

## Porównanie rozpowszechnienia depresji w populacji 13-letniej młodzieży krakowskich szkół średnich w latach 1984 i 2001\*

### Point prevalence of depression in the Cracow population of 13 year old students in 1984 and 2001

Renata Modrzejewska, Jacek Bomba

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Katedry Psychiatrii CM UJ  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Bomba

#### Summary

Results of scarce epidemiological studies on depression in adolescents are diverse and dependent of survey methodology as well as on the theoretical approach of research. Those studies where the methods are comparable show that depression prevalence depends on the macrosocial situation and the adolescence stage.

**Aim.** The study aimed to assess changes in depression prevalence in mid-adolescents between 1984 and 2001. A presumption was made that the social situation in Poland had changed in the last 17 years.

**Method.** In 2001 a representative sample of school attending 13 y.o. adolescents was screened with KID-IO "B1". The results were compared with those of a similar survey, using the same method, carried out in 1984.

**Results.** Point prevalence index in 2001 appeared to be lower than in the survey in 1984 (24.6% versus 31.6%). This resulted exclusively from a significant decrease in depression among girls (26.8% versus 42.2%).

**Conclusion.** The obtained data allows for an interpretation of the findings as being a result of macrosocial changes. Other hypotheses e.g. influence of the adolescence timing and course requires a longitudinal prospective study.

*Słowa klucze:* depresja wśród młodzieży, badania epidemiologiczne

*Key words:* adolescent depression, epidemiological study

Wielkość wskaźników występowania zaburzeń depresyjnych (depressive disorders) u młodzieży jest odmienna w różnych badaniach [1]. Z jednej strony dzieje się tak, ponieważ istnieją różnice w definiowaniu zaburzeń oraz w stosowanych metodach diagnostycznych. Z drugiej strony wynika to z różnic w czasie kryterialnym dla rozpoznania depresji. Jedni badacze ustalili go na 3 miesiące [2], inni na 6 miesięcy [3].

---

\* Badanie było finansowane ze środków Komitetu Badań Naukowych (nr badania 4 PO5D 001 18). Zostało przeprowadzone w 2001 roku.

Na podstawie przeglądu wcześniejszych badań określono występowanie depresji wśród adolescentów w granicach poniżej 1% do 6% [4]. Ostatnie badania potwierdzają uzyskane wcześniej wyniki rozpowszechnienia objawów dużej depresji od 1% [2], poprzez 3% [5, 6], do 6% [7]. Jeżeli włączymy wszystkie rodzaje zaburzeń depresyjnych, wówczas wskaźnik rozpowszechnienia będzie wynosił 10% [8].

W pionierskich badaniach epidemiologicznych Ruttera i wsp. [9, 10], przeprowadzonych w Isle of Wight w roku 1970 i 1974, określono, że 2% czternastolatków prezentowało objawy depresji.

W Polsce pierwsze badania nad rozpowszechnieniem depresji u dzieci i młodzieży prowadzone były w Krakowie od roku 1982 [11, 12, 13, 14, 15]. Wyniki badań epidemiologicznych reprezentatywnej próby nieleczzonej populacji dzieci i młodzieży, od 5 do 17 lat, za pomocą Krakowskiego Inwentarza Depresyjnego w wersjach AO „B1” IO „B1” IO „C1” dla różnych grup wiekowych, pozwoliły na ustalenie wskaźników rozpowszechnienia depresji: w grupie 5-latków wynosił on 6,66%, w grupie 10-latków – 11,34%, wśród 13-latków – 28,15% a wśród 17-latków 19,35%.

Drugim dużym badaniem epidemiologicznym nieleczzonej populacji 13-latków jest badanie Witkowskiej-Ulatowskiej [16, 17]. Badanie przesiewowe reprezentatywnej populacji uczniów szkół warszawskich za pomocą Krakowskiego Inwentarza Depresyjnego objęło 1689 osób. Zaburzenia psychiczne o obrazie zespołu depresyjnego stwierdzono u 326 uczniów (19,3%).

