresji, cechy te należy traktować jako czynniki ryzyka występowania pełnoobjawowego zespołu lub zaburzenia depresyjnego. Różnice dotyczące nasilenia ewentualnych objawów i ryzyka występowania depresji w zależności od płci w ogólnej populacji dziecięco-młodzieżowej na etapie przesiewowym okazały się mieć wymiar nieco bardziej złożony niż w przypadku czynnika wieku. Otóż w analizie wyników całej grupy dzieci poddanych badaniu w I etapie nie stwierdza się w tej kwestii różnicy cechującej się istotnością statystyczną ($p=0,382$) ani kliniczną. Zupełnie inaczej jest w przypadku analizy wyników uzyskanych przez osoby różnych płci w osobnych grupach wiekowych: 7-12 lat oraz 13-14 lat. W zestawieniu wyników uzyskanych wewnątrz grupy dzieci starszych występuje wyraźna, istotna statystycznie i klinicznie różnica, świadcząca o większym potencjale depresyjnym dziewcząt w porównaniu do chłopców. Z kolei wewnątrz grupy dzieci młodszych, ewentualne skłonności depresyjne wydają się cechować w nieco większym stopniu chłopców, jednak o ile różnica jest w tym przypadku istotna statystycznie, to nie cechuje się istotnością kliniczną (por. Podrozdział 9.1.1).

Nieco inaczej jednak prezentują się statystyki zróżnicowania wyników ze względu na płeć wewnątrz grupy dzieci, które zostały zakwalifikowane do badania w II etapie. W ujęciu ogólnym, zakwalifikowane dziewczęta uzyskały wyniki istotnie statystycznie i klinicznie wyższe niż zakwalifikowani chłopcy. Analogiczna różnica wyników wewnątrz grupy zakwalifikowanych dzieci starszych (13-14 lat) nie jest istotna statystycznie ($p=0,095$). Z kolei wewnątrz grupy zakwalifikowanych dzieci młodszych

(7-12 lat) obserwuje się wyraźne odwrócenie rozkładu wyników w porównaniu do ogólnej grupy dzieci młodszych. Tutaj, dziewczęta młodsze osiągnęły istotnie statystycznie i klinicznie wyższe wyniki w porównaniu do chłopców młodszych. Oznacza to, że jeśli spośród całej dostępnej populacji dzieci 7-12-letnich wyodrębni się grupę dzieci cechujących się możliwym przynajmniej podwyższonym ryzykiem występowania depresji, to wewnątrz tej grupy znacząco większy potencjał depresyjny będzie cechować dziewczęta w porównaniu do chłopców. Jak widać, jest to prawidłowość odmienna od tej, jaką obserwuje się w ogólnej populacji dzieci młodszych, gdzie różnica, choć nieistotna klinicznie, w sposób istotny statystycznie wskazuje na większe ryzyko ewentualnego występowania depresji wśród chłopców młodszych w porównaniu z dziewczętami młodszymi (por. Podrozdział 9.1).

Biorąc pod uwagę powyższe fakty należy skonstatować, że skumulowany wpływ wieku i płci również ma znaczenie na gruncie analizy związków przyczynowo-skutkowych depresji u dzieci i młodzieży. Spośród wszystkich wyodrębnionych w badaniu grup demograficznych, największym nasileniem ewentualnych objawów i największym stopniem ryzyka występowania depresji cechuje się grupa dziewcząt starszych (13-14 lat). Trudno natomiast ustalić dalszą kolejność ryzyka i jednoznacznie stwierdzić, która z grup charakteryzuje się relatywnie najmniejszym potencjałem depresyjnym. Wynika to przede wszystkim z przypuszczenia, że grupa dziewcząt młodszych (7-12 lat) wydaje się być stosunkowo najbardziej niehomogeniczna w analizowanym względzie spośród wyodrębnionych grup. Bowiem, jeśli weźmie się pod uwagę całą dostępną populację, to dziewczęta młodsze w relatywnie najmniejszym stopniu przejawiają cechy depresji, ale jeśli przeanalizuje się wyniki badań dzieci uznanych za potencjalnie depresyjne, to okaże się, że dziewczęta grupy 7-12 lat osiągają wyniki istotnie wyższe choćby w porównaniu do swoich męskich odpowiedników. Prawidłowość ta jest dostrzegalna również w przypadku zestawienia maksymalnych osiągniętych w etapie przesiewowym wyników (dziewczęta młodsze – 79 tenów, chłopcy młodszy – 68 tenów). Różnica dzieląca wyniki maksymalne uzyskane w obu grupach jest bardzo wyraźna i niewątpliwie istotna z klinicznego punktu widzenia. Domniemana niehomogeniczność grupy dziewcząt młodszych (7-12 lat) skłania do pewnego zastanowienia. Wydaje się bowiem, że skoro powszechnie wiadomym jest, iż dziewczęta statystycznie w nieco młodszym niż chłopcy wieku rozpoczynają okres dojrzewania, być może winno się

zatem zweryfikować i zrewidować ustalone przedziały wiekowe norm dla grup dziewcząt (dzieci) starszych i młodszych w taki sposób, by granica wiekowa dzieląca obie grupy została ustalona z uwzględnieniem spodziewanego początku charakterystycznych zmian rozwojowych. Hipoteza oparta na powyższych spostrzeżeniach stanowi niewątpliwie istotny argument w dyskusji dotyczącej normalizacji skal pomiarowych choćby użytego w niniejszym badaniu narzędzia diagnostycznego.

Przytoczone spostrzeżenia skłaniają do stwierdzenia, iż w populacji dziecięco-młodzieżowej płeć żeńska stanowi czynnik ryzyka depresji, jednak w sposób definitywny i bezsprzeczny dopiero wówczas, gdy jej cechy stają się wyraźne i dostrzegalne, czyli po rozpoczęciu okresu dojrzewania. Potwierdza to wniosek, mówiący iż spośród grup wyodrębnionych w badaniu ze względu na skumulowanie czynników demograficznych: wiek i płeć, największym potencjałem depresyjnym cechuje się grupa starszych dziewcząt nastoletnich (13-14 lat). Tym samym można stwierdzić, że kumulacja cech: płeć żeńska i wiek 13-14 lat stanowi kolejny ewidentny czynnik ryzyka depresji w populacji uczniowskiej szkół podstawowych.

Przeprowadzona w II etapie badania szczegółowa analiza cech depresji w wyodrębnionych grupach przy użyciu (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2 (por. Podrozdział 9.2.1) potwierdziła, że wśród osób uznanych za potencjalnie depresyjne, wyniki świadczące o większym nasileniu ogólnych cech depresji uzyskują: dziewczęta w porównaniu do chłopców, dziewczęta młodsze (7-12 lat) w porównaniu do chłopców młodszych (7-12 lat) oraz dziewczęta starsze (13-14 lat) w porównaniu do dziewcząt młodszych (7-12 lat). Podobne prawidłowości dotyczą wyodrębnionych wyników świadczących o nasileniu problemów emocjonalnych, jak i problemów w funkcjonowaniu (w tym przypadku różnica dzieląca wyniki grup dziewcząt starszych i dziewcząt młodszych nie jest istotna statystycznie). Warto podkreślić, że różnice te są ewidentne przede wszystkim w przypadku analizy porównawczej wyników uzyskanych przez dziewczęta, co dowodzi, iż w istocie uzyskują one w tych skalach bezdyskusyjnie wyższe wyniki.

Przechodząc do wyników uzyskiwanych w poszczególnych podskalach pełnej wersji samoopisowej, można zauważyć, iż ich rozkład w przypadku podskali Niska samoocena odpowiada proporcjom nasilenia problemów emocjonalnych i ogólnych cech depresji w

badanych grupach. Jest to jedyna z podskal CDI 2:S, w której istotność stwierdzonych różnic jest analogiczna do skali Problemy emocjonalne oraz wyników ogólnych CDI 2:S. Można zatem pośrednio wnioskować, iż cechą, która w sposób zasadniczy kształtuje depresyjność wśród dziewcząt jest właśnie problem dotyczący niskiej samooceny. Ogólna właściwość pokrewnej cechy, jaką jest subiektywna negatywna ocena własnej efektywności (podskala Brak efektywności) tylko częściowo odpowiada powyższej tendencji (różnica istotna statystycznie dotyczy jedynie porównania pomiędzy wynikami uzyskanymi w grupach dziewcząt młodszych i chłopców młodszych). Również rozkład wyników uzyskanych w podskali Negatywny nastrój / Objawy somatyczne częściowo odpowiada wyżej wymienionym (istotnie statystycznie wyższe wyniki uzyskano w grupach: dziewcząt w porównaniu do chłopców oraz dziewcząt starszych w porównaniu do dziewcząt młodszych). Co ciekawe, w tym przypadku wewnątrz grupy dzieci młodszych istotnie statystycznie wyższe wyniki cechują grupę chłopców w porównaniu do dziewcząt. Tę prawidłowość należy zapewne traktować jako mającą prawdopodobnie decydujący wpływ na niejednoznaczność obserwowanych tendencji depresyjnych w grupie dzieci młodszych, co do której pewne dane (pochodzące nie tylko z niniejszego badania) zdają się świadczyć o nieco większym rozpowszechnieniu i/lub nasileniu cech depresji wśród chłopców w porównaniu do dziewcząt. Jako w pewnym sensie wyjątkową można postrzegać kwestię samooceny problemów interpersonalnych przez badane dzieci. O ile w tym przypadku, tak jak i w większości powyżej analizowanych, dziewczęta młodsze charakteryzują się bardziej problemowo w porównaniu do chłopców młodszych, o tyle jest to jedyna z podskal, w której odnotowuje się istotną statystycznie różnicę dzielącą wyniki wewnątrz populacji męskiej, świadczącą zresztą na niekorzyść chłopców starszych. Można domniemywać, iż czynnikiem kształtującym obserwowaną prawidłowość jest potencjalnie większa konfliktowość generowana na skutek dojrzewania hormonalnego młodych mężczyzn. Na koniec analizy wewnętrznej wyników uzyskanych w szczegółowym badaniu dzieci przy użyciu (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2 warto zauważyć, iż w każdym z analizowanych powyżej przypadków jedynie wyniki dziewcząt młodszych (7-12 lat) różnią się w sposób istotny statystycznie od wyników chłopców młodszych (7-12 lat) i tylko w jednej podskali są one wyższe w przypadku chłopców (Negatywny nastrój / Objawy somatyczne). Jest to tym niemniej podskala,

której wyniki najsilniej korelują z wynikami skali Problemy emocjonalne, które z kolei najsilniej korelują z wynikami ogólnymi CDI 2 S, co pokazała analiza korelacji wyników wewnątrz CDI 2:S (por. Podrozdział 10.3.1.1). Czyżby zatem problemy z nastrojem i jego manifestacjami somatycznymi były w przypadku chłopców cechą relatywnie bardziej pierwotną, zaś w przypadku dziewcząt relatywnie bardziej wtórną w stosunku do pozostałych analizowanych symptomów ewentualnej depresji? Pytanie to należy postrzegać w wymiarze hipotetycznym. O ile znalazłaby się odpowiedź na nie, przypuszczalnie przynajmniej do pewnego stopnia wyjaśniałaby ona obserwowaną niejednoznaczność wyników badań nad występowaniem cech depresji w grupie dzieci młodszych (7-12 lat).

Spośród ocenianych w (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2 problemów (symptomów) należących do różnych sfer objawowych, wszystkie mają oczywisty wpływ na powstawanie i kształtowanie syndromu depresyjnego, a przez to ich występowanie i nasilenie należy również postrzegać w kategoriach czynników ryzyka występowania depresji. Według samooceny dokonanej przez dzieci, czynnikiem mającym największy dodatni wpływ na wysokość wyników świadczących o nasileniu ogólnych cech depresji są problemy emocjonalne. Te z kolei w największym stopniu wiążą się z negatywnym nastrojem i jego ewentualnymi przejawami somatycznymi. Dzieci oceniają poza tym, że ich ewentualne problemy w funkcjonowaniu związane są przede wszystkim z brakiem oczekiwanej efektywności. Relatywnie najmniejszy spośród analizowanych sfer objawowych wpływ na nasilenie ewentualnego syndromu depresyjnego okazują się mieć problemy interpersonalne. Najsilniejszy dodatni związek pomiędzy wynikami świadczącymi o objawach, których ocena – zgodnie ze strukturą CDI 2:S – nie ma bezpośredniego wpływu na siebie nawzajem, obserwowany jest w przypadku zestawienia wyników skal: Problemy emocjonalne i Problemy w funkcjonowaniu. Spośród wyników podskal CDI 2:S odzwierciedlających nasilenie problemów w czterech różnych sferach objawowych, najsilniej korelują ze sobą wyniki świadczące o negatywnym nastroju / objawach somatycznych oraz niskiej samoocenie, z kolei względnie najslabiej – wyniki podskal: Brak efektywności i Problemy interpersonalne. Wyniki dwóch ostatnich skal wykazują zresztą najslabszą korelację spośród wszystkich analizowanych korelacji badanych wewnątrz zbioru wyników (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2. Żadna z pozostałych analizowanych korelacji nie cechuje się

wartością r niższą niż 0,54, przy czym wszystkie cechują się bardzo wysoką istotnością statystyczną (por. tab. 10.7). Oznacza to, że analizowane symptomy ewentualnych zaburzeń depresyjnych wpływają nie tylko na powstawanie i nasilenie syndromu depresyjnego, ale wykazują także wzajemną zależność, zgodnie z jaką występowaniu i nasilaniu się określonego problemu towarzyszy wzrost potencjalnie chorobowego znaczenia każdego innego z rozpatrywanych problemów, z których wszystkie – stanowiąc zespół – mogą definiować i kształtować syndrom depresyjny jako stan chorobowy. Rzecz jasna jakość związku przyczynowo-skutkowego mogącego ustalić, która z cech pojawia się pierwotnie w stosunku do innych, jest trudna do jednoznacznego stwierdzenia. Nie zmienia to jednak faktu, że pojawianie się jednej objawowej cechy ewentualnej depresji wiąże się w istotnym stopniu ze wzrostem ryzyka występowania innych jej potencjalnych cech. Siła omawianych zależności może być różna i zależeć nie tylko od konstelacji samych symptomów, ale również od poszczególnych, współwystępujących ze sobą zmiennych demograficznych, których znaczenie jako czynników ryzyka występowania objawów zespołu depresyjnego omawiano wcześniej. W sposób szczególny zwraca jednak uwagę fakt, iż opisywane przez dzieci problemy interpersonalne względnie słabiej wiążą się z występowaniem i nasileniem ogólnych cech depresji, jak i jej symptomatycznych składowych w stosunku do problemów, które mogą być postrzegane w większym zakresie i stopniu jako wewnątrzpochodne (negatywny nastrój / objawy somatyczne, niska samoocena, brak efektywności). Czyżby zatem można było przyjąć hipotetycznie, iż cechy depresji w badanej populacji mają pochodzenie w większym zakresie i stopniu endo- niż egzogenne? Kwestię tę można potraktować jako przyczynek do dalszej szczegółowej analizy populacyjnej.

