

Porównanie rozpowszechnienia depresji w populacji 10-letnich dzieci krakowskich szkół podstawowych w latach 1984 i 2001*

Point prevalence of depression in the Kraków population of 10 year old children 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 children are diverse and dependent of survey methodology as well as on the theoretical approach of the 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 early-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 10 y.o. children was screened with KIDAO "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 (27.7% versus 38.2%). This resulted exclusively from a significant decrease in depression among boys (31.0% versus 46.6%) and girls (23.9% versus 30.0%).

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

Słowa kluczowe: depresja wśród dzieci, badania epidemiologiczne

Key words: child depression, epidemiological study

Od dwóch dziesięcioleci stawiane jest pytanie, czy depresja u dzieci w ogóle występuje.

Do lat siedemdziesiątych twierdzono, że rozwój poznawczy dziecka jest niewystarczający, aby mogło ono rozwinąć objawy depresyjne, uważano, że co najwyżej mogą to być objawy przemijające – dysforia, a nie trwające długo objawy podobne do

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

objawów depresyjnych u dorosłych. Jednakże w latach siedemdziesiątych i wczesnych osiemdziesiątych wielu badaczy zaczęło rozpoznawać depresję u dzieci, używając kryteriów stworzonych dla dorosłych [1, 2, 3]. Badania te wykazały, że zespoły przypominające depresję u dorosłych mogą występować nawet u małych dzieci.

Następnych 15 lat to intensywne badania nad podobieństwem objawów depresyjnych u dzieci do depresji u dorosłych, w związku ze wzrostem częstości zachorowań. Badania te doprowadziły do ponownego rozważenia koncepcji depresji u dzieci. I tak, uważa się, że depresja u dzieci raczej nie prowadzi do depresji w wieku dorosłym [4, 5], rzadko nakłada się na inne zaburzenia [6], występuje rzadko [7], częściej u chłopców [7], i jest silniej związana z dysfunkcją rodziny [8].

W pionierskich badaniach epidemiologicznych Ruttera i wsp. [9], przeprowadzonych w Isle of Wight w roku 1970, stwierdzono depresję u 0,2% dziesięciolatków.

Ostatnie badania, w których używano wszechstronnych kryteriów diagnostycznych, przyniosły wyższe wyniki. Rozpoznano dużą depresję u 1–2% dzieci w okresie przedpokwitaniowym [10, 11].

W badaniach, w których opierano się na relacjach rodziców i nauczycieli, stwierdzono rozpowszechnienie depresji niższe niż w wynikach badań, w których brano pod uwagę ocenę swojego stanu przez dzieci.

Wskazywano na związek depresji dziecięcej z niekorzystnymi czynnikami społecznymi, lecz nie ma na to dostatecznych dowodów [12].

Gromadzone ostatnio dane wskazują, że rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych u dzieci wzrasta i obniża się średnia wieku, w którym się one pojawiają po raz pierwszy [13].

Material

W roku 2001 grupę badaną stanowili uczniowie IV klas szkół podstawowych, wybranych losowo (reprezentatywna populacja 10-latków, uczniów szkół krakowskich).

W obliczeniach statystycznych uwzględniono 1141 arkuszy KID AO„B1” wypełnionych przez rodziców. Ze względu na niekompletne dane nie włączono do dalszych obliczeń 190 arkuszy (tabela 1).

Grupą odniesienia była grupa 10-latków uczestniczących w krakowskich badaniach epidemiologicznych nad rozpowszechnieniem objawów depresyjnych, przeprowadzonych pod kierunkiem Bomby w 1984 roku [14].

Tabela 1

Liczebność prób dziesięciolatków zbadanych za pomocą inwentarza AO„B1”

Lata		Płeć		Razem
		chłopcy	dziewczęta	
Rok 1984	N	206	213	419
	%	49,2	50,8	100,0
Rok 2001	N	387	335	722
	%	53,6	46,4	100,0
Razem	N	593	548	1141
	%	52,0	48,0	100,0

W 1984 roku badaniami objęto 419 uczniów, w tym: 213 dziewcząt oraz 206 chłopców. W roku 2001 zbadano 722 dzieci, w tym 335 dziewcząt i 387 chłopców. Różnice między populacjami są niewielkie. W roku 1984 było 49,2% chłopców i 50,8% dziewcząt, natomiast w roku 2001 odpowiednio 53,6% oraz 46,4%.