### Material

W badaniach przeprowadzonych w roku 2001 grupą badaną była młodzież pierwszych klas gimnazjów, wybrana losowo. Stanowiła ona reprezentatywną populację 13-letnich uczniów szkół krakowskich.

W obliczeniach statystycznych uwzględniono 1577 arkuszy KID IO „B1” wypełnionych przez młodzież, w tym – przez 780 dziewcząt i 797 chłopców. Ze względu na niekompletne dane nie włączono do dalszych obliczeń 102 arkuszy (tabela 1).

Tabela 1

**Liczebność grup trzynastolatków zbadanych za pomocą inwentarza IO „BI”**

Liczebność grup		Płeć		Razem
		chłopcy	dziewczeta	
Rok 1984	N	250	224	474
	%	52,7	47,3	100,0
Rok 2001	N	797	780	1577
	%	50,5	49,5	100,0
Razem	N	1047	1004	2051
	%	51,0	49,0	100,0

Grupą odniesienia była grupa 13-latków badanych w krakowskich badaniach epidemiologicznych nad rozpowszechnieniem objawów depresyjnych przeprowadzonych pod kierunkiem Bomby w 1984 roku [12, 13].

W 1984 roku badaniami objęto 474 uczniów, w tym: 224 dziewczęta oraz 250 chłopców. Proporcje dziewcząt i chłopców w opisywanych grupach z roku 1984 i 2001 są bardzo do siebie zbliżone. Różnice między populacjami są pod tym względem statystycznie nieistotne ( $p_i > 0,40$ ).

### Metoda

W epidemiologicznym badaniu reprezentatywnych grup populacji 13-letnich uczniów krakowskich szkół w 1984 i 2001 roku do oceny depresji zastosowano Krakowski Inwentarz Depresyjny (KID) wersja IO „B1”.

Metody statystyczne stosowane w analizie danych to: testy  $\chi^2$  dla tabel czteropółowych, włącznie z testem związku liniowego Mantela–Haenszela, z określeniem wartości relatywnego ryzyka wystąpienia depresji oraz korelacji tau c Kendalla.

### Wyniki

Zarówno w roku 1984, jak i 2001 rozpowszechnienie depresji w populacji chłopców było podobne (odpowiednio 22,0% i 22,5%, różnica statystycznie nieistotna), co obrazują tabele 2 i 3. Natomiast w populacjach dziewcząt rozpowszechnienie depresji w roku 1984 było znacznie większe niż w 2001 (odpowiednio 42,4% i 26,8%, różnica statystycznie istotna).

Tabela 2

**Rozkład liczebności przypadków występowania i braku depresji u trzynastoletnich dziewcząt w latach 1984 i w 2001 r.**

Dziewczęta		Depresja		Razem
		jest	brak	
Populacja w 1984 r.	N	95	129	224
	%	42,4	57,6	100,0
Populacja w 2001 r.	N	209	571	780
	%	26,8	73,2	100,0
Razem	N	304	700	1004
	%	30,3	69,7	100,0

Chi <sup>2</sup>	Wartość	d.f.	p <sub>i</sub>
Klasyczny (Pearsonsa)	20,10183	1	0,00001
Z poprawką na ciągłość	19,36892	1	0,00001
Probabilistyczny	19,28973	1	0,00001

minimalna oczekiwana liczebność – 67,8;  $f_i = r = 0,141$

*Ciąg dalszy tabeli na stronie następnej*

Statystyka ufności	Wartość	Granica 95% przedziału ufności	
		Dolna	Górna
Oszacowanie relatywnego ryzyka choroby vs szansa niezachorowania (lata 80. w stosunku do r. 2001):			
Kontrola przypadków*	2,01198 <sup>^</sup>	1,47754	2,73974
Kohorta (ryzyko choroby)**	1,58279 <sup>^</sup>	1,30670	1,91721
Kohorta (szansa niezachorowania)***	0,78668 <sup>^</sup>	0,69736	0,88710

\* relatywne ryzyko choroby/iloraz szansy niezachorowania 1,58/0,79 = 2,01

\*\* w polach powyższej tabeli: 42,4%/26,8% = 1,58

\*\*\* w polach powyższej tabeli: 57,6%/73,2% = 0,78

<sup>^</sup> wartość różni się od 1,0 istotnie statystycznie poniżej poziomu  $p_i = 0,05$