W ocenie potencjalnie depresyjnych dzieci dokonanej w II etapie badania przy użyciu Wersji dla Rodzica CDI 2:S, uzyskano wyniki świadczące owszem o istotnie statystycznie większym nasileniu ogólnych cech depresji oraz problemów emocjonalnych wśród dziewcząt młodszych (7-12 lat) w porównaniu do chłopców młodszych (7-12 lat), jak i o większym nasileniu ewentualnych problemów emocjonalnych wśród dziewcząt starszych (13-14 lat) w porównaniu do dziewcząt młodszych (7-12 lat), co odpowiada samoocenie dokonanej przez dzieci, tym niemniej są to jedyne istotne badawczo podobieństwa pomiędzy tymi prowadzonymi równolegle

badaniami. O ile poza tym rodzice/opiekunowie w ujęciu statystycznym relacjonują – spodziewane skądinąd – istotnie większe nasilenie ewentualnych problemów emocjonalnych w grupie chłopców starszych (13-14 lat) w porównaniu do chłopców młodszych (7-12 lat), to zastanawiające jest, że problemy emocjonalne są w przypadku chłopców starszych oceniane przez rodziców/opiekunów jako istotnie bardziej nasilone również w porównaniu do grupy dziewcząt starszych. Wobec trudności w jednoznacznym ustaleniu przyczyny powyższego rozkładu wyników, jak i ze względu na założenie większej wagi znaczenia wyników uzyskanych w CDI 2:S w porównaniu do CDI 2:R, uzasadnionym wydaje się rozważenie przynajmniej dwóch alternatywnych – niewykluczających się zresztą wzajemnie – domniemań, próbujących wyjaśnić taki stan rzeczy. Pierwsze z nich zakłada, iż dziewczęta w wieku 13-14 lat skuteczniej niż ich męscy rówieśnicy są w stanie ukrywać swoje negatywne przeżycia przed osobami bliskimi. Drugie natomiast skłania do przypuszczenia, iż ewentualne problemy emocjonalne nastoletnich chłopców mogą być statystycznie częściej i bardziej niż w przypadku nastoletnich dziewcząt wyolbrzymiane lub nadinterpretowane przez oceniających ich stan rodziców/opiekunów. Cennymi w dyskusji na ten temat mogą okazać się spostrzeżenia przytoczone w Podrozdziale 4.5.1.3 oraz wynikające z nich sugestie, jakoby dziewczęta faktycznie były statystycznie bardziej skłonne do ukrywania negatywnych emocji celem sprawiania względnie pozytywnego wrażenia na swój temat u osób z własnego otoczenia. Co zaś się tyczy nastoletnich chłopców, być może istotnym w analizie przyczynowej ich wysokich wyników w CDI 2:R może okazać się przypuszczenie, jakoby matki/opiekunki wyrażały więcej obaw o swoich dorastających synów w porównaniu do córek. U podłoża takiego hipotetycznego zjawiska mogłaby leżeć oczywiście różnica na tle płciowym, zakładająca, iż matki widząc w dorastających córkach czynnik żeński mogą postrzegać je jako bliższe sobie, przez to możliwie bardziej przewidywalne i pozostające w większym stopniu pod świadomą czy też nieświadomą kontrolą w porównaniu do chłopców, których męskość w okresie nastoletnim zaczyna wymykać się spod kobiecej-matczynej kontroli, staje się żywiołowa i nieprzewidywalna, a przez to w mniejszym stopniu podatna na rodzicielskie wpływy relatywnie coraz słabszej w porównaniu do coraz silniejszego syna matki, która w konsekwencji staje się coraz mniej wolna od obaw i coraz bardziej przewiduje możliwe zagrożenia życiowe względem swojego syna. Zastanawiający i

dosyć sugestywny wydaje się w tym kontekście fakt, iż chłopcy starsi (13-14 lat) byli jedyną z wyróżnionych w badaniu autorskim grup populacyjnych, w przypadku której rodzicami/opiekunami biorącymi udział w badaniu z użyciem Wersji dla Rodzica CDI 2 były wyłącznie kobiety (matki)(patrz tab. 11.3). W istocie, chłopcy starsi byli w tym przypadku najmniej liczną spośród badanych grup. Nie zmienia to jednak faktu, iż zawarte w tabeli 11.3 dane w połączeniu z uzyskanymi relatywnie wysokimi wynikami CDI 2:R mogą sugerować rosnące wraz z wiekiem dziecka zainteresowanie i obawy matek w stosunku do swoich synów. Niejako na marginesie można dodać, iż w grupie chłopców 13-14-letnich, którzy po badaniu przesiewowym zostali zakwalifikowani do badania szczegółowego, w żadnym przypadku nie odmówiono ani nie zrezygnowano z dalszej współpracy diagnostycznej w II etapie. Stanowi to kolejny wyjątek na tle wszystkich wyróżnionych grup populacyjnych objętych badaniem (por. tab. 11.1), a w związku z tym wzmacnia sugestywność powyższych domniemań.

Oceny dzieci dokonane przez nauczycieli w CDI 2:N, w większym stopniu niż w przypadku rodziców/opiekunów wolne od czynnika osobistego, jak też osadzone w kontekście instytucjonalnym (szkolnym), dopełniają perspektywy badawczej w stosunku do stanu analizowanej pod kątem występowania cech depresyjnych populacji. Na podstawie analizy wyników uzyskanych w wersjach ankietowych przeznaczonych do wypełnienia przez nauczycieli okazuje się, iż w interpretacji nauczycielskiej jedyny niepodważalnie istotny i ewidentnie wyróżniający się w całej badanej w II etapie grupie dzieci problem dotyczy funkcjonowania dziewcząt starszych (13-14 lat) na tle grupy dzieci starszych (13-14 lat). Wyniki skali Problemy w funkcjonowaniu CDI 2:N w największym stopniu kształtują w tym przypadku wysokość wyników CDI 2:N świadczących o ogólnym nasileniu cech ewentualnej depresji w tej grupie ($r=0,955431$; $p=0,00$; $n=169$). Co charakterystyczne, jednocześnie żadne dane liczbowe odzwierciedlające różnice między badanymi grupami w kwestii nasilenia ewentualnych problemów emocjonalnych nie okazały się tu statystycznie istotne. Może to oznaczać, że osoby mające kontakt z dziećmi w warunkach szkolnych, zauważają przede wszystkim ich problemy dotyczące funkcjonowania, nie zaś przeżyć wewnętrznych. Wydaje się to być kwestią zrozumiałą i spodziewaną. Jeśli w tym przypadku, opisywane zgodnie z interpretacją nauczycieli nasilenie problemów w funkcjonowaniu dziewcząt potraktuje się jako efekt manifestowania się lub ekwiwalent ich rzeczywistych – choć

niekoniecznie jasno wyrażanych na zewnątrz – problemów emocjonalnych, które same dziewczęta opisały w CDI 2:S, to można przyjąć, iż obserwacje relacjonowane przez nauczycieli w pewnym sensie korespondują z samoobserwacjami dziewcząt 13-14-letnich. O ile zatem dziewczęta ujawniają pewne cechy problemów emocjonalnych wobec swoich bliskich (choć i tak nie na tyle ewidentnie, by były one interpretowane przez ich rodziców/opiekunów adekwatnie do stanu faktycznego), o tyle w środowisku szkolnym mogą usiłować maskować je silniej niż w środowisku domowym, co wydawałoby się zrozumiałe jeśli zważy się kontekst społeczny obu tych przestrzeni ich funkcjonowania. Z kolei problemy w funkcjonowaniu wydają się być wyraźniej widoczne i lepiej dostrzegalne na tle i w odniesieniu do całej grupy dzieci, z którymi do czynienia mają przede wszystkim nauczyciele, niekoniecznie zaś rodzice/opiekunowie, obcujący na co dzień praktycznie tylko ze swoim dzieckiem, a przez to nieposiadający odpowiedniego punktu odniesienia i swoistej skali porównania dla własnych spostrzeżeń odnośnie dziecka.

W tym miejscu można by rozważyć przypuszczenie, jakoby rodzice/opiekunowie lub nauczyciele przejawiali ogólną tendencję do zaniżania wyników ocen nasilenia potencjalnie depresyjnych cech swoich podopiecznych w stosunku do rzeczywistego stanu rzeczy. Pewne obserwacje, jak choćby te dotyczące oceny nastoletnich synów przez ich matki, wydają się dowodzić wręcz odwrotnego zjawiska. Jednocześnie jednak, w istotnie większej ilości zestawień rozkładów wyników uzyskanych w różnych wersjach ankietowych wykorzystanych w II etapie autorskiego badania, widoczna jest różnica świadcząca o bardziej negatywnym ocenianiu stanu dzieci przez nie same w porównaniu do tego, jak oceniają ich stan dorośli respondenci.

Summaryczna ocena dokonana zarówno przez rodziców/opiekunów, jak i nauczycieli, zdaje się świadczyć o istotnie odmiennym postrzeganiu i interpretowaniu przez nich problemów dotyczących badanej grupy dzieci. W całościowej ocenie dotyczącej ogólnie grupy badanej przy użyciu 3 wersji ankietowych, dzieci przeważnie oceniają swoje problemy jako częściej występujące i bardziej nasilone w porównaniu do tego, jak oceniają je osoby dorosłe, co dotyczy zwłaszcza kwestii problemów emocjonalnych. Występuje zresztą wyraźne odwrócenie proporcji interpretacji nasilenia problemów pomiędzy dziećmi a pozostałymi respondentami, którzy zdają się zauważać i interpretować jako bardziej istotne problemy w funkcjonowaniu, nie zaś problemy

emocjonalne. Prawdopodobnie ta wskazuje na spodziewany skądinąd brak pełnego wglądu osób dorosłych w wewnętrzne przeżycia dzieci, z tendencją do niedoszacowania ich rozmiaru i ciężkości. Może to wynikać np. z niedoborów ilościowo-jakościowych dotyczących relacji i komunikacji pomiędzy dziećmi a zajmującymi się nimi osobami dorosłymi, jak i z braku odpowiedniego stopnia uświadomienia rodziców/opiekunów oraz nauczycieli co do możliwych podłoża występujących u ich podopiecznych problemów. Co istotne, dla osób z zewnątrz problematyczną kwestią jest przede wszystkim nieprawidłowe zachowanie dzieci, zaniedbywanie obowiązków, zaburzenia w relacjach rodzinnych, rówieśniczych oraz instytucjonalnych, jak i inne zjawiska związane z ich niepożądanym i niewłaściwym funkcjonowaniem. W kontekście realnych relacji środowiskowych oraz wspomnianego braku wystarczającego wglądu w przeżycia wewnętrzne dzieci, wydaje się to zrozumiałe. W tym miejscu należy dobitnie podkreślić, że u podłoża niedoszacowania rozmiaru problemów emocjonalnych dzieci przez osoby dorosłe z pewnością leży również nieświadomość samych dzieci. To, że przeżywają one trudności emocjonalne, wcale nie musi być przez nie same postrzegane w kategoriach problemowych. Dopiero zapytane wprost w trakcie badania relacjonują swój stan wewnętrzny, w dalszym ciągu niekoniecznie nadając mu znaczenie chorobowe. Nieuświadomione przeżywanie dyskomfortu emocjonalnego bardzo często przyczynia się do utrwalenia i nasilenia problemu, zaś niewystarczająco świadome dziecko najczęściej nie ma możliwości abstrahowania poznawczego oraz nabierania dystansu w stosunku do swoich uczuć. Nie zdając sobie z nich sprawy jednocześnie nie werbalizuje swojego stanu i nie przekazuje informacji o nim na zewnątrz. Cierpiąc tym niemniej, a wręcz tym bardziej, może przejawiać wtórne zaburzenia zachowania, które faktycznie w większym stopniu niż negatywne przeżycia wewnętrzne mogą być zauważane (i oceniane jako relatywnie bardziej nasilone) przez rodziców/opiekunów, jak i nauczycieli.

13. Dyskusja

13.1 Analiza porównawcza wyników badania z badaniami innych autorów

Przeprowadzone w leżajskich szkołach podstawowych badanie populacyjne wpisuje się w szereg prowadzonych na przestrzeni minionych dziesięcioleci podobnych badań. Badacze oceniający cechy zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego analizują problem z różnych perspektyw, używając w tym celu różnych metod badawczych i w różny sposób dobierając grupę badaną. Niniejsza analiza uzupełnia dotychczasowy kontekst badawczy o perspektywę dzieci szkolnych jednego miasta powiatowego, mających nie mniej niż 7 i nie więcej niż 14 lat, badanych z użyciem stosunkowo nowego na gruncie polskim narzędzia diagnostycznego – Children's Depression Inventory 2.

Podjmując się przeanalizowania wyników badania autorskiego w kontekście wyników innych badań należy mieć na uwadze fakt różnego podejścia do zjawiska depresji w różnych badaniach. Jeśli depresję w populacji pediatrycznej można rozpatrywać jako obecność nastroju (symptomu) depresyjnego, zespołu (syndromu) depresyjnego i zaburzenia depresyjnego, to logicznym wydaje się tym większe rozpowszechnienie problemu im bardziej ogólnie jest on traktowany. Stąd, badanie występowania depresji jako symptomu wśród dzieci i młodzieży może dawać wyniki sięgające nawet do około 30-50% populacji^{[12],[41],[58]}. By konstruktywnie skonfrontować tak wysoki odsetek z wynikiem niniejszego badania, powinno się mieć na uwadze fakt, iż nastój depresyjny jest w CDI 2 oceniany na ogół przy użyciu tylko jednej z kilku podskal (podskala Negatywny nastrój / Objawy somatyczne CDI 2:S), której wynik składa się częściowo na wynik skali Problemy emocjonalne CDI 2:S, a ten z kolei – wraz z innymi – na wynik ogólny (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2, którego odpowiednio wysoką wartość można postrzegać generalnie jako świadczącą o obecności i nasileniu depresji (zespołu depresyjnego) u danego dziecka. Pomimo możliwości zamiennego (w pewnym ograniczonym stopniu) traktowania wyników ogólnych obu wersji samoopisowych, wartości wyniku podskali Negatywny nastrój / Objawy somatyczne (oraz innych skal częściowych) CDI 2:S nie sposób odnosić

bezpośrednio do wyniku badania w etapie przesiewowym, co jest konsekwencją zasadniczej konstrukcji narzędzia diagnostycznego. Tym samym, ocena występowania w całej badanej grupie dzieci pojedynczego symptomu, jakim jest nastrój depresyjny, wymagałaby wdrożenia dodatkowych, szczegółowych analiz badawczych. Występowanie i nasilenie nastroju depresyjnego, stanowiącego jeden z podstawowych elementów kryterialnych zaburzeń depresyjnych, zostało zatem w niniejszym badaniu przeanalizowane wewnątrz grupy dzieci uznanych jako potencjalnie syndromatycznie depresyjne, co też było jednym z celów niniejszej pracy. W toku analizy wyników badania szczegółowego okazało się jednocześnie, iż symptom depresyjny (nastrój depresyjny), według oceny dokonanej przez dzieci, stanowi zasadniczy element zgłaszanych przez nie problemów emocjonalnych, które z kolei mają największy spośród analizowanych w badaniu ankietowym czynników wpływ na występowanie i nasilenie zespołu depresyjnego ($r=0,932541$; $p=0,000$).

Do pewnego stopnia istotna w diagnozowaniu depresji wśród osób młodych może być jakość użytego narzędzia diagnostycznego, choć trzeba przyznać, że kryteria rozpoznawania depresji nie zmieniły się na przestrzeni minionych dekad na tyle istotnie, by odpowiednie skale były konstruowane w znacząco odmienny sposób. Rzecz jasna, różne narzędzia i metody badawcze cechują się różnym stopniem czułości oraz swoistości, jak i różną strukturą oraz konstrukcją werbalną, co może mieć pewien wpływ na występowanie różnic w uzyskiwanych wynikach. Analizując jakość i przyczyny różnic dzielących wyniki niniejszego badania oraz badań innych autorów należy zatem brać pod uwagę również rodzaj użytych narzędzi diagnostycznych.

Jak można byłoby przypuszczać, badania występowania depresji w dotychczasowym życiu dają wyniki odpowiednio wyższe niż w przypadku analizy występowania depresji trwającej. Zważając na fakt, iż w autorskim badaniu wszystkie dzieci były badane w tym samym czasie, uzyskane wyniki należy traktować jako przybliżone wskaźniki ryzyka występowania depresji w danej grupie i w danym momencie. Nie odnoszą się one natomiast w sposób bezpośredni do występowania depresji w ogóle^{[41],[58]}. W badaniu autorskim, dzieci relacjonowały swój stan w perspektywie oceny dotyczącej 2 minionych tygodni, co wynika z kryteriów rozpoznawania depresji i jest zasadą użytego narzędzia badawczego. Tym samym, wyniki badania należy traktować zasadniczo jako opisujące stan aktualny.

