

## Prospektywne badanie dynamiki depresji u dzieci między preadolescencją a wczesną fazą dorostania\*

### Prospective studies on dynamics of depression from preadolescence to early adolescence

Jacek Bomba, Renata Modrzejewska

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

#### Summary

**Aim.** The aim of the study is to evaluate the changes in prevalence and dynamics of depression during puberty. It was conducted in prospective studies in a representative group of large-town primary school students.

**Method.** A group of 1993, 10 year-old students were chosen in a two-stage draw. They were studied with the Karków Depression Inventory (KID) in the subsequent years 2001, 2002, 2003.

**Results.** The point prevalence of depression was respectively 29%, 30% and 26% for 10, 11 and 12 year-olds. The spread-out rate of depressive disorder was relatively stable.

**Conclusions.** Depression is more common in pre-adolescent boys than girls. The dynamics of the disorder, when studied in these three years show that depression is a disorder with a very unequivocal course amongst the preadolescents.

*Słowa kluczowe:* depresja u dzieci i młodzieży, badania epidemiologiczne zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży

*Key words:* child and adolescent depression, epidemiology of mental disorders in childhood and adolescence

Badania nad zaburzeniami psychicznymi o obrazie depresyjnym w ostatnich latach przynoszą informacje o ich znacznym rozpowszechnieniu we wszystkich okresach życia. Obserwacje oparte na badaniach epidemiologicznych, prowadzonych w populacji nieleczonej [1, 2, 3], oraz w różnych grupach reprezentatywnych osób korzystających z leczenia, wskazują na zmianę proporcji częstości występowania depresji, zależną od płci, między dzieciństwem a dorosłością [4, 5]. Zjawisko to nie jest obce psychiatrom i stanowi podstawę formułowania hipotez o udziale różnych czynników uczestniczących w kształtowaniu płci (od wpływu hormonów płciowych do wpływu czynników społeczno-kulturowych) na występowanie zaburzeń psychicznych, m.in. depresji. Współczesne klasyfikacje zaburzeń psychicznych (ICD-10, DSM-IV) są z założenia

\* Badania wykonano w ramach programu sponsorowanego przez KBN nr 3 PO5D 039 22

tymczasowe. Pojawiające się w dzieciństwie i dorastaniu zaburzenia o obrazie depresyjnym zaliczane są w nich bądź do kategorii zaburzeń afektywnych, zaburzeń zachowania i emocji, zaburzeń somatogennych, bądź posttraumatycznych – zależnie od kontekstu pojawiania się depresji. Uzasadnia to przyjęcie w badaniach podejścia anozologicznego i traktowanie depresji (zamiennie określanej jako depresyjność) jako zespołu objawów.

Celem przedstawianego opracowania było poszukiwanie danych, które pozwoliłyby odpowiedzieć na pytania o zmienność depresji pojawiającej się u dzieci wchodzących w okres pokwitania i adolescencji. Zakładano, że zgodnie z wcześniejszymi obserwacjami [3, 4, 6] wskaźnik rozpowszechnienia depresji będzie wzrastał w okresie adolescencji (w porównaniu z dzieciństwem), oraz że wzrost ten będzie wyraźniejszy wśród dziewcząt niż wśród chłopców. Oczekiwano też, że będzie on następował wcześniej u dziewcząt w związku z ich wcześniejszym pokwitaniem.

Ponieważ badania prospektywne dzieci z grup ryzyka [4] wskazują na możliwość utrzymywania się depresji od wczesnego wieku szkolnego do dorastania, przewidywano także możliwość przewlekłego utrzymywania się depresji. Przyjmuje się także, że proces dojrzewania płciowego oraz dorastania psychicznego i społecznego może sprzyjać pojawieniu się depresji u dzieci wcześniej niedepresyjnych oraz bez identyfikowalnych czynników ryzyka wystąpienia depresji [7, 8].