Tabela 3

**Rozkład liczebności przypadków występowania i braku depresji u trzynastoletnich chłopców w latach 1984 i w 2001 r.**

Chłopcy		Depresja		Razem
		jest	brak	
Populacja w 1984 r.	N	55	195	250
	%	22,0	78,0	100,0
Populacja w 2001 r.	N	179	618	797
	%	22,5	77,5	100,0
Razem	N	234	813	1047
	%	22,3	77,7	100,0

Chi <sup>2</sup>	Wartość	d.f.	$p_i$
Klasyczny (Pearsonsa)	0,02313	1	0,87913
Z poprawką na ciągłość	0,00423	1	0,94812
Probabilistyczny	0,02318	1	0,87898

minimalna oczekiwana liczebność – 55,874;  $f_i = r = 0,004$

Statystyka ufności	Wartość	Granica 95% przedziału ufności	
		Dolna	Górna
Oszacowanie relatywnego ryzyka choroby vs szansa niezachorowania (lata 80. w stosunku do r. 2001):			
Kontrola przypadków	0,97379 n.s.	0,69147	1,37137*
Kohorta (ryzyko choroby)	0,97955 n.s.	0,75026	1,27893*
Kohorta (szansa niezachorowania)	1,00592 n.s.	0,93259	1,08502*

\* Ponieważ 1,0 znajduje się w granicach przedziału ufności, nie można na poziomie  $p_i = 0,05$  odrzucić hipotezy, że uzyskane wartości relatywnego ryzyka (szansy) i kontroli przypadków równe są 1,0, a więc takie same przy rozważanym warunku (wcześniejsza populacja), jak i warunku go dopełniającym (późniejsza populacja).

W 1984 roku stwierdzono nasilenie objawów depresyjnych niemal dwukrotnie większe wśród trzynastoletnich dziewcząt niż chłopców (tabela 4). W roku 2001 proporcja ta wyraźnie się zmniejszyła, ale różnica między płciami pozostała statystycznie znacząca (tabela 5). Przedziały ufności stosunku relatywnego ryzyka depresji w analizowanych tabelach nie zachodzą na siebie, co wskazuje na statystycznie istotną różnicę między kohortami z obu okresów (porównanie tabel 4 i 5).

Tabela 4

**Rozkład liczebności przypadków występowania i braku depresji u trzynastoletnich dziewcząt i chłopców w 1984 r.**

Płeć		Depresja		Razem
		jest	brak	
Dziewczęta	N	95	129	224
	%	42,4	57,6	100,0
Chłopcy	N	55	195	250
	%	22,0	78,0	100,0
Razem	N	150	324	474
	%	31,6	68,4	100,0

Chi <sup>2</sup>	Wartość	d.f.	p <sub>i</sub>
Klasyczny (Pearsonsa)	22,75341	1	0,00000
Z poprawką na ciągłość	21,81961	1	0,00000
Probabilistyczny	22,90895	1	0,00000

minimalna oczekiwana liczebność – 70,9;  $f_i = r = 0,219$

Statystyka ufności	Wartość	Granica 95% przedziału ufności	
		Dolna	Górna
Oszacowanie relatywnego ryzyka choroby vs szansa niezachorowania (dziewczęta w stosunku do chłopców):			
Kontrola przypadków *	2,61099 <sup>^</sup>	1,75073	3,89397
Kohorta (ryzyko choroby) **	1,92776 <sup>^</sup>	1,45862	2,54778
Kohorta (szansa niezachorowania)***	0,73832 <sup>^</sup>	0,64816	0,84103

\* relatywne ryzyko choroby/iloraz szansy niezachorowania:  $1,93/0,74 = 2,61$

\*\* w polach powyższej tabeli:  $42,4\%/22,0\% = 1,93$

\*\*\* w polach powyższej tabeli:  $57,6\%/78,0\% = 0,74$

<sup>^</sup> wartość różni się od 1,0 istotnie statystycznie poniżej poziomu  $p_i = 0,05$