By móc interpretować uzyskane wyniki w kontekście pokoleniowym (podłużnym), należy odnieść się do wyników badań nad depresją u dzieci i młodzieży prowadzonych w minionych dekadach. W Podrozdziale 4.5.1.2 niniejszej pracy zawarto dane dotyczące ogólnego rozpowszechnienia depresji w populacji pediatrycznej na podstawie przeglądu wyników podobnych badań przeprowadzonych w ciągu ostatnich niespełna 50 lat. Wyniki te w dużej mierze stanowią wartości uśrednione dla szerokiej grupy dzieci, w tym tych, które nie rozpoczęły jeszcze okresu dojrzewania, jak i starszych nastolatków, u których psychofizyczne cechy dojrzewania są już wyraźnie widoczne^{[37], [50], [58]}.

Zdecydowana większość autorów badających zjawisko depresji w populacji wieku rozwojowego stwierdza różnicę w rozpowszechnieniu objawów zaburzeń depresyjnych pomiędzy dwiema wyodrębnionymi w niniejszym badaniu grupami wiekowymi (rozwojowymi), tj. jego wyraźny wzrost związany z rozpoczęciem okresu dojrzewania. Panuje względna zgodność co do związku przyczynowo-skutkowego tego momentu rozwojowego i nasilania się problemów potencjalnie związanych z depresją^{[37], [50], [58], [97], [98]}. Również autorzy narzędzi diagnostycznych – w tym użytego w niniejszym badaniu CDI 2 – zwykle uwzględniają istotność obserwowanych pomiędzy młodszymi i starszymi dziećmi różnic, co skutkuje konstruowaniem odrębnych norm dla obu grup wiekowych^[135]. Niemniej istotna jest różnica w konstruowaniu norm dla dzieci poszczególnych płci. Stwierdzone w zdecydowanej większości (o ile nie we wszystkich) badaniach minionych dekad zróżnicowanie występowania ewentualnej depresji w populacji dziecięco-młodzieżowej na tle wieku i płci zostało w niniejszym badaniu potwierdzone. Pomimo zależności i złożoności metodologicznych, celowe wydaje się zestawienie pewnych danych wprost. Większość prac badawczych pochodzących z początku lat 90. ubiegłego wieku szacuje odsetek występowania syndromu depresyjnego wśród osób dorastających na kilka-kilkanaście procent^{[41], [50], [58]}. W przewadze wyniki te dotyczą dzieci poddanych obserwacji klinicznej, zaś znaczące rozbieżności pomiędzy nimi mogą być efektem objęcia obserwacją osób w różnych okresach wiekowych, w tym dzieci przedszkolnych oraz starszych nastolatków, np. uczęszczających do szkół średnich. Mając na uwadze fakt zmieniającego się w czasie podejścia merytorycznego i diagnostycznego do zjawiska depresji w populacji wieku rozwojowego, należy zdawać sobie sprawę, iż na przestrzeni kolejnych dekad narzędzia diagnostyczne były

udoskonalane, adekwatnie do rzeczywistych możliwości, potrzeb i rozumienia zjawisk klinicznych. Stąd, tym bardziej istotne w kontekście dyskusji nad częstością występowania depresji jest zwrócenie uwagi na wyniki badań jej rozpowszechnienia wśród dzieci i młodzieży, pochodzące z okresu ostatnich kilkunastu lat, zwłaszcza sprzed roku 2020. Przytoczone w Podrozdziale 4.5.1.2 dane (np.: Polanczyk i wsp. oraz Avenevoli i wsp.) opublikowane w minionym dziesięcioleciu szacują częstość występowania depresji wśród 13-latków na nie więcej niż 2% zaś u dzieci 15-letnich na nie więcej niż 7%, co w konfrontacji z danymi opublikowanymi w niniejszej pracy, uzyskanymi w autorskim badaniu przeprowadzonym na przełomie 2022 i 2023 roku, może być rozpatrywane jako dowodzące istotnej różnicy dotyczącej rozpowszechnienia problemu depresji w analogicznych grupach wiekowych na przestrzeni tego okresu^{[98],[99]}.

Avenevoli i wsp. wykorzystali w swoich badaniach kwestionariusz CIDI oraz kryteria DSM-IV, zatem narzędzia inne niż w badaniu autorskim. Nie wydaje się jednak, by wielkość analizowanej różnicy w szacunkach występowania zespołu depresyjnego wśród nastolatków mogła być tłumaczona wyłącznie kwestiami metodologicznymi, tym bardziej, że proporcje danych epidemiologicznych powiązanych z płcią są w tym zestawieniu porównywalne. Co ciekawe, wyniki szeroko zakrojonych podłużnych badań populacji polskich dzieci i młodzieży prowadzonych w ośrodku krakowskim przez zespół Bomby dostarczają wyników świadczących o częstości występowania depresji u dzieci 10-letnich na poziomie około 11% (a więc zbliżonym do odsetka podanego w niniejszym opracowaniu), jednak u nastolatków – na poziomie istotnie większym (niespełna 30%), i to nie tylko w porównaniu do wspomnianych 10-latków, ale również w porównaniu do nastolatków badanych obecnie. Poza odmiennością użytych narzędzi diagnostycznych (KID vs. CDI 2) w analizie przyczynowej stwierdzonych różnic należy z pewnością brać pod uwagę objęcie badaniami krakowskimi również osób mających więcej lat niż przyjęta w badaniu autorskim górna granica wieku badanych. Wydaje się w związku z tym, że problem depresji u młodzieży szkół średnich jest znacznie większy niż wśród osób kończących szkołę podstawową. Nie można zresztą zbagatelizować faktu objęcia badaniami osób żyjących w ośrodkach o różnym stopniu zurbanizowania i w różnym okresie czasowym (dane dotyczące wyników badania dzieci 14-letnich w Warszawie, Krakowie i Szczecinie przy użyciu

KID świadczą o stosunkowo największej częstości występowania depresji wśród nastolatków krakowskich)^{[50],[58]}. Nie sposób jednak traktować wymienionych kwestii w sposób definitywnie wyjaśniający obserwowane różnice.

Niezmiernie istotnym i cennym w kwestii rozpatrywania ewentualnej zmiany częstości występowania depresji w populacji dziecięco-młodzieżowej na przestrzeni minionych lat może być odniesienie uzyskanych w niniejszym badaniu wyników do wyników uzyskanych w badaniach normalizacyjnych narzędzia diagnostycznego CDI 2 dla populacji polskojęzycznej, prowadzonych w latach 2013-2014 pod nadzorem Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego^[135]. Otóż, zgodnie z przyjętymi kryteriami klasyfikacyjnymi uzyskanych wyników przeliczonych dla populacji ogólnej, poziom 65 tenów, który stanowi graniczną wartość przyjętej istotności klinicznej relacjonowanych przez dziecko problemów w skali tenowej, odpowiada poziomowi 93 centyli w skali centylowej (por. tab. 7.3). Oznacza to, że w populacji ogólnej polskich dzieci w wieku 7-18 lat, wyniki przeliczone wynoszące co najmniej 65 tenów miałyby uzyskać 8% osób, w tym 5% (93-97 centyli) wartości klasyfikowane jako wysokie oraz 3% (98-100 centyli) klasyfikowane jako bardzo wysokie. Po przeprowadzeniu stosownych przeliczeń, w niniejszej pracy badawczej uzyskano odpowiednie odsetki o nieco wyższych wartościach (istotne klinicznie – 10,23%, w tym: wysokie – 6,25% i bardzo wysokie – 3,98%). Rzecz jasna, są to wartości uśrednione i dodatkowo obarczone możliwością błędu pomiaru, zaś czynnikiem, którego nie sposób nie brać pod uwagę w analizie obserwowanych różnic jest np. zakres wiekowy populacji (w badaniu autorskim 7-14 lat, w badaniu normalizacyjnym 7-18 lat). Zważywszy jednak na spodziewane znacznie większe rozpowszechnienie cech depresji wśród młodzieży w wieku 15-18 lat w porównaniu do dzieci uczących się w szkołach podstawowych, można by przyjąć, że badanie populacji 7-14-letniej raczej zaniżyłoby uzyskiwane wyniki średnie w zestawieniu z ogólnopopulacyjnymi. Ich relatywnie wyższe wartości można zatem, przynajmniej w pewnym uproszczeniu, traktować jako świadczące o wzroście częstości występowania depresji wśród dzieci i młodzieży populacji uczniowskiej szkół podstawowych w danym okresie. Oczywiście należy pamiętać, że wartości analizowanych odsetków mogą przedstawiać się różnie w różnych podgrupach demograficznych, poza tym grupa normalizacyjna miała około 3-krotnie większą liczebność w porównaniu do badanej

populacji uczniowskiej leżajskich szkół podstawowych, zaś badania normalizacyjne prowadzono na terenie całego kraju (nie tylko w jednym ośrodku) na przestrzeni około 2 lat, czyli okresu znacząco dłuższego niż czas badania autorskiego, odbywający się zresztą wyłącznie w okresie jesienno-zimowym (mającym prawdopodobny dodatni wpływ na nasilanie się objawów depresyjnych^{[41],[48]}). Tym niemniej, w obu badaniach użyto tego samego narzędzia badawczego, a ponadto wyniki uzyskane w etapie przesiewowym lokowały statystyczne cechy wartości przeciętnych analogicznie do wyników badań normalizacyjnych, co wydaje się istotnie wpływać na obiektywizację obserwowanych różnic dotyczących uzyskanych wyników (por. Podrozdział 9.1.1).

Zważywszy na to, że badane w etapie II (szczegółowym) dzieci były oceniane z 3 różnych niezależnych perspektyw, tym niemniej każdy respondent posługiwał się odpowiednią wersją tego samego narzędzia badawczego, jakim jest CDI 2, można przyjąć, że na badanie szczegółowe złożyły się łącznie 3 niezależne badania tego samego dziecka: wersją samoopisową, wersją przeznaczoną dla rodzica/opiekuna oraz wersją przeznaczoną dla nauczyciela CDI 2. Tym samym, celem rzetelnego przeanalizowania częstości występowania syndromu depresyjnego w badanej populacji, uwzględniając przewidywane zakresy (braku) istotności statystycznej występujących pomiędzy dokonanyimi ocenami różnic oraz pamiętając o wadze znaczenia wyników wersji samoopisowej względem wyników pozostałych wersji, można i należy wziąć pod uwagę wyniki uzyskane przy użyciu wersji wypełnionych przez inne niż dziecko osoby. Jak dowiedziono, różnice wartości wyników i korelacji pomiędzy nimi są ewidentne i znaczące. Czynnikiem wpływającym na wymienione różnice nie może być w tej sytuacji odmiennosc materiału i metod badawczych, miejsca badania, okresu czasowego ani przyjętych kryteriów diagnostycznych, jako że wymienione aspekty były zbieżne. Tym, co stoi za występowaniem wspomnianych różnic wydaje się zatem być wyłącznie perspektywa osoby ankietowanej.

Na podstawie wyników uzyskanych w niniejszym badaniu, czynniki ryzyka występowania symptomów zaburzeń depresyjnych mogą być analizowane z co najmniej dwóch perspektyw. Pierwsza z nich to ocena zależności występujących pomiędzy podstawowymi zmiennymi demograficznymi (wiek i płeć) i symptomami depresyjnymi, zaś druga to ocena wzajemnego wpływu na siebie samych symptomów depresyjnych.

Zarówno pierwsza, jak i druga perspektywa jest związana z pewnym potencjałem zmienności wymienionych czynników.

Kwestia związków przyczynowo-skutkowych depresji oraz wieku i/lub płci została podjęta i udokumentowana w wielu badaniach^{[37],[41],[50],[51],[58],[89],[97],[98]}. Wyniki zdecydowanej większości badań wskazują na większą częstość występowania depresji wśród nastolatków starszych w porównaniu do dzieci kilkuletnich i nastolatków młodszych. Okresem wiekowym stanowiącym w ocenie badaczy swoistą granicę, po przekroczeniu której następuje wyraźny wzrost ryzyka występowania syndromu depresyjnego jest początek dojrzewania. Analiza wyników I etapu niniejszego badania ujawniła istotną statystycznie i klinicznie różnicę dotyczącą nasilenia ewentualnych objawów i ogólnego ryzyka depresji pomiędzy dziećmi młodszymi (7-12 lat) a starszymi (13-14 lat). Tym samym potwierdzona została obserwowana w innych badaniach prawidłowość łącząca wzrost tendencji depresyjnych z wiekiem dziecka w perspektywie analizowanego rozwojowego przedziału czasowego w dziecięco-młodzieżowej populacji ogólnej. Szczególnie wyraźnie różnica ta widoczna jest wewnątrz grupy dziewcząt, gdyż dziewczęta starsze osiągnęły istotnie statystycznie i klinicznie wyższe wyniki w porównaniu do dziewcząt młodszych. O ile wśród chłopców istotnie statystycznie wyższe wyniki również uzyskano w przypadku grupy starszej, to jednak różnica dzieląca wyniki grupy starszej i młodszej nie okazała się istotna klinicznie. Opisane zależności przedstawiają się analogicznie w przypadku grupy dzieci zakwalifikowanych do badania w etapie szczegółowym.

Dodatnią zależność ryzyka występowania objawów depresji i wieku dziecka potwierdzano w licznych badaniach prowadzonych w latach 80. i na początku lat 90. ubiegłego wieku, jak i dekadę później (np.: Petersen i wsp., Marcotte i wsp.)^{[41],[58],[97]}. Równolegle z powyższymi badaniami szacowano granicę wiekową związaną z wyraźnym wzrostem częstości występowania syndromu depresyjnego około 13.-14. roku życia (np.: McGee i wsp., Essau i wsp.)^[58]. Choć wymienieni badacze używali różnych metod diagnostycznych, uzyskiwane przez nich wyniki były podobne, zaś analiza statystyczna wyników badania autorskiego odpowiada wyżej wymienionym. Bardziej miarodajnym w kwestii porównania z niniejszym badaniem będzie odwołanie się do wyników badania prowadzonego przez Gresztę przy użyciu CDI w roku 2001. Wyniki tego badania potwierdziły istotnie statystycznie mniejsze nasilenie symptomów

ewentualnej depresji w grupie dzieci 11-12-letnich w porównaniu do 13-15-letnich^[58]. Pochodzące z minionej dekady prace badawcze (np. Avenevoli i wsp.)^{[96],[98],[99]} również dokumentują wyraźny wzrost częstości występowania syndromu depresyjnego u nastolatków starszych w porównaniu do dzieci młodszych, przy czym np. Mojtabai i wsp. zaobserwowali ogólną tendencję wzrostową rozpowszechnienia depresji w populacji dzieci i młodzieży na przestrzeni dwóch poprzedzających dekad (2005-2014)^[98]. Wyniki badania autorskiego potwierdzają istotność wieku i związanych z nim przemian rozwojowych zachodzących u młodych ludzi jako czynników ryzyka występowania depresji w tej grupie wiekowej.

Prowadzone na przestrzeni ostatnich kilku dziesięcioleci prace badawcze zgodnie stwierdzają większą częstość występowania depresji wśród dziewcząt i kobiet, bezspornie zauważalną od momentu widocznego definitywnego różnicowania się ze względu na płeć^{[41],[51],[58],[97]}. Już pod koniec lat 80. Bomba na podstawie wyników uzyskanych w badaniu młodzieży krakowskiej przy użyciu Krakowskiego Inwentarza Depresyjnego, podkreślał wyraźną przewagę częstości występowania depresji wśród dziewcząt w porównaniu do chłopców, przy czym dotyczyło to właśnie dzieci 14-letnich, wśród których różnice międzypłciowe są już dosyć wyraźne^[50]. Z kolei w latach 90. Sorenson i wsp. wnioskowali, iż w przypadku płci żeńskiej wzrost rozpowszechnienia i nasilenia symptomów depresyjnych zaznacza się we wcześniejszym niż u płci męskiej wieku^[58], co również koresponduje z obserwacjami pochodzącymi z badania autorskiego. W analizowanych pracach badawczych pochodzących z pierwszej i drugiej dekady XXI wieku podkreśla się, że wskaźniki depresji w młodszych grupach wiekowych są u obu płci zbliżone, a nawet nieco wyższe w przypadku chłopców (np. Nolen-Hoeksema)^{[51],[63]}. Obserwacja ta także odpowiada wynikom przedstawionym w niniejszej pracy. Biorąc jednakże pod uwagę wyniki przesiewowej analizy potencjału depresyjnego w całej przebadanej grupie dzieci i młodzieży leżających szkół podstawowych bez podziału na grupy wiekowe, a jedynie w perspektywie płci, nie stwierdza się istotnej statystycznie różnicy pomiędzy dziewczętami a chłopcami w tym względzie. Fakt ten wydaje się potwierdzać wnioski z badań prowadzonych w populacji polskiej przez Gresztę, która 20 lat wcześniej, używając w swoim badaniu skali CDI, również nie odnotowała istotnej statystycznie różnicy w zbliżonej zakresie wiekowym grupie populacyjnej (11-15 lat)^[58].