### Metoda badań

Zaplanowano prospektywne badanie reprezentatywnej próby populacyjnej uczniów podstawowych szkół wielkomiejskich. W 2001 r., metodą dwustopniowego losowania, wybrano grupę 1993 uczniów klas IV szkół podstawowych (10-latków). Wybraną próbę populacyjną badano trzykrotnie, w 2001, 2002 i 2003 r., stosując Krakowski Inwentarz Depresyjny (KID). KID jest kwestionariuszem obejmującym zestaw objawów depresji (zaburzeń nastroju, lęku, zaburzeń poznawczych, zaburzeń aktywności, autodestrukcji, objawów somatycznych) charakterystycznych dla preadolescentów i adolescentów we wczesnej, średniej i późnej fazie dorastania. Został opracowany w trzech wersjach, odpowiednio: AO „B1” dla rodziców dzieci w wieku około 10 lat, IO „B1” dla młodzieży w wieku 13–15 lat oraz IO „C1” dla młodzieży powyżej 16 roku życia. Dla zachowania wartości opisowej narzędzia zostawiono w nim pytania o małej mocy dyskryminacyjnej. Trafność diagnostyczna KID w badaniach przesiewowych odpowiada trafności kwestionariusza Becka dla młodzieży. W pierwszych dwóch badaniach posłużono się wersją KID AO „B1”. W trzecim badaniu użyto wersji KID IO „B1”. Obie wersje KID obejmują taki sam zestaw przejawów depresji modyfikowany ze względu na dynamikę rozwoju indywidualnego. KID zawiera pytania o obecność objawów w miesiącu poprzedzającym badanie, jednak niektóre z nich (np. dotyczące autoagresji, zwłaszcza prób samobójczych) z natury rzeczy wymuszają refleksję obejmującą dłuższy czas niż wymieniony w instrukcji testu. Wyniki KID oceniane są według skali stenowej. Współczynniki rzetelności KID wynoszą odpowiednio: AO „B1” –  $r_{tt} = 0,9067$ ; IO „B1” –  $r_{tt} = 0,9379$ , a trafność diagnostyczna oceniana na podstawie współczynnika korelacji punktowo-dwuseryjnej – AO „B1” = 0,5930, IO „B1” = 0,5344.

### Grupa badana

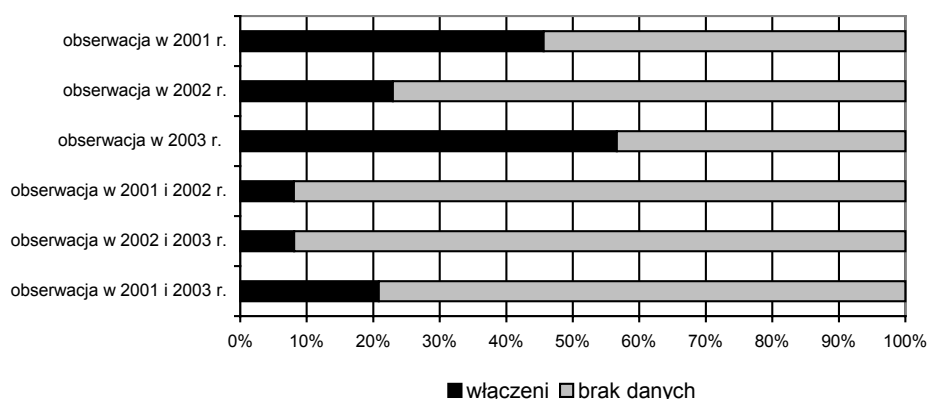
Wśród obecnych na wywiadówkach rodziców dzieci z wylosowanych w 2001 roku szkół i klas zebrano wypełnione dwukrotnie egzemplarze KID (w 2001 i 2002 r.). Liczba uczniów w tych klasach wynosiła 1993 – w 2003 roku wypełnili oni egzemplarze KID w wersji IO „B1”. Zgodnie z oczekiwaniami odsetek wypełnionych i zwróconych kwestionariuszy był wyższy w ostatnim roku badania (tab.1).