Tabela 5

**Rozkład liczebności przypadków występowania i braku depresji  
u trzynastoletnich dziewcząt i chłopców w 2001 r.**

Płeć		Depresja		Razem
		jest	brak	
Dziewczęta	N	209	571	780
	%	26,8	73,2	100,0
Chłopcy	N	179	618	797
	%	22,5	77,5	100,0
Razem	N	388	1189	1577
	%	24,6	75,4	100,0

Chi <sup>2</sup>	Wartość	d.f.	p <sub>i</sub>
Klasyczny (Pearsonsa)	3,99466	1	0,04565
Z poprawką na ciągłość	3,76435	1	0,05236
Probabilistyczny	3,99699	1	0,04558

minimalna oczekiwana liczebność – 191,909;  $f_i = r = 0,050$

Statystyka ufności	Wartość	Granica 95% przedziału ufności	
		Dolna	Górna
Oszacowanie relatywnego ryzyka choroby vs szansy niezachorowania (dziewczęta w stosunku do chłopców):			
Kontrola przypadków *	1,26370 <sup>^</sup>	1,00431	1,59010
Kohorta (ryzyko choroby) **	1,19305 <sup>^</sup>	1,00303	1,41906
Kohorta (szansa niezachorowania)***	0,94409 <sup>^</sup>	0,89217	0,99902

\* relatywne ryzyko choroby/iloraz szansy niezachorowania:  $1,19/0,94 = 1,26$

\*\* w polach powyższej tabeli:  $26,8\%/22,5\% = 1,19$

\*\*\* w polach powyższej tabeli:  $73,2\%/77,5\% = 0,94$

<sup>^</sup> wartość różni się od 1,0 istotnie statystycznie poniżej poziomu  $p_i = 0,05$

Tendencja do depresji w latach 1984 i 2001 (w świetle analizy rozkładów liczebności w przedziałach niskich, średnich i wysokich wyników stenowych IO „B1”) przedstawiają tabele 6 i 7. Z analizy tych tabel oraz wielkości statystyk zamieszczonych pod nimi można wnosić, że w 1984 roku rozkład liczebności w poszczególnych przedziałach wyników stenowych tendencji do depresji wykazywał u chłopców trend malejący, natomiast u dziewcząt trend ten był rosnący.

W 2001 roku u chłopców analizowany trend był analogiczny do tego z roku 1984, natomiast w badanej grupie dziewcząt był on krzywoliniowy z największą liczebnością w przedziale stenów 5 do 6, a najmniejszą w przedziale 7 do 10.

Tabela 6

**Płeć a tendencja do depresji w 1984 r.**

Płeć	IO <sub>„B1”</sub> . Wynik w stenach			Razem	% w kolumnach
	1–4	5–6	7–10		
Chłopcy	N	104	91	55	250
	%	41,6	36,4	22,0	100,0
Dziewczęta	N	56	73	95	224
	%	25,0	32,6	42,4	100,0
Razem	N	160	164	150	474
	%	33,8	34,6	31,6	

Test Chi<sup>2</sup> związku liniowego Mantela–Haenszela = 24,709, d.f. = 1,  $p_i < 0,000005$   
 Tau c Kendalla = 0,248 ( $p_i < 0,001$ , test bezkierunkowy, z uwzględnieniem asymptotycznego błędu standardowego)

Tabela 7

**Płeć a tendencja do depresji w roku 2001**

Płeć	IO <sub>„B1”</sub> . Wynik w stenach			Razem	% w kolumnach
	1–4	5–6	7–10		
Chłopcy	N	355	263	179	797
	%	44,5	33,0	22,5	100,0
Dziewczęta	N	269	302	209	780
	%	34,5	38,7	26,8	100,0
Razem	N	624	565	388	1577
	%	39,6	35,8	24,6	

Test Chi<sup>2</sup> związku liniowego Mantela–Haenszela = 13,173, d.f. = 1,  $p_i < 0,00028$   
 Tau c Kendalla = 0,102 ( $p_i < 0,001$ , test bezkierunkowy)