Dyskusja znaczenia uzyskanych wyników w zestawieniu z przytoczonymi w Podrozdziale 4.5.1.3 wynikami badań innych autorów, nie może być jednak wolna od kontrowersji. O ile np. zarówno Petersen i wsp., którzy oceniali występowanie negatywnego nastroju w depresji, jak i Silverstein, który oceniał występowanie somatycznych manifestacji stanu depresyjnego, ustalili częstsze występowanie analizowanych problemów wśród płci żeńskiej, o tyle dotyczyło to zasadniczo dziewcząt od początku okresu dojrzewania oraz kobiet^{[41],[58]}. I choć część badaczy sugeruje występowanie takiej prawidłowości w każdej grupie wiekowej, to inni uzyskują wyniki dosyć niejednoznaczne (np. Marcotte i wsp. podają zależnie od źródła występowanie nastroju depresyjnego u 20-35% chłopców oraz 25-40% dziewcząt)^[97].

Zestawiając wyniki szczegółowych samoocen dzieci z ocenami ich stanu dokonanymi przez ich rodziców/opiekunów oraz nauczycieli można wnioskować zarówno o pewnych podobieństwach, jak i o rozbieżnościach interpretacyjnych dotyczących charakteru cech ewentualnych stanów depresyjnych występujących w obrębie badanych pod tym kątem – wyodrębnionych ze względu na cechy demograficzne – grup. Choć wartość porównawcza uzyskanych danych jest niewątpliwie istotna choćby ze względu na użycie wersji ankietowych tego samego narzędzia diagnostycznego względem tej samej grupy populacyjnej w tym samym okresie czasowym i w tych samych wystandaryzowanych warunkach przestrzennych, to jednak jakość stwierdzonych różnic w dokonanych ocenach wzbudza wiele kontrowersji, sygnalizowanych zresztą już uprzednio.

W Podrozdziale 4.5.1.2 niniejszej pracy przywołano pewne informacje, które przytoczył Rybakowski cytując wyniki badań międzynarodowych analizowanych przez Wolańczyka w roku 2002^[37]. Według tych danych, rodzice oraz nauczyciele dzieci populacji polskiej wykazują statystycznie stwierdzoną skłonność do oceny tego rodzaju problemów u dzieci jako i tak bardziej nasilonych w porównaniu do średnich ocen dokonywanych przez odpowiednich respondentów ze środowiska międzynarodowego, przy czym na ogół wyniki samooceny dzieci polskojęzycznych pozostają w zakresie globalnych wyników średnich. Obserwacje te mogą w pewnym stopniu skłaniać do konkluzji, że ewentualna prawidłowość polegająca na relacjonowaniu przez osoby dorosłe problemów dzieci jako mniej nasilonych w stosunku do faktycznego stanu powinna być rozpatrywana raczej jako efekt nieświadomości niż celowego działania.

Konstruktywna dyskusja dotycząca tego, które spośród rozpatrywanych potencjalnie depresyjnych cech stanu dzieci mają największy wpływ prodepresyjny w ogóle, nie może pominąć ocen dokonanych z różnych punktów widzenia, acz przy użyciu tożsamego rodzaju narzędzia diagnostycznego (CDI 2). W tym miejscu po raz kolejny nie sposób nie zauważyć istotnej różnicy pomiędzy wynikami samooceny dzieci w CDI 2:S a ocenami ich stanu przez dorosłych respondentów w badaniach przeprowadzonych z użyciem CDI 2:R i CDI 2:N (por. tab. 10.10). Wszystkie wyniki uzyskane w wersjach ankietowych wypełnionych przez rodziców/opiekunów oraz nauczycieli wykazują statystycznie istotną, silną korelację z wynikami uzyskanymi w tożsamej wersji. Oznacza to, że zarówno rodzice/opiekunowie, jak i nauczyciele statystycznie istotnie często opisują współwystępowanie problemów emocjonalnych i problemów w funkcjonowaniu, jak i obu rodzajów problemów z ogólnymi cechami depresji u ocenianych dzieci. Różnica pomiędzy interpretacją stanu dzieci przez dorosłych respondentów a samoopisem dokonany przez dzieci polega przede wszystkim na odwróceniu subiektywnego postrzegania wagi poszczególnych problemów. Otóż, w przeciwieństwie do dzieci, rodzice/opiekunowie, a zwłaszcza nauczyciele, jako problemowe oceniają przede wszystkim ich funkcjonowanie, niekoniecznie zaś stan przeżyć wewnętrznych. Ocena problemów w funkcjonowaniu w sposób oczywisty kształtuje wyniki ogólne każdej z wersji ankietowych, jednakże w obliczu niedoszacowania przez dorosłych respondentów rozmiaru problemów emocjonalnych u dzieci biorących udział w niniejszym badaniu, zgodnie z intencjami autorów narzędzia badawczego, wyniki ogólne wersji CDI 2:R i CDI 2:N nie mogą odzwierciedlać nasilenia ewentualnego syndromu depresyjnego w takim samym stopniu jak w przypadku CDI 2:S. Dla rodziców/opiekunów oraz nauczycieli problemy w funkcjonowaniu dzieci są lepiej widoczne w porównaniu do problemów emocjonalnych – wydaje się to być czynnikiem uzasadniającym – przynajmniej do pewnego stopnia – opisywany rozkład wyników. Okazuje się jednocześnie, że związek nasilenia problemów emocjonalnych z nasileniem ogólnych cech depresji u dzieci jest w ocenie rodziców/opiekunów oraz nauczycieli praktycznie tak samo silny. Z kolei, wzajemna zależność występowania problemów emocjonalnych i problemów w funkcjonowaniu u dzieci jest częściej i pełniej dostrzegana w interpretacjach nauczycieli w porównaniu do rodziców/opiekunów, choć oczywiście świadcząca o niej korelacja wyników

odpowiednich skal nie jest tak silna, jak w przypadku analogicznych samoocen dzieci. Obliczone wartości analizowanych korelacji odzwierciedlających związek pomiędzy ocenami dokonanyymi przez nauczycieli oraz dzieci nie cechują się zresztą istotnością statystyczną. Relatywnie słabe, choć mimo wszystko dodatnie i istotne statystycznie zależności stwierdzono pomiędzy częścią wyników wersji nauczycielskiej i rodzicielskiej. Dotyczą one przede wszystkim skal Problemy w funkcjonowaniu oraz wyników ogólnych, co potwierdza podobieństwo obserwacji, koncentrujących się głównie na zewnętrznych przejawach analizowanych problemów dzieci. Najwięcej istotnych statystycznie dodatnich zależności pomiędzy dokonanyymi w niniejszym badaniu przez różnych respondentów ocenami obserwuje się natomiast w przypadku zestawienia odpowiednich wyników Wersji do Samoopisu oraz Wersji dla Rodzica. Najsilniej korelują ze sobą w tym przypadku wyniki ocenionych przez dzieci problemów w funkcjonowaniu z rodzicielskimi wynikami ocen problemów emocjonalnych. Zestawienie odwrotne nie cechuje się korelacją istotną statystycznie. Można to interpretować w ten sposób, że o ile dzieci faktycznie przejawiają problemy w funkcjonowaniu, to ich rodzice/opiekunowie przynajmniej częściowo wiążą to z ewentualnymi problemami emocjonalnymi, jednakże negatywne przeżycia wewnętrzne dzieci, o ile nie są ewidentnie wyrażane na zewnątrz, mogą pozostać w znacznej mierze niezauważone przez ich rodziców/opiekunów. Charakterystyczne może wydawać się w tym kontekście, iż w żadnym przypadku zestawienia wyników skali Problemy emocjonalne CDI 2:S z wynikami skali Problemy w funkcjonowaniu innej wersji nie zaobserwowano korelacji statystycznie istotnej (por. tab. 10.14).

13.2 Bezpośrednie efekty przeprowadzenia i uzyskania wyników badania

Jako iż autorska praca badawcza, poza celami naukowymi, z założenia mającymi przełożyć się na działalność prozdrowotną w znaczeniu ogólnym i uniwersalnym, miała również cel prozdrowotny w sensie rozumianym lokalnie i bezpośrednio (por. Podrozdział 6.1.2), to uzasadnionym wydaje się przedstawienie efektów przeprowadzonego badania w wymiarze tak indywidualnym, jak i populacyjnym. Niniejszy podrozdział ma charakter swoistego krótkiego epilogu do pracy badawczej, której wyniki przedstawiono i omówiono w innych rozdziałach.

W przypadku każdego dziecka badanego w I etapie, po przeanalizowaniu odpowiedzi udzielonych w ankiecie oraz obliczeniu i zinterpretowaniu uzyskanego wyniku wraz z przedziałem ufności, przygotowano krótką odnośną informację przeznaczoną dla rodzica lub opiekuna prawnego dziecka. Informacja taka, poza wynikiem oraz jego klasyfikacją i jej krótkim objaśnieniem, dodatkowo zawierała zalecenie co do dalszego postępowania, określające to, czy dziecko wymaga czy też nie wymaga badania w etapie szczegółowym, jak i namiar kontaktowy do autora badania. W każdym przypadku informacja została przekazana i omówiona z rodzicem lub opiekunem prawnym indywidualnie, osobiście przez autora badania. Zdecydowana większość rodziców lub opiekunów prawnych, wobec zasygnalizowanej potrzeby rozszerzenia badania, wyraziła wolę dalszej współpracy w procesie diagnostycznym. Ci, którzy odmówili udziału w II etapie badania, jak również ci, którzy pomimo deklaracji udziału nie podjęli współpracy, zostali indywidualnie szczegółowo poinformowani o istocie ewentualnego problemu, jak i o alternatywnych możliwościach diagnostycznych.

Po badaniu w etapie szczegółowym, w każdym przypadku przeanalizowano udzielone w ankietach odpowiedzi, obliczono, sklasyfikowano i zinterpretowano wyniki, ustalając istotność statystyczną ewentualnych różnic pomiędzy nimi, jak i skonfrontowano je z informacjami uzyskanymi w wywiadzie klinicznym. Poszczególne składowe wyniku badania każdego z dzieci w II etapie zostały podsumowane i wyjaśnione w przygotowanym raporcie indywidualnym, który był osobiście przekazywany i omawiany z rodzicem lub opiekunem prawnym dziecka przez autora badania. Raport zawierał dodatkowo szczegółowo przedstawione informacje co do dalszych zaleceń w stosunku do konkretnego dziecka. Całość podsumowana była wypunktowanymi informacjami dotyczącymi profilaktyki antydepresyjnej oraz możliwych działań prozdrowotnych. Na końcu każdego raportu zamieszczono namiar kontaktowy do autora badania wraz z zapewnieniem o możliwości wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości, skonsultowania się lub uzyskania porady lekarskiej dotyczącej badanego problemu. Część z rodziców lub opiekunów dzieci skorzystała z możliwości takiego kontaktu, uzyskując odpowiednią pomoc.

Pośród ogólnej liczby 352 dzieci, na podstawie wyników przeprowadzonego badania, podejrzenie zaburzenia depresyjnego lub innego podobnego problemu zdrowotnego wymagającego pilnej interwencji specjalistycznej postawiono w 37 przypadkach

(10,51% całej populacji badanej). Wszystkie te dzieci zostały w trybie pilnym skierowane do Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży. Części z nich zorganizowano konsultację psychiatryczną w trybie przyspieszonym. W jednym przypadku bezzwłocznie podjęto interwencję z udziałem kuratora ze względu na szczególnie trudną sytuację rodzinną nastoletniego dziecka zgłaszającego zamiary samobójcze. W przypadku 68 dzieci (19,32% całej badanej populacji) zalecono planową konsultację psychologiczną lub objęcie regularną kontrolą psychologiczną z powodu stwierdzenia istotnego ryzyka występowania nasilonych problemów emocjonalnych lub problemów w funkcjonowaniu, niewyczerpujących w danej chwili kryteriów syndromu depresyjnego. Pozostałym biorącym udział w badaniu dzieciom (70,17% całej badanej populacji) oraz ich rodzicom lub opiekunom prawnym przekazano ogólne zalecenia profilaktyczne. Łącznie kilkunastu dzieciom zalecono poza tym konsultację lekarską z innych niż wyżej wymienione powodów, zaś w kilku przypadkach zorganizowano hospitalizację diagnostyczną w Oddziale Dziecięcym Szpitala Powiatowego w Leżajsku, pod bezpośrednią kontrolą autora niniejszego badania.

Wyniki badania w ogólnej, zanonimizowanej formie statystyk skoncentrowanych na populacjach poszczególnych szkół zostały osobiście przekazane i omówione z dyrekcją każdej ze szkół przez autora badania. W trakcie rozmów przeprowadzonych z przedstawicielami dyrekcji, jak i wychowawcami klas, których uczennice i uczniowie brali udział w badaniu, przedstawiono istotę i rozmiar stwierdzonych problemów, jak i omówiono możliwości przeciwdziałania zjawisku depresji w populacji uczniowskiej szkół podstawowych w Leżajsku i nie tylko. Kwestie te, na prośbę burmistrza miasta, autor badania opisał w sposób ogólny również w artykule zamieszczonym w miejskiej gazecie regionalnej „Biuletyn Miejski”^[170].

13.3 Ewaluacja pracy badawczej

Poczynione obserwacje skłaniają do podejmowania dalszych, nowych wyzwań na gruncie naukowo-badawczym. Celowa wydaje się zatem szczegółowa analiza jakości poszczególnych, konkretnych symptomów oraz ich wpływu na powstawanie i nasilenie syndromu depresyjnego. Ponadto, potrzebna jest dalsza analiza zróżnicowania ryzyka ich występowania w zależności od wyodrębnionych grup demograficznych. Wskazane

jest rozszerzenie badania wpływu innych niż rozpatrywane w niniejszym badaniu ewentualnych czynników ryzyka występowania depresji (w tym np.: towarzyszących chorób przewlekłych, jakości okresu prenatalnego, historii położniczej matki, warunków socjalnych, wpływu środowiska lokalnego oraz warunków globalnych, dostępu do informacji i nowych technologii). Poza tym, cenne może okazać się dokładne przeanalizowanie źródła różnic w ocenach dotyczących stanu dzieci dokonywanych przez różne osoby. Niezmiernie istotne byłoby przeprowadzenie badań podłużnych, których wyniki mogłyby dać pełniejszy wgląd w dynamikę zjawisk chorobowych w zależności od podjętego lub niepodjętego leczenia. Z kolei rozszerzenie badań na różne ośrodki oraz grupy wiekowe dzieci i młodzieży może w przyszłości przyczynić się do jeszcze lepszego poznania natury depresji w populacji wieku rozwojowego.

Bez względu na wyzwania pola naukowego, potrzebą chwili są natomiast działania, które w skuteczny sposób będą przeciwdziałać depresji wśród dzieci, młodzieży i całego społeczeństwa. Zadaniem medyków pozostaje niezmiennie profilaktyka, diagnostyka i terapia – adekwatnie do ustawicznie rosnących i zmieniających się potrzeb zdrowotnych, jak i rozwijających się i poszerzających możliwości medycyny. Rolą społeczną jest w tym przypadku stwarzanie dogodnych warunków sprzyjających takiej działalności. Celowe wydaje się zatem promowanie świadomości na temat zjawisk związanych z depresją i zaburzeniami zdrowia psychicznego w ogóle. Ponadto, powinno się postulować zwiększenie możliwości dostępu do pomocy psychologicznej i medycznej w miejscu zamieszkania oraz w instytucjach publicznych. Niezbędne i pilnie potrzebne jest rozbudowanie infrastruktury i zaangażowanie odpowiedniej ilości wykwalifikowanego personelu ochrony zdrowia, zwłaszcza w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży – zarówno w obszarze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jak i opieki szpitalnej. Uniwersalnym, ponadczasowym i ogólnodostępnym środkiem przeciwdziałania depresji pozostaje natomiast szeroko rozumiane minimalizowanie wpływu znanych modyfikowalnych czynników prodepresyjnych, jak i rozwijanie oraz wzmacnianie czynników chroniących przez depresją – szczególnie w warunkach obciążenia niemodyfikowalnymi czynnikami jej wystąpienia – tak w relacjach indywidualnych, jak i ogólnospołecznych.