Tabela 1

**Próba populacyjna i liczba zebranych informacji**

Rok	Liczebność losowej próby	Liczba zwróconych wypełnionych arkuszy KID	%
I – 2001	1993	912	45,76
II – 2002	1993	459	23,03
III – 2003	1993	1126	56,50

Interpretacja przez rodziców badanych uczniów przepisów ustawy o ochronie danych osobowych spowodowała, iż część z nich nie podała danych identyfikacyjnych dziecka. Procent badanych uczniów (N = 1993 przyjęto za 100%), których wyniki posłużyły do oceny rozpowszechnienia depresji w kolejnych latach oraz tych, u których można było prześledzić dynamikę depresyjności, przedstawiono na rysunku 1.

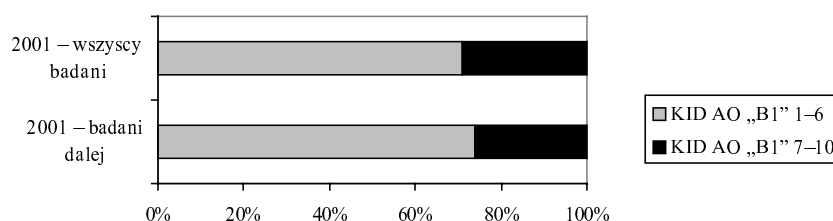


Rys. 1. Kompletne dane uzyskane w badaniu próby populacyjnej w 2001, 2002 i 2003 r.

Rozpowszechnienie depresji w latach 2001 i 2003 można było ocenić na podstawie analizy informacji o prawie połowie z zaplanowanej próby populacyjnej, a w 2002 roku o prawie 1/4 próby. Do analizy dynamiki można było wykorzystać informacje o grupie znacznie mniejszej i stanowiącej nieco poniżej 10% próby populacyjnej w przypadku lat 2001 i 2002 oraz 2002 i 2003, a około 20% w przypadku porównania roku 2001 z 2003. Przyjęty wzór badań wymuszał naturalność grupy, badanej prospektywnie przez 3 lata.

Przeprowadzono porównanie rozkładu wyników KID w całej zbadanej w 2001 r. grupie 10-latków i w tej, w której można było śledzić dynamikę depresyjności. Wskaź-

nik punktowy rozpowszechnienia depresji u 10-latków w 2001 r. – 29% – okazał się nieznacznie wyższy niż, w tym samym roku, w tej części próby, w której można było śledzić dynamikę depresyjności – 26% (rys.2).



Rys. 2. Rozpowszechnienie depresji w 2001 r. w populacji 10-latków

### Rozpowszechnienie depresji w populacji preadolescentów i adolescentów we wczesnej fazie dorastania

Ocenę punktowego wskaźnika rozpowszechnienia depresji przeprowadzono, opierając się na przesiewowej diagnozie depresji ustalonej na podstawie wyniku KID  $\geq 7$ . Oceny dokonywano w tej samej reprezentatywnej grupie uczniów szkół podstawowych w latach 2001 (IV kl.), 2002 (V kl.) i 2003 (VI kl.). Wyniki zestawiono w tabeli 2 oraz na rysunku 3.

Tabela 2

#### Rozpowszechnienie depresji w populacji 10-11 i 12-latków

Rok badania	2001				2002				2003			
Wiek	10				11				12			
	Depresyjni		Niedepresyjni		Depresyjni		Niedepresyjni		Depresyjni		Niedepresyjni	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chłopcy	158	33,3	317	66,7	73	29,9	171	70,1	139	22,7	474	77,3
Dziewczęta	108	24,7	329	75,3	64	29,8	151	70,2	151	29,3	365	70,7
Razem	266	29,2	646	70,8	137	29,8	322	70,2	290	25,7	839	74,3

Różnice w rozpowszechnieniu depresji między chłopcami a dziewczętami w latach 2001, 2002 i 2003:

Dla 2001:  $\chi^2$  Pearsona = 8,052;  $df = 1$ , istotność symptotyczna = 0,005

Dla 2002:  $\chi^2$  Pearsona = 0,001;  $df = 1$ , istotność symptotyczna = 0,972

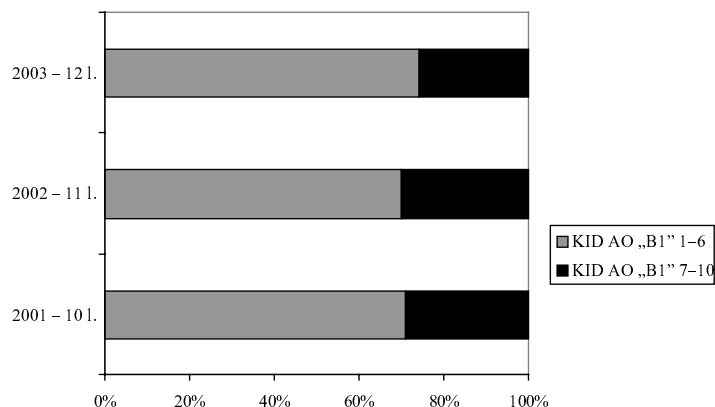
Dla 2003:  $\chi^2$  Pearsona = 6,371;  $df = 1$ , istotność symptotyczna = 0,012

Różnice w rozpowszechnieniu depresji w latach 2001, 2002 i 2003 dla chłopców:

$\chi^2$  Pearsona = 15,636;  $df = 2$ , istotność asymptotyczna < 0,0005

Różnice w rozpowszechnieniu depresji w latach 2001, 2002 i 2003 dla dziewcząt:

$\chi^2$  Pearsona = 3,036;  $df = 2$ , istotność asymptotyczna = 0,219

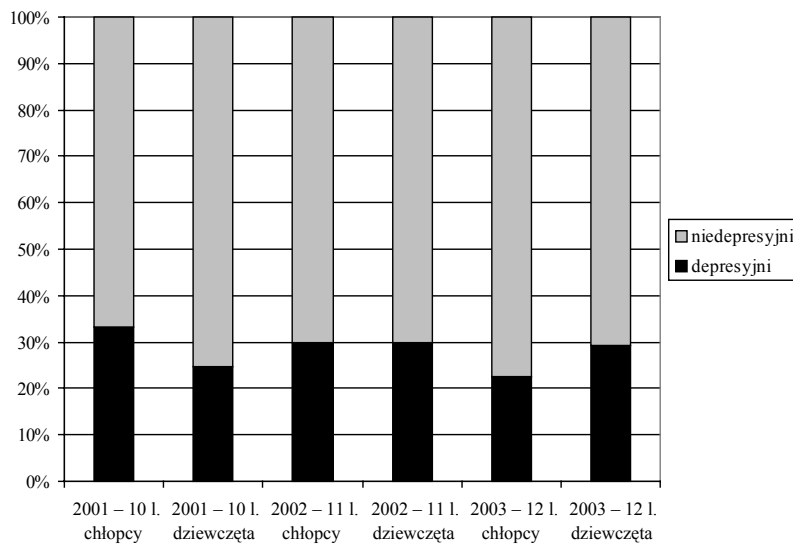


Rys. 3. Rozpowszechnienie depresji w 2001, 2002 i 2003 r. w populacji 10-, 11- i 12-latków

Punktowy wskaźnik punktowego rozpowszechnienia depresji w próbie populacyjnej, badanej kolejno w 10, 11 i 12 roku życia, był zbliżony i wynosił w 2001 r. 29%, 2002 – 30%, a w 2003 – 26%.