Tabela 8

**Populacja a tendencja do depresji u trzynastoletnich dziewcząt**

Populacja	IO <sub>„B1”</sub> . Wynik w stenach			Razem	% w kolumnach
	1–4	5–6	7–10		
Rok 1984	N	56	73	95	224
	%	25,0	32,6	42,4	100,0
Rok 2001	N	269	302	209	780
	%	34,5	68,7	26,8	100,0
Razem	N	325	375	304	1004
	%	32,4	37,4	30,3	

Test Chi<sup>2</sup> związku liniowego Mantela–Haenszela = 17,499 d.f. = 1,  $p_i = 0,0003$   
 Tau c Kendalla = 0,119 ( $p_i < 0,001$  test bezkierunkowy z uwzględnieniem asymptotycznego błędu standardowego)

Tabela 9

**Populacja a tendencja do depresji u trzynastoletnich chłopców**

Populacja	IO <sub>B1</sub> " Wynik w stenach			Razem	% w kolumnach
	1–4	5–6	7–10		
Rok 1984 N	104	91	55	250	
%	41,6	36,4	22,0	100,0	23,9
Rok 2001 N	355	263	179	797	
%	44,5	33,0	22,5	100,0	76,1
Razem N	459	354	234	1047	
%	43,8	33,8	22,3		100,0

Test Chi<sup>2</sup> związku liniowego Mantela–Haenszela = 0,190, d.f. = 1, p<sub>1</sub> = 0,66263  
 Tau c Kendalla = 0,015 (n.s.)

Porównanie kohort z lat 1984 i 2001 pozwoliło stwierdzić bardzo wyraźną i statystycznie istotną różnicę w populacjach dziewcząt, przy braku takiej różnicy w populacjach chłopców. Nasilenie tendencji do depresji wyraźnie zmniejszyło się w roku 2001, w porównaniu z rokiem 1984.

**Dyskusja i wnioski**

Porównanie RM rozpowszechnienia depresyjności wśród trzynastoletków (młodzieży w środkowej fazie dorastania) w roku 1984 (31,6%) i w roku 2001 (24,6%) wskazuje na jej mniejsze rozpowszechnienie w 2001 roku. Ten blisko siedmioprocentowy spadek wyjaśnia statystycznie istotne obniżenie się częstości stwierdzania depresyjności u dziewcząt. Rozpowszechnienie depresyjności wśród chłopców w porównywanych okresach badania nie uległo zmianie (22% vs 22,5%). Różnica między częstością występowania depresyjności wśród dziewcząt w populacji z 1984 roku i populacji z 2001 roku jest wysoko istotna statystycznie i wynosi 15,6%!

W latach osiemdziesiątych depresyjność stwierdzano 2 razy częściej wśród dziewcząt niż wśród chłopców. Różnica ta zmniejszyła się w 2001 roku znacząco, nadal jednak zjawisko to występowało częściej u dziewcząt (1,19 razy) niż u chłopców.

Interpretację uzyskanych wyników można podejmować w dwóch wymiarach:

- 1 – różnic między płciami w podatności na występowanie dysfunkcji psychicznych,
- 2 – znaczenia różnic w sytuacji makrospołecznej między rokiem 1984 a rokiem 2001.

Większe rozpowszechnienie depresyjności wśród dziewcząt w środkowej fazie dorastania potwierdza obserwacje o niewyjaśnionym dostatecznie zjawisku zwiększania się podatności kobiet na występowanie zaburzeń psychicznych po okresie pokwitania. Spadek rozpowszechnienia depresyjności wśród trzynastoletków, a w szczególności wyraźny spadek zjawiska u dziewcząt podważa hipotezę wcześniejszą [18] o niezależności depresji w średniej fazie adolescencji od wpływu czynników zewnętrznych, w tym makrospołecznych.



Trzeba także wziąć pod uwagę zmiany tempa i przebiegu dorastania. Należałoby jednak oczekiwać, że wpływ trendu sekularnego (coraz wcześniejszy początek dorastania) winien się wyrażać raczej w wyraźniejszej przewadze częstości występowania zaburzeń u dziewcząt po okresie pokwitania.