Konkretnymi przedsięwzięciami, które można zaproponować w tym względzie, biorąc pod uwagę uzyskane w niniejszej pracy wyniki, są m.in.:

- prowadzenie szeroko zakrojonych badań w kierunku depresji z użyciem wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych (np. CDI 2) w populacjach dzieci szkolnych, ze szczególnym uwzględnieniem osób obciążonych znanymi czynnikami ryzyka rozwoju syndromu depresyjnego,
- organizacja akcji świadomościowych mających na celu zapoznanie rodziców/opiekunów nauczycieli oraz samych dzieci z problemem depresji oraz możliwymi środkami przeciwdziałania jej (np. w ramach spotkań w szkołach, za pomocą mediów publicznych),
- zwiększanie dostępności dzieci oraz ich rodziców/opiekunów do pomocy psychologicznej na terenie szkół oraz w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej,
- rozwijanie wiedzy i umiejętności lekarzy (pediatrów, lekarzy rodzinnych itp.) w temacie zaburzeń depresyjnych dzieci i młodzieży (poprzez np.: poszerzenie zakresu merytorycznego i praktycznego programów szkoleń specjalizacyjnych, kształcenie ustawiczne w ramach kursów i szkoleń tematycznych),
- rozbudowa infrastruktury i zwiększenie zatrudnienia wykwalifikowanego personelu medycznego i psychologicznego ośrodków specjalistycznych (np.: oddziałów szpitalnych, poradni specjalistycznych) zajmujących się diagnostyką, leczeniem i profilaktyką depresji dzieci i młodzieży.

14. Wnioski końcowe

W toku pracy badawczej zrealizowano powzięte i przedstawione w Podrozdziale 6.1.1 cele naukowo-badawcze. Wyniki przeprowadzonych analiz zostały zaprezentowane w Rozdziałach: 9-11. Omówienie wraz z odniesieniem ich do prac innych autorów pozwoliło przejść do ostatecznych konkluzji i wniosków.

Na podstawie opracowania i analizy zgromadzonych w przebiegu badania danych, stosownie do przedstawionych w Podrozdziale 6.1.1 celów naukowo-badawczych niniejszej pracy, wyciągnięto następujące wnioski:

I Częstość występowania istotnie klinicznie (wysoko lub bardzo wysoko) 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 badanej wynosi 10,23%.

II Spośród poszczególnych badanych cech (symptomów) ewentualnej depresji (o nasileniu istotnym klinicznie, czyli wysokim lub bardzo wysokim) wśród osób populacji badanej, u których stwierdzono potencjalnie przynajmniej podwyższone ryzyko występowania depresji, najczęściej sygnalizowanymi są problemy emocjonalne.

III Czynniki ryzyka występowania istotnie klinicznie (wysoko lub bardzo wysoko) nasilonych ogólnych cech (syndromu) depresji w populacji badanej, to głównie skumulowanie cech: płeć żeńska i wiek 13-14 lat oraz problemy emocjonalne.

IV 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).

V 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 przeważnie przynajmniej silnej korelacji.

VI 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 dokonanych względem grupy dziewcząt 7-12-letnich. Rodzice/opiekunowie i nauczyciele zauważają u dzieci przede wszystkim problemy w funkcjonowaniu, przy czym bardziej negatywnie w tym względzie opisują dzieci 13-14-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 je rodzice/opiekunowie oraz nauczyciele.

STRESZCZENIE

Praca doktorska w formie monografii pt. „Czynniki ryzyka i częstość występowania symptomów zaburzeń depresyjnych u dzieci ze szkół podstawowych w Leżajsku”, autorstwa lek. Zdzisława Michała Zawilskiego, podzielona jest na dwie główne części, z których pierwsza stanowi teoretyczne wprowadzenie do tematu szeroko rozumianej depresji, z podsumowaniem wyników oraz wniosków z dotychczasowych badań koncentrujących się wokół problematyki zaburzeń depresyjnych, w szczególności dotyczących populacji wieku rozwojowego, zaś druga to szczegółowy opis autorskiego badania wraz z jego wynikami, ich omówieniem, interpretacją, dyskusją oraz wnioskami.

Pierwsze trzy rozdziały pracy skupiają się na podstawowych pojęciach psychofizjologii okresu dziecięco-młodzieżowego, wychodząc od ogólnego przedstawienia problematyki związanej z dzieckiem i dzieciństwem jako zjawiskiem biopsychospołecznym, dalej analizując kwestie rozwoju psychicznego młodego człowieka, poczynając od wpływu czynników prenatalnych poprzez wszystkie okresy rozwojowe do osiągnięcia pełnoletniości, jak i opisując zasadnicze możliwości oraz podstawowe mechanizmy jego zaburzeń, zwłaszcza tych, które mają szczególne znaczenie w kształtowaniu tzw. podatności depresyjnej.

W dalszej kolejności następuje szeroka charakterystyka depresji jako zaburzenia zdrowotnego. Wychodząc od definicji i klasyfikacji, poprzez charakterystykę kliniczną, autor dochodzi do przedstawienia koncepcji etiopatogenetycznych, uwzględniając mechanizmy psychopatologiczne oraz patofizjologiczne i tłumacząc ich wpływ na kształtowanie depresji jako problemu chorobowego. Przedstawione zostają dynamiczne cechy przebiegu depresji w zasadniczych jej formach klinicznych. Następnie przytoczone są dane epidemiologiczne łączące depresję przede wszystkim z czynnikami społecznymi, kulturowymi i demograficznymi, jak i podsumowujące jej skutki dla zdrowia w wymiarze indywidualnym oraz ogólnopopulacyjnym.

Treść kolejnego rozdziału stanowi szczegółową analizę depresji wieku rozwojowego. Przedstawiona jest historia badań i zmieniających się podejść naukowo-klinicznych do

zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży. Opisane są zasadnicze koncepcje charakteryzujące i tłumaczące rozwój zaburzenia w młodych ludzi, jego charakterystyczny dla różnych grup wiekowych przebieg oraz specyfikę. Autor przedstawia możliwe czynniki ryzyka i analizuje ich wpływ na kształtowanie objawów depresji u dzieci i młodzieży w nawiązaniu do patologii dotyczących procesów rozwojowych oraz środowiska wychowania dziecka. W dalszej kolejności opisane są metody badawcze stosowane w diagnostyce depresji wieku rozwojowego, a następnie środki terapeutyczne służące poprawie jakości życia i przeciwdziałaniu temu zaburzeniu u młodych ludzi.

Druga – badawcza – część pracy rozpoczyna się od zaprezentowania celów badania, dzieląc je na naukowo-badawcze i prozdrowotne. Przedstawiony jest plan prowadzonych czynności badawczych. W dalszym ciągu ma miejsce analiza demograficzna grupy badanej, szczegółowo opisana zostaje metodologia, w tym zarówno narzędzia badawcze, jak i metody statystycznego opracowania danych. Autor podaje również formalno-prawne aspekty, których spełnienie było niezbędne celem przeprowadzenia pracy badawczej.

W toku pracy badawczej oszacowano, że syndrom depresyjny występuje w badanej populacji z częstością średnią około 10%, przy czym jest ona różna w zależności od analizowanych zmiennych demograficznych. Klinicznie istotne ryzyko depresji okazuje się relatywnie większe w przypadku dziewcząt w porównaniu do chłopców, jak i w przypadkach dzieci w wieku 13-14 lat w porównaniu do dzieci w wieku 7-12 lat. Nie wszystkie jednak dane są w tej kwestii w pełni jednoznaczne, istotne statystycznie i definitywnie przekonujące. Grupą populacyjną, której ryzyko występowania syndromu depresyjnego z pewnością dotyczy w największym stopniu jest grupa dziewcząt starszych (13-14 lat). Jednocześnie należy podkreślić, że ryzyko to wydaje się istotnie wzrastać już w przypadku nieco młodszych dziewcząt, co może wiązać się z wcześniejszym początkiem okresu dojrzewania biologicznego, psychicznego i społecznego. Podobnie, jak w przypadku syndromu depresyjnego, występowanie większości poszczególnych symptomów zaburzeń depresyjnych obserwowane jest względnie częściej w przypadku dziewcząt starszych w porównaniu do innych wyodrębnionych grup. Obserwacja ta dotyczy przede wszystkim cech emocjonalnych, związanych z negatywnym nastrojem (wraz z jego przejawami somatycznymi) i niską

samooceną, których nasilenie zresztą silnie ze sobą koreluje. Problemy emocjonalne, w tym zwłaszcza negatywny nastrój, w największym stopniu spośród wszystkich potencjalnych cech depresji generują występowanie i kształtują nasilenie ewentualnego syndromu depresyjnego. Potwierdzona dodatnia współzależność pomiędzy wszystkimi cechami depresyjnymi skłania do traktowania ich jako swoistych czynników wzajemnego ryzyka.

Wyniki ocen stanu dzieci różnią się w zależności od perspektywy osoby oceniającej. Dwie kwestie, które w kontekście znaczenia i potencjalnych skutków depresji wydają się być w tym przypadku najbardziej istotne, to: ogólne niedoszacowanie przez rodziców/opiekunów i nauczycieli problemów relacjonowanych przez dzieci, oraz względnie mała świadomość występowania i nasilenia przeżywanych przez nie problemów emocjonalnych. Osoby sprawujące opiekę nad dziećmi zauważają przede wszystkim problemy w ich funkcjonowaniu, które wydają się być zewnętrznym przejawem nieujawnianych lub nie w pełni ujawnianych trudności psychicznych. Fakt ten można wiązać z pewnymi błędnymi interpretacjami co do istoty oraz źródła występujących w badanej populacji zaburzeń.

W dalszej kolejności dokonane zostaje szczegółowe omówienie, interpretacja oraz analiza znaczenia uzyskanych wyników tak w wymiarze naukowym, jak i prozdrowotnym.

Zestawienie wyników pochodzących z badania autorskiego z danymi uzyskanymi w innych badaniach prowadzonych na przestrzeni kilku minionych dziesięcioleci utwierdza w przekonaniach co do jakości i znaczenia czynników ryzyka występowania depresji w populacji dzieci 7-14 letnich, jednocześnie zaś część porównań wskazuje na możliwy wzrost częstości występowania, jak i nasilenia syndromu depresyjnego, połączony z prawdopodobnym obniżeniem wieku, w jakim ujawniają się jego pierwsze symptomy w danej grupie wiekowo-rozwojowej.

Autor omawia wpływ i efekty przeprowadzonego badania w skali lokalnej, przedstawiając zarys perspektyw dalszej pracy badawczej i możliwych do osiągnięcia celów, przyznając iż nie tylko przyszłość, ale już czas obecny niesie ze sobą nowe wyzwania na polu medycznym i badawczym.

Całość pracy podsumowana jest wnioskami końcowymi. Ostatnią część pracy stanowi szeroki spis materiałów źródłowych, do których autor odwoływał się i z

których korzystał w trakcie prowadzenia badania i analizy uzyskanych w jego toku danych.

ABSTRACT

Doctoral dissertation in the form of a monograph entitled "Risk factors and frequency of symptoms of depressive disorders in children from primary schools in Leżajsk", authored by Zdzisław Michał Zawilski, MD, is divided into two main parts, the first of which is a theoretical introduction to the topic of broadly understood depression, with a summary of the results and conclusions from previous studies focusing on the issue of depressive disorders, in particular concerning the developmental age population, while the second is a detailed description of the author's study together with its results, their discussion, interpretation and conclusions.

The first three chapters of the work focus on the basic concepts of psychophysiology of the childhood and adolescence period, starting with a general presentation of the issues related to the child and childhood as a biopsychosocial phenomenon, then analyzing the issues of the mental development of a young person, starting from the influence of prenatal factors through all developmental periods until reaching adulthood, as well as describing the basic possibilities and basic mechanisms of its disorders, especially those that are of particular importance in shaping the so-called depressive susceptibility.

Next, there is a broad characterization of depression as a health disorder. Starting from the definition and classification, through clinical characteristics, the author comes to present etiopathogenetic concepts, taking into account psychopathological and pathophysiological mechanisms and explaining their influence on the formation of depression as a disease problem. Dynamic features of the course of depression in its basic clinical forms are presented. Then, epidemiological data are cited linking depression primarily with social, cultural and demographic factors, as well as summarizing its effects on health in the individual and general population dimension.

The content of the next chapter is a detailed analysis of developmental depression. The history of research and changing scientific and clinical approaches to depressive disorders in children and adolescents is presented. The basic concepts characterizing and explaining the development of the disorder in young people, its characteristic

course for different age groups and specificity are described. The author presents possible risk factors and analyzes their influence on the formation of depression symptoms in children and adolescents in relation to pathologies related to developmental processes and the environment of raising a child. Next, the research methods used in the diagnosis of developmental depression are described, followed by therapeutic measures to improve the quality of life and counteract this disorder in young people.

The second – research – part of the work begins with a presentation of the study objectives, dividing them into scientific-research and health-promoting. A plan of the conducted research activities is presented. The demographic analysis of the study group continues, the methodology is described in detail, including both research tools and statistical methods of data processing. The author also provides formal and legal aspects, the fulfillment of which was necessary in order to conduct the research work. In the course of the research work, it was estimated that the depressive syndrome occurs in the studied population with an average frequency of about 10%, which varies depending on the analyzed demographic variables. The clinically significant risk of depression turns out to be relatively higher in the case of girls compared to boys, as well as in the case of children aged 13-14 compared to children aged 7-12. However, not all data are fully uniform, statistically significant and definitively convincing in this matter. The population group that is certainly most at risk of the occurrence of the depressive syndrome is the group of older girls (13-14 years old). At the same time, it should be emphasized that this risk seems to increase significantly in the case of slightly younger girls, which may be related to the earlier onset of the period of biological, psychological and social maturation. Similarly to the case of the depressive syndrome, the occurrence of most of the individual symptoms of depressive disorders is observed relatively more often in the case of older girls compared to other distinguished groups. This observation concerns primarily emotional features related to negative mood (along with its somatic manifestations) and low self-esteem, the intensity of which is strongly correlated. Emotional problems, especially negative mood, are the most likely of all potential features of depression to generate the occurrence and shape the intensity of a potential depressive syndrome. The confirmed positive correlation between all depressive features encourages treating them as specific mutual risk factors.

The results of assessments of children's condition vary depending on the perspective of the assessor. Two issues that seem to be most important in the context of the significance and potential effects of depression in this case are: the general underestimation by parents/guardians and teachers of the problems reported by children, and the relatively low awareness of the occurrence and intensity of the emotional problems experienced by them. Persons providing care for children primarily notice problems in their functioning, which seem to be an external manifestation of undisclosed or not fully disclosed mental difficulties. This fact can be associated with certain misinterpretations as to the nature and source of the disorders occurring in the studied population.

Next, a detailed discussion, interpretation and analysis of the significance of the obtained results are made, both in the scientific and health-promoting dimension.

The comparison of the results from the author's study with data obtained in other studies conducted over the past few decades confirms the beliefs about the quality and significance of risk factors for depression in the population of 7-14 year-old children, while at the same time some comparisons indicate a possible increase in the frequency and severity of the depressive syndrome, combined with a probable lowering of the age at which its first symptoms appear in a given age and developmental group.

The author discusses the impact and effects of the study conducted on a local scale, presenting an outline of the prospects for further research work and possible goals, admitting that not only the future, but also the present time brings new challenges in the medical and research fields.

The entire work is summarized with final conclusions. The last part of the work is a broad list of source materials to which the author referred and used during the research and analysis of the data obtained in the course of it.