### Depresja a płeć

Wyniki wcześniejszych badań [1, 4, 6] wskazywały na większe rozpowszechnienie depresji wśród chłopców niż wśród dziewcząt przed okresem pokwitania i większe wśród dziewcząt niż wśród chłopców później. Dla sprawdzenia tej prawidłowości przeprowadzono porównanie zależności między występowaniem depresji a płcią, w tej samej próbie populacyjnej, w kolejnych latach. Wyniki przedstawiono w tabeli 2 i na rysunku 4.



Rys. 4. Rozpowszechnienie depresji a płeć

Wskaźniki punktowe rozpowszechnienia depresji u chłopców i dziewcząt, w tej samej próbie z populacji ogólnej, wskazują na oczekiwane tendencje do spadku, w odstępach rocznych, częstości jej występowania wśród chłopców między 11 a 12 rokiem życia i wzrostu jej częstości wśród dziewcząt między 10 a 11 rokiem życia, czyli w miarę przechodzenia od dzieciństwa przez preadolescencję do wczesnej fazy adolescencji (w analizie logliniowej istotna interakcja depresja x płeć x rok:  $z = 3,78$ ,  $p < 0,01$ ).

### Dynamika depresji między 10 a 12 rokiem życia

Prześledzono zmiany w poziomie nasilenia objawów depresyjnych między kolejnymi etapami badania: w 2001 r. kiedy badani mieli średnio 10 lat, 2002 – kiedy mieli 11, i w 2003 – gdy mieli 12 lat. Ze względu na szczególnie dużą liczbę odmów podania danych personalnych dziecka w 2002 r., zrezygnowano z oceny dynamiki depresyjności między 2002 a 2003 rokiem. Ostatecznie analizy obejmują zmiany między 10 a 11 r. ż. oraz 10 a 12 r. ż. W objętej tą analizą grupie uczniów, opierając się na zmienności wyniku KID, wyróżniono cztery podgrupy różniące się dynamiką depresji:

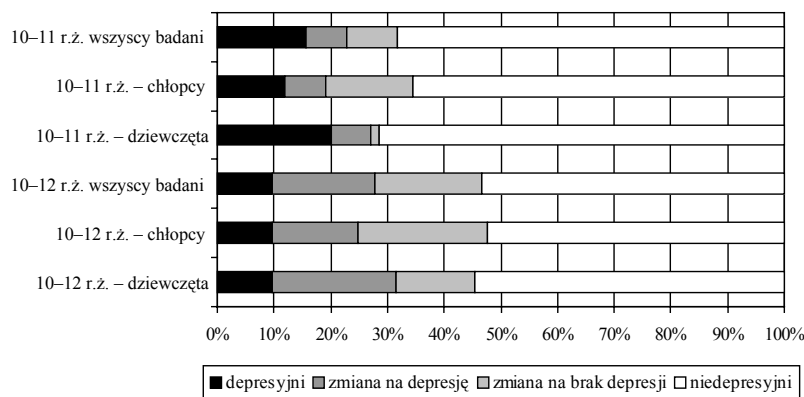
A – największą podgrupę uczniów, zarówno dziewcząt, jak i chłopców, u których w żadnym z etapów badania nie stwierdzono wyniku KID  $\geq 7$ ;

B – podgrupę uczniów, u których wynik KID  $\geq 7$ , a więc wskazujący na obecność depresji, stwierdzano w obu zestawianych etapach badania;

C – podgrupę uczniów, u których depresji obecnej w 10 r. ż. nie stwierdzano na podstawie wyniku KID w 11 lub 12 r. ż.;

D – podgrupę uczniów, u których wynik drugiego badania KID wskazywał na depresję, chociaż nie stwierdzano jej w pierwszym badaniu.

Proporcje udziału tak wyróżnionych podgrup w grupie, której wyniki można było indywidualnie zidentyfikować i porównać, przedstawia rys. 5.



Rys. 5. Zmienność depresyjności między 10, 11 a 12 r.ż.