Zmniejszenie się wskaźników depresyjności można również tłumaczyć lepszym funkcjonowaniem rodzin w obecnej sytuacji społecznej.

Wyjaśnienia uzyskanych wyników porównawczych można się spodziewać w perspektywnym longitudinalnym badaniu przebiegu dorastania.

### **Сравнение распространения депрессии среди 13-летней молодежи краковских школ 7–9 классов в 1984 и 2001 годах**

#### **Содержание**

Показатели распространения депрессивных нарушений различны и зависят от способа их определения, а также от применяемых исследовательских методов. Те исследования, которые могут быть сравнимы, показывают, что появление депрессии зависит от макросоциальной ситуации и фазы adolescence.

**Задание.** Исследование проведено с точки зрения определения изменений в распространении депрессии в средней фазе adolescence между 1984 и 2001 годами. Принят тезис, что макросоциальная ситуация в Польше изменилась в последних 17 годах.

**Метод.** В 2001 году репрезентативная проба популяции 13-летних подростков краковских школ была обследована глоссарием 10 "B1". Полученные результаты были сравнены с исследованием, проведенном тем же методом в 1984 году.

**Результаты.** Показатель распространения депрессии в 2001 году был ниже, чем в 1984 году (24,6% и 31,6%). Это обстоятельство было вызвано исключительно значительным уменьшением распространения депрессии среди девочек (26,8% в 2001 году и 42,2% в 1984 году).

**Выводы.** Полученные результаты позволяют на интерпретацию явления как результат макросоциальных изменений. Иные гипотезы, например изменения темпа и течения возрастания требуют проспективных длительных исследований.

### **Vergleich der Verbreitung der Depression in der Population der 13-jährigen Schüler der Krakauer Post-Grundschulen in den Jahren 1984 und 2001**

#### **Zusammenfassung**

Die Indizes der Verbreitung der depressiven Störungen sind in Abhängigkeit von den Unterschieden in ihrer Definierung und angewandten Studienmethoden verschieden. Diese Studien, die sich vergleichen lassen, zeigen, dass das Auftreten der Depression von der makrosozialen Situation und Adoleszenzphase abhängt.

**Ziel.** Die Studie hatte am Ziel die Bestimmung der Änderung in der Verbreitung der Depression in der mittleren Adoleszenzphase zwischen 1984 und 2001. Man nahm an, dass sich die makrosoziale Situation in Polen in den letzten 7 Jahren geändert hatte.

**Methode.** 2001 wurde eine repräsentative Gruppe der Population der 13-jährigen Adoleszenten der Krakauer Schulen mit dem Fragebogen IO "B1" untersucht. Die erzielten Ergebnisse wurden mit der Studie verglichen, die 1984 mit derselben Methode durchgeführt wurde.

**Ergebnisse.** Der Index der Verbreitung der Depression 2001 war niedriger als 1984 (24,6% versus 31,6%). Das wurde nur mit der Senkung der Verbreitung der Depression unter den Mädchen verursacht (26,8% versus 42,2%).

**Schlussfolgerungen.** Die erzielten Ergebnisse lassen die Erscheinung als Ergebnis der makrosozialen Veränderungen interpretieren. Andere Hypothesen, zB. Veränderung im Tempo und Verlauf des Erwachsenwerdens erfordern prospektive longitudinale Studien.

### La comparaison de la fréquence d'apparition de la dépression dans la population des enfants de 13 ans des écoles de Cracovie au cours des années 1984-2001

#### Résumé

Les indices de la fréquence d'apparition de la dépression diffèrent et ils dépendent des différences de leurs définitions et des méthodes appliquées. Ces recherches qui se prêtent à la comparaison indiquent que la fréquence de la dépression dépend de la situation macrosociale et de la phase de l'adolescence.

**Objectif.** Cet analyse vise à déterminer les changements de la fréquence d'apparition de la dépression pendant la phase centrale de l'adolescence (années 1984–2001). On admet que la situation macrosociale a changé durant les derniers 17 ans en Pologne.

**Méthode.** En 2001 le groupe représentatif de la population des adolescents de 13 ans de Cracovie est examiné avec le questionnaire OI « B1 ». Les résultats obtenus sont comparés avec les résultats d'examen analogue de 1984.