Wykaz rycin i tabel:

Rycina 1: *Schemat przebiegu realizacji projektu badawczego* (str. 202)

Tabela 1.1: *Główne globalne problemy zdrowotne dzieci i młodzieży* (str. 27)

Tabela 1.2: *Podstawowe Prawa Dziecka według Konwencji Narodów Zjednoczonych (1989)* (str. 29)

Tabela 2.1: *Wybrane elementy rozwoju psychicznego dziecka* (str. 44)

Tabela 3.1: *Możliwe zaburzenia poszczególnych składowych rozwoju psychicznego dziecka* (str. 46)

Tabela 4.1: *Kody ICD-10 rozpoznań zaburzeń mogących przebiegać z syndromem depresyjnym* (str. 60)

Tabela 4.2: *Przykłady środków farmakologicznych, których stosowanie może być związane z wystąpieniem depresji jako działaniem niepożądanym, reakcją na odstawienie itp.* (str. 71)

Tabela 4.3: *Ogólna charakterystyka somatycznych przejawów depresji i/lub lęku* (str. 99)

Tabela 4.4: *Wybrane stany i choroby, które mogą przebiegać z objawami depresji* (str. 100)

Tabela 5.1: *Czynniki ryzyka somatycznej manifestacji problemów emocjonalnych u dzieci i młodzieży* (str. 147)

Tabela 7.1: *Charakterystyka grupy dzieci objętych badaniem w I etapie* (str. 205)

Tabela 7.2: *Charakterystyka grupy dzieci zakwalifikowanych do badania w II etapie* (str. 207)

Tabela 7.3: *Podział i interpretacja zakresu wyników według skal wyniku przeliczonego CDI 2* (str. 216)

Tabela 9.1: *Wyniki (przeliczone) uzyskane w I etapie badania* (str. 224)

Tabela 9.2: *Wyniki (przeliczone) uzyskane w I etapie badania w grupie dzieci zakwalifikowanych do badania w II etapie* (str. 227)

Tabela 9.3: *Rozpowszechnienie nasilenia problemu (negatywny nastrój / objawy somatyczne) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:S) (str. 231)*

Tabela 9.4: *Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w podskali Negatywny nastrój / Objawy somatyczne (NN) CDI 2:S ze względu na zmienną różnicującą (str. 232)*

Tabela 9.5: *Rozpowszechnienie nasilenia problemu (niska samoocena) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:S) (str. 233)*

Tabela 9.6: *Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w podskali Niska samoocena (NS) CDI 2:S ze względu na zmienną różnicującą (str. 234)*

Tabela 9.7: *Rozpowszechnienie nasilenia problemu (problemy emocjonalne) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:S) (str. 235)*

Tabela 9.8: *Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w skali Problemy emocjonalne (PE) CDI 2:S ze względu na zmienną różnicującą (str. 236)*

Tabela 9.9: *Rozpowszechnienie nasilenia problemu (brak efektywności) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:S) (str. 237)*

Tabela 9.10: *Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w podskali Brak efektywności (BE) CDI 2:S ze względu na zmienną różnicującą (str. 238)*

Tabela 9.11: *Rozpowszechnienie nasilenia problemu (problemy interpersonalne) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:S) (str. 239)*

Tabela 9.12: *Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w podskali Problemy interpersonalne (PI) CDI 2:S ze względu na zmienną różnicującą (str. 240)*

Tabela 9.13: *Rozpowszechnienie nasilenia problemu (problemy w funkcjonowaniu) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:S) (str. 241)*

Tabela 9.14: *Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w skali Problemy w funkcjonowaniu (PF) CDI 2:S ze względu na zmienną różnicującą (str. 242)*

Tabela 9.15: *Rozpowszechnienie nasilenia problemu (objawy depresji) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:S) (str. 243)*

Tabela 9.16: *Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] ogólnych uzyskanych w CDI 2:S ze względu na zmienną różnicującą (str. 244)*

Tabela 9.17: *Rozpowszechnienie nasilenia problemu (problemy emocjonalne) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:R) (str. 246)*

Tabela 9.18: *Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w skali Problemy emocjonalne (PE) CDI 2:R ze względu na zmienną różnicującą (str. 247)*

Tabela 9.19: *Rozpowszechnienie nasilenia problemu (problemy w funkcjonowaniu) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:R) (str. 248)*

Tabela 9.20: *Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w skali Problemy w funkcjonowaniu (PF) CDI 2:R ze względu na zmienną różnicującą (str. 249)*

Tabela 9.21: *Rozpowszechnienie nasilenia problemu (objawy depresji) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:R) (str. 250)*

Tabela 9.22: *Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] ogólnych uzyskanych w CDI 2:R ze względu na zmienną różnicującą (str. 251)*

Tabela 9.23: *Rozpowszechnienie nasilenia problemu (problemy emocjonalne) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:N) (str. 253)*

Tabela 9.24: *Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w skali Problemy emocjonalne (PE) CDI 2:N ze względu na zmienną różnicującą (str. 254)*

Tabela 9.25: *Rozpowszechnienie nasilenia problemu (problemy w funkcjonowaniu) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:N) (str. 255)*

Tabela 9.26: *Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] uzyskanych w skali Problemy w funkcjonowaniu (PF) CDI 2:N ze względu na zmienną różnicującą (str. 256)*

Tabela 9.27: *Rozpowszechnienie nasilenia problemu (objawy depresji) w badanych grupach populacyjnych etapu II (CDI 2:N) (str. 257)*

Tabela 9.28: *Jakość różnic pomiędzy rangami wyników przeliczonych [ten] ogólnych uzyskanych w CDI 2:N ze względu na zmienną różnicującą (str. 258)*

Tabela 10.1: *Rozpowszechnienie istotnego kliniczne (wysokie i bardzo wysokie) nasilenia problemów emocjonalnych w badanych grupach populacyjnych – porównanie ocen w poszczególnych wersjach ankiet użytych w etapie II (str. 261)*

Tabela 10.2: *Rozpowszechnienie istotnego klinicznie (wysokie i bardzo wysokie) nasilenia problemów w funkcjonowaniu w badanych grupach populacyjnych – porównanie ocen w poszczególnych wersjach ankiet użytych w etapie II* (str. 261)

Tabela 10.3: *Rozpowszechnienie istotnego klinicznie (wysokie i bardzo wysokie) nasilenia objawów depresji w badanych grupach populacyjnych – porównanie ocen w poszczególnych wersjach ankiet użytych w etapie II* (str. 262)

Tabela 10.4: *Odsetek istotnych statystycznie różnic między wynikami uzyskanymi w analogicznych skalach różnych wersji użytych w etapie II badania* (str. 265)

Tabela 10.5: *Odsetek osób, których wyniki w analogicznych skalach różnych wersji etapu II badania różniły się między sobą istotnie statystycznie (w zależności od skal)* (str. 267)

Tabela 10.6: *Odsetek osób, których wyniki w analogicznych skalach różnych wersji etapu II badania różniły się między sobą istotnie statystycznie (w zależności od wersji)* (str. 269)

Tabela 10.7: *Analiza statystyczna pary zmiennych (wyników) wewnątrz Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S)* (str. 271)

Tabela 10.8: *Analiza statystyczna pary zmiennych (wyników) wewnątrz Wersji dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R)* (str. 274)

Tabela 10.9: *Analiza statystyczna pary zmiennych (wyników) wewnątrz Wersji dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N)* (str. 275)

Tabela 10.10: *Korelacja porządku rang Spearmana pomiędzy wynikami uzyskanymi wewnątrz poszczególnych wersji CDI 2* (str. 276)

Tabela 10.11: *Analiza statystyczna pary zmiennych (wyników) Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S) i Wersji dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R)* (str. 277)

Tabela 10.12: *Analiza statystyczna pary zmiennych (wyników) Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S) i Wersji dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N)* (str. 280)

Tabela 10.13: *Analiza statystyczna pary zmiennych (wyników) Wersji dla Rodzica CDI 2 (CDI 2:R) i Wersji dla Nauczyciela CDI 2 (CDI 2:N)* (str. 282)

Tabela 10.14: *Korelacja (istotna statystycznie) porządku rang Spearmana pomiędzy wynikami uzyskanymi w różnych wersjach CDI 2* (str. 284)

Tabela 11.1: Dane dotyczące dzieci, które pomimo wstępnego zakwalifikowania do badania w II etapie nie zostały zbadane przy użyciu (pełnej) Wersji do Samoopisu CDI 2 (CDI 2:S) (str. 287)

Tabela 11.2: Odsetki wyników ogólnych badania samoopisowego świadczących o istotnym ryzyku depresji w poszczególnych grupach badanych dzieci (str. 288)

Tabela 11.3: Odsetki udziału rodziców/opiekunów w badaniu z użyciem Wersji dla Rodzica (CDI 2:R) w poszczególnych grupach dzieci badanych w II etapie z użyciem CDI 2:R według płci (str. 289)

Piśmiennictwo:

- [1] Lissauer T, Carroll W: *Pediatrics*; Edra Urban & Partner, Wrocław 2019
- [2] Wolańczyk T, Komender J [red.]: *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*; PZWL, Warszawa 2015
- [3] Erikson E: *Dzieciństwo i społeczeństwo*; Rebis, Poznań 1997
- [4] Trempała J, Harwas-Napierała B: *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*; Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004
- [5] Kucharska-Hauk M: *Więź matki z dzieckiem w okresie prenatalnym w ciąży wysokiego ryzyka*; Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2020
- [6] Kawalec W, Grenda R, Kulus M: *Pediatrics*; PZWL, Warszawa 2018
- [7] Olesińska M, Teliga-Czajkowska J: *Ciąża a choroby przewlekłe*; PZWL, Warszawa 2023
- [8] Joško-Ochojska J: *Traumatyczne przeżycia matki ciężarnej a zdrowie jej dziecka; Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka, Vol. 15, Nr 3 (2016): 117-129*
- [9] Czub M [red.]: *Diagnoza funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dziecka w wieku od 1,5 do 5,5 lat*; Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014
- [10] Reisz S, Duschinsky R, Siegel DJ: *Disorganized attachment and defense: exploring John Bowlby's unpublished reflections*; *Attach Hum Dev.* 2018, 20(2): 107-134
- [11] Luby J, Gaffrey MS, Tillman R i wsp.: *Trajectories of preschool disorders to full DSM disorders at school age and early adolescence: continuity of preschool depression*; *Am J Psychiatry*, 2014, 171(7): 768-776
- [12] Walter HJ, Abright AR, Bukstein OG i wsp.: *Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Major and Persistent Depressive Disorders*; *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2023, 62(5): 479-502
- [13] Radziwiłłowicz W: *Depresja u dzieci i młodzieży. Analiza systemu rodzinnego – ujęcie kliniczne*; Impuls, Kraków 2010
- [14] Heitzman J [red.]: *Zaburzenia depresyjne. DSM-5 Selections*; Edra Urban & Partner, Wrocław 2017

- [15] Pużyński S, Wciórka J: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne; Vesalius, Kraków 2000
- [16] Gałęcki P [red.]: Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5-TR; Edra Urban & Partner, Wrocław 2023
- [17] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Wydanie czwarte, American Psychiatric Association, Washington, DC 1994
- [18] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Wydanie czwarte zrewidowane, American Psychiatric Association, Washington, DC 2000
- [19] Nitka-Siemńska A, Siemiński M, Wichowicz H i wsp.: Dystymia; Psychiatria, Via Medica, 2005, tom 2, nr 1: 40-43
- [20] Bonin L, Moreland CS, Brent D i wsp.: Overview of prevention and treatment for pediatric depression; UpToDate, May 2024; Dostęp: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-prevention-and-treatment-for-pediatric-depression?csi=124943eb-edd3-482b-8dad-7e2ab1cf3ffe&source=contentShare> (2024-06-08)
- [21] Rola J: Depresja u dzieci; Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2001
- [22] Rantala MJ, Luoto S, Krams I i wsp.: Depression subtyping based on evolutionary psychiatry: Proximate mechanisms and ultimate functions; Brain, Behavior, and Immunity, Volume 69, March 2018: 603-617
- [23] Gili M, Roca M, Armengol S i wsp.: Clinical Patterns and Treatment Outcome in Patients with Melancholic, Atypical and Non-Melancholic Depressions; 2012; PLoS ONE 7(10): e48200; Dostęp: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048200> (2024-06-07)
- [24] Landowski J, Rudnik E: Depresja z objawami atypowymi; Psychiatria, Via Medica, 2005, tom 2, nr 3: 154-160
- [25] Rybicka W: Depresja maskowana; Medycyna Praktyczna, 2021; Dostęp: <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/261515,depresja-maskowana> (2024-06-05)
- [26] Zaki NFW, Spence DW, BaHammam AS i wsp.: Chronobiological theories of mood disorder; Eur Arch Psychiatri Clin Neurosci, 2018; 268(2): 107-118

- [27] Golec M, Rajewska-Rager A, Latos K i wsp.: Ocena zaburzeń nastroju u pacjentek po porodzie oraz czynników predysponujących do występowania tych zaburzeń; *Psychiatria, Via Medica*, 2016, tom 13, nr 1: 1-7
- [28] Orzechowska A, Jasionowska J, Mossakowska-Wójcik J i wsp.: Depresja u kobiet w ciąży; *Medycyna po Dyplomie*, 2018, 01; Dostęp: <https://podyplomie.pl/medycyna/29549,depresja-u-kobiet-w-ciazy> (2024-06-05)
- [29] Burzyńska M, Maniecka-Bryła I: Występowanie depresji u osób starszych korzystających z pomocy społecznej – wstępne wyniki badania; *Acta Universitatis Lodzensis, Folia Oeconomica* 297, 2013: 211-223
- [30] Ostapińska A: Depresja i jej wymiar egzystencjalny a poczucie sensu życia u młodych dorosłych; Praca magisterska, Promotor: Prof. dr hab. W. Łosiak, Repozytorium Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2019
- [31] Malbi GS, Bridges PK: Postępowanie w depresji; Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2001
- [32] Poleszczyk A: Postępowanie w depresji lekoopornej; *Neurologia po Dyplomie*, 2016, 04; Dostęp: <https://podyplomie.pl/neurologia/22329,postepowanie-w-depresji-lekoopornej> (2024-06-05)
- [33] ICD-10, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta; World Health Organization, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Tom I i II, Wydanie 2008
- [34] Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P: Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry; wydanie 11, Wolters Kluwer, Philadelphia 2015
- [35] Kmita G [red.]: Klasyfikacja diagnostyczna DC:0-5. Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęstwa i wczesnego dzieciństwa; Oficyna Wydawnicza Fundament, Warszawa 2022
- [36] Gałęcki P [red.]: Badanie stanu psychicznego. Rozpoznanie według ICD-11; Edra Urban & Partner, Wrocław 2022
- [37] Rybakowski F [red.]: Depresje u osób młodych. Przyczyny, diagnoza, leczenie; Medical Education, Warszawa 2018
- [38] Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J [red.]: Psychiatria; Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010