Między 10 a 11 rokiem życia 68% badanych nie wykazywało objawów wskazujących na obecność depresji. Odsetek dziewcząt (20%), u których w tym czasie dwukrotnie rozpoznawano depresję, był wyższy niż odsetek chłopców z dwukrotną

diagnozą depresji (12%). Wśród chłopców znacznie wyższy niż wśród dziewcząt był udział tych, u których depresja ustąpiła (15%). Podobny udział w grupie chłopców i dziewcząt stanowili uczniowie, u których depresja pojawiła się dopiero w 11 r. ż. (7%). Między chłopcami a dziewczętami depresyjnymi uwidoczniły się różnice w liczebnościach trzech depresyjnych grup (interakcja płeć x grupa w analizie logliniowej:  $z = 2,65, p < 0,05$ ).

Przy porównaniu utrzymywania się depresji między 10 a 12 rokiem życia – odstęp ten przyjęliśmy jako okres przejścia do wczesnej adolescencji – odsetek dziewcząt (54%) i chłopców (52%), u których dwukrotnie potwierdzono brak depresji, był zbliżony i przekraczał połowę badanej grupy. Mniejszy u obu płci okazał się też odsetek tych, których wyniki dwukrotnie wskazywały na depresję (10%). Większa, zwłaszcza wśród dziewcząt (22% vs 15% u chłopców) była grupa tych, u których depresja pojawiła się w 12 r. ż. Natomiast wśród chłopców (23% vs 14% u dziewcząt) wyraźnie większa była procentowa obecność tych, u których depresja ustąpiła. Rozkłady procentowe uczniów depresyjnych tylko w roku 2001 oraz tylko w 2003 statystycznie istotnie różniły się ( $z = 2,54, p < 0,05$ ).

### Dyskusja

Niewielkie zmiany punktowego wskaźnik rozpowszechnienia depresji, ocenianego w kolejnych trzech latach, w tej samej próbie populacyjnej wskazują na względną stałość częstości występowania badanych zaburzeń. Należy jednak wziąć pod uwagę, że wynik ten może pozostawać w związku z właściwościami KID i naturą skali służącej do screeningowej diagnozy depresji, oraz ze stosunkowo liczną próbą populacyjną objętą badaniem.

Znacznie ciekawsze wydaje się potwierdzenie zmiany proporcji płci wśród tych badanych, u których rozpoznano depresję. Jest to zgodne z wcześniejszymi obserwacjami innych badaczy oraz wynikami badań własnych zespołu i wskazuje na to, że w okresie przed pokwitaniem depresja częstsza jest u chłopców, a od okresu dorastania u dziewcząt.

Interesujące wyniki odnoszą się do dynamiki depresji w badanej grupie. Między dzieciństwem (10 r. ż.) a wczesną fazą adolescencji u części badanych depresja utrzymuje się. U połowy badanych – w ogóle się nie pojawia. W okresie przejścia od dzieciństwa do dorastania pojawia się u chłopców i dziewcząt, przy czym znacznie częściej u dziewcząt. Wyraźnie wyodrębnia się też grupa dzieci depresyjnych, u których zaburzenie ustępuje w okresie wchodzenia w dorastanie, co częściej stwierdzano u chłopców.

W tym miejscu należy przypomnieć, że porównania oceny depresyjności w 10 i 11 r. ż. dokonywano na podstawie wyników KID w wersji AO „B1”, która jest arkuszem obserwacyjnym wypełnianym przez rodziców, a w 12 r. ż. – na podstawie wyników KID IO „B1”, wypełnianego przez samych badanych. Co prawda struktura obu wersji KID jest jednakowa [1], niemniej jednak należy wziąć pod uwagę możliwość wpływu ocen rodziców – innych, jeśli chodzi o córki, innych, gdy dotyczą synów. Odmienne tempo rozwoju funkcji psychicznych u dziewcząt i chłopców, w szczególności w odniesieniu

do werbalizacji i rozpoznawania własnych stanów psychicznych, mogło mieć także wpływ na różnice w wynikach KID IO „B1” w 12 roku życia, jednak opisywane różnice dynamiki depresji związane z płcią pojawiły się w obu etapach badania, w których zestawiano między sobą wyniki AO „B1” oraz wyniki AO „B1” i IO „B1”.