**Résultats.** En 2001 l'indice de la fréquence d'apparition de la dépression est moins élevé que celui de 1984 (24,6% versus 31,6 %). Cela résulte avant tout de la diminution de la fréquence de la dépression des jeunes filles (26,8% versus 42,2%).

**Conclusions.** Ces résultats permettent interpréter ce phénomène comme suite des changements macrosociaux, les autres hypothèses par ex. concernant le changement de vitesse ou cours de la maturation exigent d'autres recherches prospectives de long terme.

#### Piśmiennictwo

1. Roberts RE, Attkinon C, Rosenblatt A. *Prevalence of psychopathology among children and adolescents*. Am. J. Psychiatry 1998; 155, 715–725.
2. Simonoff E, Pickles A, Meyer JM. *The Virginia twin study of adolescent behavioral development: influence of age, sex and impairment on rates of disorder*. Arch. Gen. Psychiatry 1977; 54, 801–808.
3. Brenton JJ, Bergeon L, Valla JP. *Quebec child mental health survey: prevalence of DSM-III-R mental health*. J. Child Psychol. Psychiatry 1999; 40, 375–384.
4. Fleming JE, Offord DR, Boyle MH. *Prevalence of childhood and adolescent depression in the community: Ontario child health study*. Brit. J. Psychiatry 1989; 155, 647–654.
5. Cohen P, Cohen J, Kasen S. *An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence. I. Age and gender-specific prevalence*. J. Child Psychol. Psychiatry 1993; 34, 851–867.
6. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. *Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors and clinical implications*. Clin. Psychol. Rev. 1998; 18: 765–794.
7. Olsson GI, von Knorring AL. *Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students*. Acta Psychiatr. Scand. 1999; 99, 324–331.
8. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. *Puberty and depression: the roles of the, pubertal status and pubertal timing*. Psychol. Med. 1998; 28, 51–61.
9. Rutter M, Tizard J, Whitmore K. *Education, health and behaviour. Psychological and medical study of childhood development*. London: Wiley; 1970.
10. Rutter M. *Isle of Wight studies, 1964–1974*. Psychol. Med. 1976; 6: 313–332.
11. Bomba J. *Psychopatologia i przebieg depresji u młodzieży*. Psychoter. 1981; 39: 3–12.
12. Bomba J. *Rozpowszechnienie i obraz depresji u młodzieży szkolnej*. Psychoter. 1985; 4: 7–18.
13. Bomba J, Badura W, Bielska A, Domagalska-Kurdziel E, Gardziel A, Izdebski R, Józefik B, Kwiatkowski R, Lebedowicz H, Pietruszewski K, Szelerewicz L, Wolska M, Zyblikiewicz D. *Rozpowszechnienie i obraz depresji u dzieci i młodzieży w świetle bezpośrednich badań populacji nieleczonej*. Psychiatr. Pol. 1986; 20, 3: 184–189.

14. Bomba J. *La depression chez l'adolescent. Etude psychologique et epidemiologique*. Confront. Psychiatriq. 1988; 29: 161–184.
15. Bomba J. *Children during political changes*. W: Hattab JY, red. *Ethics and child mental health*. 1994, s. 34–42.
16. Witkowska-Ulatowska H. *Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. Przegląd badań*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej 2000, red. Namysłowska I. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. 137–144.
17. Witkowska-Ulatowska H. *Zaburzenia psychiczne o obrazie zespołu depresyjnego w nieleczonej populacji młodzieży klas VII szkół warszawskich*. IPN; 1995. Praca doktorska.
18. Bomba J, Kurzydło B. *Przebieg rozwoju biologicznego i społecznego a występowanie zaburzeń psychicznych o obrazie depresyjnym u dzieci i młodzieży*. Psychiatr. Pol. 1990; 24, 4: 7–14.

Otrzymano: 10.06.2005  
Zrecenzowano: 28.08.2005  
Przyjęto do druku: 7.01.2006

Adres: Renata Modrzejewska  
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży  
Katedry Psychiatrii CM UJ  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21