- [39] McNeal ET, Cimboric P: Antidepressants and biochemical theories of depression; *Psychological Bulletin*, 1986, 99(3): 361-374; Dostęp: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.3.361> (2024-06-07)
- [40] Siever LJ, Davis KL: Overview: Toward a dysregulation hypothesis of depression; *The American Journal of Psychiatry*, 1985, 142(9): 1017-1031; Dostęp: <https://doi.org/10.1176/ajp.142.9.1017> (2024-06-05)
- [41] Hammen C: *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*; Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006
- [42] Pourhamzeh M, Moravej FG, Arabi M i wsp.: The roles of serotonin in neuropsychiatric disorders; *Cell Mol Neurobiol*, 2022; 42(6): 1671-1692
- [43] Parnowski T [red.]: *Psychiatria i medycyna somatyczna. Wciąż aktualne dylematy*; Medical Education, Warszawa 2022
- [44] Troubat R, Barone P, Leman S i wsp.: Neuroinflammation and depression: a review; *Eur J Neurosci*, 2021; 53(1): 151-171
- [45] Michalska A, Ukleja-Sokołowska N, Bartuzi Z: Stres psychiczny a alergia pokarmowa; *Alergia Astma Immunologia*, 2016, 21 (4): 195-200
- [46] Karakuła-Juchnowicz H, Pankowicz H, Juchnowicz D i wsp.: Mikrobiota jelitowa – klucz do zrozumienia patofizjologii jadłowstrętu psychicznego?; *Psychiatr Pol*, 2017; 51(5): 859-870
- [47] Capuco A, Urits I, Hasoon J i wsp.: Gut microbiome dysbiosis and depression: a comprehensive review; *Curr Pain Headache Rep*, 2020, 24(7): 36
- [48] Cui L, Li S, Wang S i wsp.: Major depressive disorder: hypothesis, mechanism, prevention and treatment; *Signal Transduction and Targeted Therapy* (2024) 9:30; Dostęp: <https://www.nature.com/articles/s41392-024-01738-y> (2024-06-05)
- [49] Kendall PC, Safford S, Flannery-Schroeder E i wsp.: Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up; *J Consult Clin Psychol*, 2004 Apr, 72(2): 276-87. doi: 10.1037/0022-006X.72.2.276. PMID: 15065961
- [50] Bomba J, Modrzejewska R: Prospektywne badanie dynamiki depresji u dzieci między preadolescencją a wczesną fazą dorastania; *Psychiatria Polska*, 2006, Tom XL, Numer 3: 481-490

- [51] Nolen-Hoeksema S: Gender differences in depression; *Current Directions in Psychological Science*, 2001, 10(5): 173-176; Dostęp: <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00142> (2024-06-05)
- [52] Fuchsova B, Alvarez Juliá A, Rizavi HS i wsp.: Altered expression of neuroplasticity-related genes in the brain of depressed suicides; *Neuroscience*, 2015, Jul 23, 299: 1-17. doi: 10.1016/j.neuroscience.2015.04.057
- [53] Mahar I, Bambico FR, Mechawar N i wsp.: Stress, serotonin, and hippocampal neurogenesis in relation to depression and antidepressant effects; *Neurosci Biobehav Rev*, 2014, Jan: 38: 173-92. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.11.009
- [54] Permoda-Osip A, Rybakowski J: Koncepcja glutaminergiczna chorób afektywnych; *Psychiatr Pol*, 2011; 45(6): 875-888
- [55] Whittle S, Lichter R, Dennison M i wsp.: Structural brain development and depression onset during adolescence: a prospective longitudinal study; *Am J Psychiatry*, 2014, 171: 564-571
- [56] Luyten P, Fonagy P: The stress-reward-mentalizing model of depression: an integrative developmental cascade approach to child and adolescent depressive disorders based on the Research Domain Criteria (RDoC) approach; *Clin Psychol Rev*, 2018, 64: 87-98
- [57] Freud S: Wstęp do psychoanalizy; Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012
- [58] Greszta E: Depresja wieku dorastania. Zachowania rodziców jako czynnik ochronny lub czynnik ryzyka depresji u dorastających dzieci; *Academica*, Warszawa 2006
- [59] Gabbard GO: Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej; Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015
- [60] Link-Dratkowska E: Depresja dzieci i młodzieży – podejście poznawczo-behawioralne. Teoria i terapia; *Psychiatria, Via Medica*, 2011, tom 8, nr 3: 84-90
- [61] Horne SJ, Topp TE, Quigley L: Depression and the willingness to expend cognitive and physical effort for rewards: a systematic review; *Clin Psychol Rev*, 2021, 88: 102065
- [62] LeMoult J, Gotlib IH: Depression: a cognitive perspective; *Clin Psychol Rev*, 2019, 69: 51-66

- [63] Nolen-Hoeksema S: Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes; *Journal of Abnormal Psychology*, 1991, 100(4): 569-582; Dostęp: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569> (2024-06-08)
- [64] Maier SF, Seligman ME: Learned helplessness at fifty: insights from neuroscience; *Psychol Rev*, 2016, 123(4): 349-367
- [65] Strauman TJ: Modeling the onset of a depressive episode: a self-regulation perspective; *Curr Opin Psychol*, 2021, 41: 100-106
- [66] Hames JL, Hagan CR, Joiner TE: Interpersonal processes in depression; *Annu Rev Clin Psychol*, 2013, 9: 355-377
- [67] Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E i wsp.: Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation; Psychology Press Classic Editions, Routledge Taylor & Francis Group, New York and London 2015
- [68] Spruit A, Goos L, Weenink N i wsp.: The relation between attachment and depression in children and adolescents: a multilevel meta-analysis; *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2020, 23(1): 54-69
- [69] Dudek D, Siwek M: Współistnienie chorób somatycznych i depresji; *Psychiatria, Via Medica*, 2007, tom 4, nr 1: 17-24
- [70] Gencay-Can A, Can SS: Temperament and character profile of patients with fibromyalgia; *Rheumatol Int* 32, 3957-3961 (2012); Dostęp: <https://doi.org/10.1007/s00296-011-2324-x> (2024-06-05)
- [71] Shaw RJ, DeMaso DR: Clinical Manual of Pediatric Consultation-Liaison Psychiatry; 2nd ed: Depressive Symptoms and Disorders, American Psychiatric Association, 2020: 165-204
- [72] Dudek D: Optymalizacja leczenia depresji; *Psychiatria po Dyplomie*, 2013, Medical Tribune, Październik: 27-32
- [73] Cabaj-Wiater I: Ocena zależności nasilenia stopnia lęku i depresji z aktywnością egzoglikozydaz lizosomalnych oraz wybranymi parametrami laboratoryjnymi w przebiegu cukrzycy typu 2; Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych, Promotor: Prof. dr hab. n. med. N. Waszkiewicz, Promotor pomocniczy: Dr hab. n. med. S. Chojnowska, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2020

- [74] Zawilski ZM: Alergia i zaburzenia emocjonalne w populacji pediatrycznej – analiza potencjalnych związków przyczynowo-skutkowych; *Przegl Pediatr*, 2022, Vol. 51, No. 1: 70-82
- [75] Olszanecka-Glinianowicz M: Depresja – przyczyna czy skutek otyłości?; *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, Via Medica*, 2008, tom 4, nr 2: 78-85
- [76] Wójcik M, Goncerz D, Piasny M i wsp.: Obesity in adolescents may be associated with limitations in daily activities and an increased level of anxiety in patients and their parents – preliminary results of a pilot study; *Front Endocrinol Frontiers*, October 2022, 01-06, 13:1007765. doi: 10.3389/fendo.2022.1007765
- [77] Jodłowska E, Juszcak M: Wpływ stresu przewlekłego na rozwój nadciśnienia tętniczego; *Folia Medica Lodziensia*, 2013, 40/1: 53-77
- [78] Bendtsen L, Evers S, Linde M i wsp.: EFNS guideline on the treatment of tension-type headache – report of an EFNS task force; *Eur J Neurol*, 2010, 17: 1318-1325
- [79] Lowen A: Depresja i ciało. Biologiczne podstawy wiary i poczucia rzeczywistości; Czarna Owca, Warszawa 2019
- [80] Zawilski ZM: Somatyzacja jako przejaw zaburzeń emocjonalnych u dzieci; *Pediatr Med Rodz*, 2022, 18 (1), p. 40-51. doi: 10.15557/PiMR.2022.0006
- [81] Kidwell M, Ellenbroek BA: Heart and soul: heart rate variability and major depression; *Behav Pharmacol*, 2018, 29(2 and 3 Spec Issue): 152-164
- [82] Schiweck C, Gholamrezaei A, Hellyn M i wsp.: Exhausted Heart Rate Responses to Repeated Psychological Stress in Women With Major Depressive Disorder; *Front Psychiatry*, 2022 Apr 18; 13: 869608. doi: 10.3389/fpsyt.2022.869608
- [83] Oquendo MA, McGrath P, Weissman MM: Biomarker studies and the future of personalized treatment for depression; Wiley. Online Library, Depression and Anxiety, 2014; Dostęp: <https://doi.org/10.1002/da.22300> (2024-06-05)
- [84] Beshai S, Dobson KS, Bockting CLH i wsp.: Relapse and recurrence prevention in depression: current research and future prospects; *Clin Psychol Rev*, 2011, 31(8): 1349-1360
- [85] Moriarty AS, Castleton J, Gilbody S i wsp.: Predicting and preventing relapse of depression in primary care; *British Journal of General Practice*, 2020, 70 (691): 54-55; Dostęp: <https://doi.org/10.3399/bjgp20X707753> (2024-06-05)

- [86] Bhandari S: Depression Relapse: What to Do First; WebMD Editorial Contributors, 2023; Dostęp: <https://www.webmd.com/depression/depression-relapse> (2024-06-06)
- [87] Murphy JA, Byrne GJ: Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of Chronic Depressive Disorder; *Journal of Affective Disorders*, 2012; 139(2): 172-180
- [88] Rutherford M: Perfekcyjni do bólu. Jak uwolnić się od perfekcjonizmu maskującego depresję i odzyskać zdrowie; Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021
- [89] Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS: Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents; *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2015, 56(3): 345-365
- [90] Goldstein TR, Ha W, Axelson DA i wsp.: Predictors of Prospectively Examined Suicide Attempts Among Youth With Bipolar Disorder; *Arch Gen Psychiatry*, 2012 Nov, 69(11): 1113-1122. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2012.650
- [91] Gmitrowicz A, Janas-Kozik M: Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży; *Medical Tribune Polska*, Warszawa 2018
- [92] Namysłowska I: Psychiatria dzieci i młodzieży; PZWL, Warszawa 2012
- [93] Mazur R, Klimarczyk M, Rudy J i wsp.: Wielopiętrowość zaburzeń mowy w praktyce lekarskiej; *Psychiatria, Via Medica*, 2006, tom 3, nr 3: 112-117
- [94] Rebel G: El lenguaje corporal: Lo que expresan las actitudes, las posturas, los gestos y su interpretación; Edaf, Madrid 2002
- [95] Biernat M, Bąk-Sosnowska M: Postawa ciała a obraz siebie i funkcjonowanie psychospołeczne w okresie adolescencji; *Pediatr Med Rodz*, 2018, 14 (3), p. 282-285. doi: 10.15557/PiMR.2018.0031
- [96] Whalen DJ, Sylvester CM, Luby JL: Depression and anxiety in preschoolers: a review of the past 7 years; *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2017, 26(3): 503-522
- [97] Marcotte D, Fortin L, Potvin P i wsp.: Gender differences in depressive symptoms during adolescence: Role of gender-typed characteristics, self-esteem, body image, stressful life events, and pubertal status; *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2002, 10(1): 29-42; Dostęp: <https://doi.org/10.1177/106342660201000104> (2024-06-05)
- [98] Mojtabai R, Olfson M, Han B: National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults; *Pediatrics*, 2016 Dec, 138(6): e20161878. doi: 10.1542/peds.2016-1878

- [99] Avenevoli S, Swendsen J, He JP i wsp.: Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment; *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2015 Jan, 54(1): 37-44.e2. doi: 10.1016/j.jaac.2014.10.010
- [100] Benner AD, Wang Y, Shen Y i wsp.: Racial/ethnic discrimination and well-being during adolescence: a meta-analytic review; *Am Psychol*, 2018, 73(7): 855-883
- [101] Birmaher B, Brent D: Depressive and disruptive mood dysregulation disorders; Dulcan MK, ed. *Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*, 3rd ed., American Psychiatric Association Publishing, 2022: 245-278
- [102] Zalewska M: Fobia społeczna u młodzieży we wczesnej fazie dorastania w populacji uczniów szkół krakowskich; Praca doktorska, Promotor: Prof. dr hab. n. med. J. Bomba, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Kraków 2006
- [103] Cash SJ, Bridge JA: Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior; *Curr Opin Pediatr*, 2009 Oct, 21(5): 613-619. doi: 10.1097/MOP.0b013e32833063e1
- [104] Pelkonen M, Marttunen M: Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention; *Paediatr Drugs*, 2003, 5(4): 243-65. doi: 10.2165/00128072-200305040-00004
- [105] Gmitrowicz A, Młodożeniec A, Makara-Studzińska M: Ryzyko samobójstwa u młodzieży. Diagnostyka, terapia, profilaktyka; PZWL, Warszawa 2015
- [106] Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB: Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder; *Arch Gen Psychiatry*, 2011 Oct, 68(10): 1058-64. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.113
- [107] Jankowska-Sasin K, Zawłocka E, Jackowska T: Analiza hospitalizacji dzieci z powodu prób samobójczych w latach 2017-2023 na jednym oddziale pediatrycznym; *Przegl Pediatr*, 2024, Vol. 53, No. 1: 60-67
- [108] Gvion Y, Horresh N, Levi-Belz Y i wsp.: Aggression-impulsivity, mental pain, and communication difficulties in medically serious and medically non-serious suicide attempters; *Compr Psychiatry*, 2014 Jan, 55(1): 40-50. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.09.003

- [109] Miller M, Barber C, White RA i wsp.: Firearms and suicide in the United States: is risk independent of underlying suicidal behavior?; *Am J Epidemiol*, 2013 Sep 15, 178(6): 946-55. doi: 10.1093/aje/kwt197
- [110] Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C i wsp.: Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT); *Am J Psychiatry*, 2011 May, 168(5): 495-501. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10050718
- [111] Remberk B: Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży; PZWL, Warszawa 2020
- [112] Janas-Kozik M, Wolańczyk T: Psychiatria dzieci i młodzieży; PZWL, Warszawa 2021
- [113] Miernik M: Zaburzenia somatyzacyjne u dzieci i młodzieży; *Medycyna Praktyczna*, 2016; Dostęp: <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/choroby/psychiatria/142159,zaburzenia-somatyzacyjne-u-dzieci-i-mlodziezy> (2024-06-05)
- [114] Nitsch K, Jabłoński M, Samochowiec J i wsp.: Zaburzenia pod postacią somatyczną: problematyczne zjawisko – problematyczna diagnoza; *Psychiatria, Via Medica*, 2015, tom 12, nr 2: 77-84
- [115] Williams DT, Harding KJ, Fallon BA: Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (somatoformiczne); Rowland LP, Pedley TA: *Neurologia Merritta*, tom 3, wydanie 3, Urban & Partner 2012: 1178-1184
- [116] Ryżko J: Przewlekłe bóle brzucha u dzieci; *Gastroenterologia Praktyczna*, 2011, 1 (11): 20-28
- [117] Komraus M, Woźniak M, Grzybowska-Chlebowczyk U i wsp.: Rola psychiki w nawracających bólach brzucha u dzieci; *Nowiny Lekarskie*, 2007, 76, 2: 134-136
- [118] Bryl N, Horst-Sikorska W: Czy przewlekły kaszel u osoby dorosłej może nie mieć podłoża organicznego? Kaszel na tle psychogennym; *Forum Medycyny Rodzinnej, Via Medica*, 2008, tom 2, nr 4: 319-325
- [119] Czachowski S: Zaburzenia funkcjonalne – nowe propozycje definicji, klasyfikacji, etiologii i terapii; *Psychiatr Pol*, 2023, 57(2): 421-430
- [120] Pakalska-Korcala A, Suligowska K, Wolańczyk T i wsp.: Depresja i palenie papierosów – powszechne problemy zdrowotne wśród polskich 14-latków. Wyniki badania SOPKARD-Junior; *Psychiatr Pol*, 2021; 55(1): 113-125