Z wcześniejszych badań wynika, że w okresie przed pokwitaniem występowanie depresji pozostaje w związku z szeregiem nieswoistych czynników takich jak okolicznościowe oraz psychospołeczne spektrum obciążeń [8], a na jej przebieg wpływają zaburzenia rozwoju psychospołecznego [4]. Istnieje prawdopodobieństwo, że obraz objawowy depresji stwierdzanej wcześniej – przed pokwitaniem – może zawierać informacje predykcyjne dla rozwoju i zdrowia w późniejszych okresach życia. Przemawiają za tym wyniki badań wskazujące na utrzymywanie się depresji obserwowanej od dzieciństwa [9], chociaż inni badacze [10, 11] traktują pojedyncze objawy depresji u dzieci raczej jako przejaw trudności w radzeniu sobie z problemami rozwojowymi niż predyktory zaburzeń afektywnych. Na możliwość związków przynajmniej części depresji u dzieci z zaburzeniami afektywnymi wskazują także wyniki badań nad możliwością wczesnej diagnozy poszczególnych zaburzeń z grupy zaburzeń afektywnych [12, 13].

### Wnioski

Depresja występująca u dzieci i młodzieży we wczesnej fazie dorastania jest zespołem o naturze niejednorodnej, co wyraża się głównie różnicami w przebiegu zaburzeń.

W okresie dzieciństwa częściej występuje u chłopców.

We wczesnej fazie dorastania depresja pojawia się po raz pierwszy częściej u dziewcząt.

Predykcyjna wartość wczesnej diagnozy screeningowej depresji wymaga dalszych badań.

### Проспективные исследования динамики депрессии у детей между преадоlescенцией и ранней фазой возрастания

#### Содержание

**Задание.** Заданием настоящего исследования была оценка изменений появления и динамики депрессии в периоде созревания. Оценка полученного материала проведена в проспективных исследованиях репрезентативной пробы учеников городских начальных школ. Методом двухступенной выборки выделена группа 1993 10-летних детей, которые в трех очередных годах были исследованы Краковским инвентарем депрессивных нарушений.

**Результаты.** Показатель пунктового распространения депрессии равняется соответственно: 20% для 10-летних и 26% для 12-летних детей. Распространение депрессивных нарушений в исследованной пробе оказалось относительно постоянным.

**Выводы.** В ходе исследований обнаружено, что депрессия чаще появляется у мальчиков в периоде преадоlescенции, а у девочек в ранней фазе созревания. Динамика нарушений, прослеженная в течение 3 лет указывает на факт, что депрессия у детей, входящих в период созревания является нарушением неодинаковой натуры.



### Prospektive Studien an der Dynamik der Depression bei Kindern zwischen Preadoleszenz und früher Phase des Erwachsenwerdens

#### Zusammenfassung

**Ziel.** Das Ziel der Arbeit ist die Beurteilung der Veränderungen und der Dynamik der Depression in der Pubertät, die in den prospektiven Studien an einer repräsentativen Gruppe der Schüler der Grundschulen aus einer Großstadt durchgeführt wurde.

Mit der Methode einer zweistufigen Ziehung wurde eine Gruppe von 1993 10-jährigen Schüler gewählt, die in den nächsten drei Jahren: 2001, 2002, 2003 mit dem Krakauer Depressionsinventar (KID) untersucht wurden.

**Ergebnisse.** Der Index der Punktenverbreitung der Depression betrug entsprechend: 29% für 10-jährige, 30% für 11-jährige und 26% für 12-jährige Schüler. Die Verbreitung der depressiven Störungen zeigte sich in der untersuchten Probe relativ stabil.

**Schlussfolgerungen.** Es wurde festgestellt, dass die Depression häufiger bei Jungen in der Preadoleszenzzeit und bei Mädchen in der frühen Phase des Erwachsenwerdens auftritt. Die Dynamik der Störungen, die drei Jahre lang beobachtet wurde, zeigt darauf, dass die Depression bei den Kindern, die erwachsen werden, eine Störung mit nicht einheitlichem Charakter ist.

### L'étude prospective de la dynamique de la dépression des enfants durant la période de la pré-adolescence et l'adolescence précoce

#### Résumé

**Objectif.** Estimer les changements et la dynamique de la dépression des enfants durant la période de la pré-adolescence et l'adolescence précoce – étude prospective concernant les élèves des écoles primaires des grandes villes.

**Méthode.** On choisit, en tirant au sort deux fois, le groupe de 1993 élèves, âgés de 10 ans. Ils sont examinés avec KID (Inventaire de la Dépression de Cracovie) durant les années 2001, 2002, 2003.

**Résultats.** L'indice de la fréquence de la dépression s'élève respectivement: dans le groupe des enfants de: 10 ans – 29 %, de 11 ans – 30 %, de 12 ans – 26 %, donc cet indice est relativement stable.

**Conclusions.** On constate que les garçons souffrent de la dépression plus souvent que les filles (et surtout pendant la période de la pré-adolescence, tandis que les filles – pendant l'adolescence précoce). La dynamique des troubles analysés démontre que chez les enfants commençant leur adolescence la nature de la dépression reste hétérogène.

#### Piśmiennictwo

1. Bomba J i in. *Rozpowszechnienie i obraz depresji u dzieci i młodzieży w świetle bezpośrednich badań populacji nieleczonej*. Psychiatr. Pol. 1986; 2: 184–189.
2. Jaklewicz H. *Zaburzenia depresyjne u młodzieży w okresie transformacji społecznej*. Psychiatr. Psychol. Klin. Dzieci Młodz. 2001; 1: 26–36.
3. Modrzejewska R. *Depresja wieku rozwojowego – analiza epidemiologiczna populacji krakowskich szkół podstawowych i ponadpodstawowych*. Streszczenia Prac XL Zjazdu Naukowego Psychiatrów Polskich. Psychiatr. Pol. 2001; 3: 152.
4. Jaklewicz H, Bomba J. *Depresja u dzieci. Longitudinalne badania grupy ryzyka*. Lęk Depr. 1996; 1, 4: 267–281.
5. Bomba J. *La dépression chez l'adolescent. Etude psychopathologique et épidémiologique*. Confront. Psychiatr. 1988; 28: 161–184.
6. Modrzejewska R, Bomba J. *Porównanie rozpowszechnienia depresji wśród 17-letniej młodzieży krakowskich szkół średnich w latach 1984 i 2001*. Psychiatr. Pol. 2004; 1: 13–27.
7. Kępiński A. *Melancholia*. Warszawa: PZWL; 1974.

8. 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.
9. McGee R, Williams S. *A longitudinal study of depression in nine-year-old children*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1988; 27: 342–348.
10. Pine DS, Cohen E, Cohen P, Brook J. *Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder?* Am. J. Psychiatry 1999; 156: 133–135.
11. Rushton JL, Forcier M, Schectman RM. *Epidemiology of depressive symptoms in the national longitudinal study of adolescent health*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2002; 41 (2): 199–205.
12. Rabe-Jabłońska J. *Zaburzenia psychiczne w okresie dorosłości u osób, które w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania leczyły się z powodu różnych zaburzeń depresyjnych*. Wykład na konferencji naukowej „Lęk i depresja problemem interdyscyplinarnym w medycynie”. Bydgoszcz, 2000.
13. Witkowska-Ulatowska H. *Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. Przegląd badań. Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000; 137–144.

Otrzymano: 1.10.2004  
Zrecenzowano: 27.10.2005  
Przyjęto do druku: 7.01.2006

Adres: Jacek Bomba  
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21