- [121] Jankowicz S: Depresja wieku młodzieńczego – etiologia i obraz kliniczny; Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ, Nauki Społeczne, Numer 22 (3/2018): 183-190
- [122] Lewandowska B: Społeczne relacje młodzieży z depresją (badania polskie i światowe): zestawienie bibliograficzne w wyborze; Pedagogiczna Biblioteka Wojewódzka w Kielcach, 2017
- [123] Bandura A: Teoria społecznego uczenia się; Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2015
- [124] Donovan K, Brassard M: Trajektorie matczynej agresji werbalnej wobec dzieci w wieku gimnazjalnym – związki z negatywnym obrazem własnej osoby i trudnościami społecznymi; Dziecko krzywdzone, nr 4 (37), Uniwersytet Columbia 2011
- [125] Gorostiaga A, Aliri J, Balluerka N i wsp.: Parenting styles and internalizing symptoms in adolescence: a systematic literature review; Int J Environ Res Public Health, 2019, 16(17): 3192
- [126] Ćwikliński A: Depresja dzieci i młodzieży jako skutek problemów osobniczego i społecznego rozwoju; Rocznik Pedagogiczny, 44/2021. doi: 10.2478/rp-2021-0011
- [127] Mohammad R, Al Khateb B: Funkcjonowanie psychiczne nastolatków i młodych dorosłych w Syrii w czasie wojny i po wojnie; Psychiatria po Dyplomie, 2021, Medical Tribune, nr 6, tom 18: 48-52
- [128] Dymowska A, Nowicka-Sauer K: Depresja wśród młodzieży – problem wciąż aktualny; Forum Medycyny Rodzinnej, Via Medica, 2015, vol 9, no 2: 124-126
- [129] Cepeda C: Badanie psychiatryczne dzieci i młodzieży. Podręcznik kliniczny; Edra Urban & Partner, Wrocław 2012
- [130] Słopeń A: Depresja dzieci i młodzieży – rozpoznanie i postępowanie; Pediatria po Dyplomie, 2020, Medical Tribune, nr 2, tom 24: 12-18
- [131] Jensen-Doss A, Youngstrom EA, Youngstrom JK i wsp.: Predictors and moderators of agreement between clinical and research diagnoses for children and adolescents; J Consult Clin Psychol, 2014; 82(6): 1151-1162
- [132] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association, 2022, Fifth Edition, Text Revision
- [133] Oleś M: Pomiar depresji u dzieci: Przegląd metod; Roczniki Filozoficzne, 1995, Tom XLIII, Zeszyt 4

- [134] Pękala K, Sobów T: Wiarygodność kliniczna wybranych narzędzi samoopisowych (kwestionariuszy) w rozpoznawaniu depresji; UMedical Reports, no. 1, 2023, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
- [135] Kovacs M, Wrocławska-Wachala E, Wujcik R: CDI 2. Zestaw kwestionariuszy do diagnozy depresji u dzieci i młodzieży; Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2017
- [136] Mathiak K, Karzel K, Ocypa M i wsp.: Kwestionariusz Becka dla Dzieci do oceny zaburzeń emocjonalnych i społecznych – polska adaptacja i walidacja kwestionariusza Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment; Psychiatria Polska, 2007, tom XLI, numer 3: 387-399
- [137] Kovacs M: Children's Depression Inventory (CDI) Manual; Multi-Health Systems, Toronto 1992
- [138] Kovacs M: Children's Depression Inventory (CDI) Technical Manual Update; Multi-Health Systems, Toronto 2003
- [139] Remberk B, Antosik-Wójcińska A, Baron M: Rekomendacje dotyczące postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji u dzieci i młodzieży; Rekomendacje opracowane w ramach realizacji Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia
- [140] Masip A, Campos J, Olmos J: Psychometric Properties of the Reynolds Child Depression Scale in Community and Clinical Samples; The Spanish Journal of Psychology, 2008, Vol. 11, No. 2: 641-649
- [141] Schwab S, Rossmann P: Peer integration, teacher-student relationships and the associations with depressive symptoms in secondary school students with and without special needs; Educational Studies, 2020, 46(3): 302-315; Dostęp: <https://doi.org/10.1080/03055698.2019.1584852> (2024-07-05)
- [142] Mayes T, Bernstein I, Haley C i wsp.: Psychometric properties of the Children's Depression Rating Scale-Revised in adolescents; J Child Adolesc Psychopharmacol, 2010 Dec, 20(6): 513-6
- [143] Plener P, Grieb J, Spröber N i wsp.: Convergence of children's depression rating scale-revised scores and clinical diagnosis in rating adolescent depressive symptomatology; Mental Illness, 2012, volume 4: e7: 29-31

- [144] Łojek E, Stańczak J, Wójcik A: Kwestionariusz do Pomiaru Depresji: podręcznik; Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; Warszawa 2015
- [145] Modrzejewska R, Bomba J, Beauvale A: Struktura czynnikowa objawów w Krakowskim Inwentarzu Depresyjnym KID IO „B1” w grupie 15-latków; *Psychiatria Polska*, 2011, tom XLV, numer 2: 245-259
- [146] Modrzejewska R, Bomba J, Beauvale A: Struktura czynnikowa objawów w Krakowskim Inwentarzu Depresyjnym (KID) IO „C1”; *Psychiatria Polska*, 2010, tom XLIV, numer 1: 47-59
- [147] Glindmeyer J: A Reliability Study of the Peer Nomination Inventory of Depression when Used by Adults in Determining the Psychological Condition of Depression in Children; ScholarWorks at WMU, Dissertations Graduate College, Western Michigan University, 8-1983
- [148] Łaguna M, Lachowicz-Tabaczek K, Dzwonkowska I: Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody; *Psychologia Społeczna*, 2007, tom 2, 02(04): 164-176
- [149] Viswanathan M, Kennedy SM, McKeeman J i wsp.: Treatment of Depression in Children and Adolescents: A Systematic Review; Comparative Effectiveness Review, No. 224, Agency for Healthcare Research and Quality, 2020, AHRQ Publication No. 20- EHC005-EF
- [150] Miernik-Jaesche M, Namysłowska I: Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży; *Medycyna Praktyczna*, 2016; Dostęp: <https://www.mp.pl/pacjent/pediatric/choroby/psychiatria/81302,zaburzenia-depresyjne-u-dzieci-i-mlodziezy> (2024-06-05)
- [151] Ambroziak K, Kołakowski A, Siwek K: Nastolatek a depresja. Praktyczny poradnik dla rodziców dzieci i młodzieży; Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2018
- [152] Chatizow J: Depresja i samobójstwa u dzieci i młodzieży; Difin, Warszawa 2018
- [153] Duman A: Depresja u dzieci i młodzieży. Jak chronić i pomóc; Wydawnictwo RM, Warszawa 2023
- [154] Parkinson M, Reynolds S: Depresja u nastolatka. Poradnik dla rodziców; Rebis, Poznań 2018

- [155] Petitfils R: Jak pomóc nastolatkom w walce ze stresem, lękiem i depresją; Espe, Kraków 2021
- [156] Raczkowski A: Depresja dzieci i młodzieży – zjawisko i perspektywy pomocy; Wychowanie w Rodzinie, t. XVI (2/2017): 315-329
- [157] Słopeń A: Farmakoterapia zaburzeń depresyjnych u dzieci – o czym musi wiedzieć pediatra; *Pediatrica po Dyplomie*, 2024, Medical Tribune, nr 1, tom 28: 10-17
- [158] Mączka G: Fale CBT – ewolucja terapii poznawczo behawioralnej; Centrum Dobrej Terapii Mindart 2022; Dostęp: <https://www.centrumdobrejterapii.pl/materialy/fale-cbt-ewolucja-terapii-poznawczo-behawioralnej/> (2024-06-08)
- [159] Curry N: Using CBT with anxious language learners: The potential role of the learning advisor; *Studies in Self-Access Learning Journal*, 2014, 5(1): 29-41
- [160] Kalinowska S, Nitsch K, Duda P i wsp.: Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia; *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 2013, 59, 1: 32-36
- [161] Herman ZS, Kostowski W: Farmakologia, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2016
- [162] Wang X, Cai ZD, Jiang WT i wsp.: Systematic review and meta-analysis of the effects of exercise on depression in adolescents; *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2022 Feb 28, 16(1): 16. doi: 10.1186/s13034-022-00453-2
- [163] Szczygieł K, Samochowiec J: Wpływ żywienia na zdrowie psychiczne w opinii psychiatry; *Psychiatria, Via Medica*, 2019, tom 16, nr 3: 146-153
- [164] Grosso G, Galvano F, Marventano S i wsp.: Omega-3 fatty acids and depression: scientific evidence and biological mechanisms; *Oxid Med Cell Longev*, 2014:2014:313570. doi: 10.1155/2014/313570
- [165] DeAngelis T: That salad isn't just good for your nutrition—it may help stave off depression; *Monitor on Psychology*, 2023, American Psychological Association, Vol. 54, No. 4: 36
- [166] U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality, Effective Health Care Program; Treatment of Depression in Children and Adolescents, Accessed October 3, 2022; Dostęp:

<https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/childhood-depression/research> (2024-06-13)

[167] Detullio D, Millen D, Kennedy T: A meta-analysis of the association between the Children's Depression Inventory (CDI) and suicidality; Aggression and Violent Behavior, Elsevier, Volume 64, May-June 2022, 101539

[168] Anant N, Kaur D, Nadarajan R i wsp.: Validating the Children's Depression Inventory-2: Results from the Growing Up in Singapore Towards Healthy Outcomes (GUSTO) study; PLoS ONE 18(5): e0286197, May 2023: 1-16.

doi.org/10.1371/journal.pone.0286197

[169] Harris M, Taylor G: Statystyka medyczna jasno i zrozumiale; Wydawnictwo Makmed, Lublin 2021

[170] Zawilski ZM: Stany depresyjne u dzieci i młodzieży – badania w leżajskich szkołach podstawowych; Biuletyn Miejski, Leżajsk, IV kwartał 2023, Nr 4 (288): 21-23

Załączniki:

Załącznik 1: Zaświadczenie o certyfikacji CDI 2 autora



Załącznik 2: Opinia Komisji Bioetycznej dot. projektu badawczego



KOMISJA BIOETYCZNA UNIWERSYTETU RZESZOWSKIEGO
UNIWERSYTET RZESZOWSKI
Kolegium Nauk Medycznych
Al. mjr. Wacława Kopisto 2a, 35-959 Rzeszów
email: komisjabioetyczna@ur.edu.pl

UCHWAŁA nr 2022/057
Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Rzeszowskiego
z dnia 01/06/2022 roku
w sprawie wniosku dotyczącego

badania opisowego z wykorzystaniem ankiety
„Charakterystyka i rozpowszechnienie symptomów zaburzeń depresyjnych w obrębie populacji pediatrycznej. Ocena
symptomatologiczna dzieci i młodzieży szkolnej szkół podstawowych miasta Leżajsk z użyciem metody badawczej Children's
Depression Inventory 2 (CDI 2) oraz kryteriów diagnostycznych ICD-10 i DSM-5 – badanie populacyjne”
złożonego przez lek. Zdzisława Michała Zawilskiego

§ 1

Komisja Bioetyczna Uniwersytetu Rzeszowskiego, działając na podstawie art. 29 ustawy z dnia 5 grudnia 1997 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2021 r. poz. 790) i Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 roku w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania Komisji Bioetycznych (Dz. U. 1999 r. Nr 47 poz. 480) w związku z art. 27 pkt 10¹ ustawy z dnia 16 lipca 2020r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2021 poz.790) oraz art. 37r ustawy z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne² (Dz. U. 2021 r. poz. 974) i zgodnie z zasadami GCP (Good Clinical Practice), po zapoznaniu się z wnioskiem i dokumentacją badania opisowego z wykorzystaniem ankiety, w wyniku dyskusji i głosowania przeprowadzonych dn. 01.06.2022 roku w formie kontaktu bezpośredniego liczbą 12 głosów akceptujących spośród 12 oddanych głosów

postanawia

badanie opisowe z wykorzystaniem ankiety

„Charakterystyka i rozpowszechnienie symptomów zaburzeń depresyjnych w obrębie populacji pediatrycznej. Ocena
symptomatologiczna dzieci i młodzieży szkolnej szkół podstawowych miasta Leżajsk z użyciem metody badawczej Children's
Depression Inventory 2 (CDI 2) oraz kryteriów diagnostycznych ICD-10 i DSM-5 – badanie populacyjne”

oraz dokumentację badania, w tym:

wniosek do Komisji Bioetycznej,
opis projektu planowanego badania,
wzór formularza informacyjnego dla uczestnika badania,
wzór formularza świadomej zgody na udział w badaniu,
wzory ankiet i kwestionariuszy stosowanych w badaniu,
informacja o nienaruszeniu praw autorskich wykorzystywanych kwestionariuszy,
zgody dyrektorów ośrodków na przeprowadzenie badania,
CV wszystkich członków zespołu badawczego

zaopiniować pozytywnie

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia i obowiązuje przez okres objęty planem badań.

§ 3

Komisja Bioetyczna zobowiązuje Badacza do składania rocznych sprawozdań z realizacji projektu badawczego.
W załączeniu lista członków Komisji Bioetycznej UR uczestniczących w głosowaniu.

Przewodnicząca
Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Rzeszowskiego

dr hab. med. Beata Sas-Korczyńska, prof. UR

Do wiadomości:

Wnioskodawcy: lek. Zdzisław Michał Zawilski

¹ ma zastosowanie do czasu wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia regulującego szczegółowy tryb powoływania oraz sposób działania komisji bioetycznej oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej

² ma zastosowanie do projektów badań klinicznych

Załącznik 3: Odpowiedź Komisji Bioetycznej dot. tytułów badania i rozprawy doktorskiej przedstawiającej jego wyniki

Uniwersytet Rzeszowski
Komisja Bioetyczna



Lek. Zdzisław Michał Zawilski

Rzeszów, 10 kwietnia 2024 r.

Szanowny Panie,

Na posiedzeniu w dniu 10 kwietnia 2024 r. Komisja Bioetyczna Uniwersytetu Rzeszowskiego zapoznała się z wnioskiem o aneksowanie badania „Charakterystyka i rozpowszechnienie symptomów zaburzeń depresyjnych w obrębie populacji pediatrycznej. Ocena symptomatologiczna dzieci i młodzieży szkolnej szkół podstawowych miasta Leżajsk z użyciem metody badawczej Children's Depression Inventory 2 (CDI 2) oraz kryteriów diagnostycznych ICD-10 i DSM-5 – badanie populacyjne. Uchwała nr 2022/057 z dnia 1 czerwca 2022 r.” wynikającą z rozbieżności tytułów projektu badawczego, który był opiniowany przez Komisję i rozprawy doktorskiej. Komisja Bioetyczna UR nie znalazła podstaw do podjęcia uchwały w tym zakresie.

Jednakże mając na względzie, że przeprowadzone badanie stało się przedmiotem rozprawy doktorskiej, Komisja Bioetyczna UR, uważa za zasadne, aby Pan złożył stosowne oświadczenie (w załączeniu wzór) potwierdzające, że rozprawa doktorska została przygotowana w oparciu o dane pochodzące z badania, którego projekt uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej UR (uchwała KB UR 057/2022 z dnia 1 czerwca 2022).

Z poważaniem,

Prof. dr hab. med. Beata Sas-Korczyńska
Przewodnicząca Komisji Bioetycznej UR

Podpisane elektronicznie
przez Beata Sas-Korczyńska
(Certyfikat kwalifikowany) w
dniu 2024-04-11.

al. mjr. W. Kopisto 2a, 35-959 Rzeszów
tel.: +48 17 872 11 53
e-mail: komisjabioetyczna@ur.edu.pl


HR EXCELLENCE IN RESEARCH

Załącznik 4: Oświadczenie autora dot. tytułów badania i rozprawy doktorskiej przedstawiającej jego wyniki

Rzeszów, dn. 2024-04-18

Zdzisław Michał Zawilski

Imię i nazwisko Doktoranta UR

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany Zdzisław Michał Zawilski oświadczam, że przygotowana dysertacja pt. **"Czynniki ryzyka i częstość występowania symptomów zaburzeń depresyjnych u dzieci ze szkół podstawowych w Leżajsku"**, którą przedkładałam w przewodzie doktorskim procedowanym w Uniwersytecie Rzeszowskim, została przygotowana i w pełni odpowiada założeniom projektu badawczego pt. **"Charakterystyka i rozpowszechnienie symptomów zaburzeń depresyjnych w obrębie populacji pediatrycznej. Ocena symptomatologiczna dzieci i młodzieży szkolnej szkół podstawowych miasta Leżajsk z użyciem metody badawczej Children's Depression Inventory 2 (CDI 2) oraz kryteriów diagnostycznych ICD-10 i DSM-5 – badanie populacyjne"**, który uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Rzeszowskiego (uchwała nr 2022/057 wydana w dniu 01/06/2022 r.).


.....
(promotor)

Z Zawilski
.....
(składający oświadczenie)