Metoda

W epidemiologicznym badaniu reprezentatywnych prób populacji 10-letnich uczniów krakowskich szkół w 1984 i 2001 roku do oceny depresji zastosowano Krakowski Inwentarz Depresyjny (KID), wersja AO „B1”, przeznaczony dla rodziców. KID jest kwestionariuszem zawierającym 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 lat. Dla zachowania wartości opisowej narzędzia pozostawiono w nim pytania o małej mocy dyskryminacyjnej. Kwestionariusz obejmuje stały zestaw przejawów depresji, modyfikowany jedynie ze względu na dynamikę rozwoju indywidualnego. KID pyta o obecność objawów w miesiącu poprzedzającym badanie, jednak niektóre pytania (np. dotyczące autoagresji, zwłaszcza prób samobójczych) z natury rzeczy wymuszają wzięcie pod uwagę czasu dłuższego niż wymieniony w instrukcji testu. Wyniki KID oceniane są według skali stenowej. Współczynnik rzetelności dla AO „B1” wynosi $r_{tt} = 0,9067$, a trafność diagnostyczna, oceniana na podstawie współczynnika korelacji punktowo-dwuseryjnej, jest równa 0,5930.

Metody statystyczne zastosowane do analizy danych: testy χ^2 dla tabel czteropolowych, włącznie z testem związku liniowego Mantela–Haenszela, z określeniem wartości relatywnego ryzyka wystąpienia depresji, oraz korelacji tau c Kendalla.

Wyniki

W populacji dziewcząt rozpowszechnienie depresji w roku 1984 było większe niż w roku 2001 (odpowiednio 30,0% i 23,9%), ale różnica ta nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej ($p = 0,05$) (tab. 2).

W roku 1984 rozpowszechnienie depresji w populacji chłopców wynosiło 46,6%, natomiast w 2001 roku 31,0%. Różnica ta była statystycznie bardzo istotna (tab. 3).

W 1984 roku stwierdzono wyraźnie większe nasilenie objawów depresyjnych wśród dziesięcioletnich chłopców niż dziewcząt (tabela 4). W roku 2001 proporcja ta się zmniejszyła, ale różnica między płciami pozostała statystycznie znacząca (tabela 5). Ponieważ przedziały ufności stosunku relatywnego ryzyka zaburzenia w analizowanych tabelach zachodzą na siebie, nie pozwala to na odrzucenie hipotezy o braku różnic. Nie można z dostateczną pewnością stwierdzić, czy różnica między badanymi grupami nie była przypadkowa (porównanie tabel 4 i 5).

Tabela 2

**Rozkład liczebności przypadków występowania i braku depresji
u dziesięcioletnich dziewcząt w latach 1984 i w 2001**

Dziewczęta		Depresja		Razem
		jest	brak	
Populacja w 1984 r.	N	64	149	213
	%	30,0	70,0	100,0
Populacja w 2001 r.	N	80	255	335
	%	23,9	76,1	100,0
Razem	N	144	404	548
	%	26,3	73,7	100,0

Chi ²	Wartość	d.f.	p _i
Klasyczny (Pearsonsa)	2,55575	1	0,10989
Z poprawką na ciągłość	2,24735	1	0,13384
Probabilistyczny	2,53205	1	0,11156

Minimalna oczekiwana liczebność – 56,0

Statystyka ufności	Wartość	Granica 95% przedziału ufności	
		dolna	górną
Oszacowanie relatywnego ryzyka choroby vs szansa niezachorowania (lata 80. w stosunku do r. 2001):			
Kontrola przypadków *	1,36913	0,93082	2,01382'
Kohorta (ryzyko choroby) **	1,25822	0,95070	1,66520'
Kohorta (szansa niezachorowania) ***	0,91899	0,82614	1,02227'

* relatywne ryzyko choroby/iloraz szansy niezachorowania: $1,26/0,92 = 1,37$

** w polach powyższej tabeli: $30,0\%/23,9\% = 1,26$

*** w polach powyższej tabeli: $70,0\%/76,1\% = 0,92$

'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 = 1,0.

Różnice między chłopcami a dziewczętami w tendencji do depresji w roku 1984 i 2001 (w świetle analizy rozkładów liczebności w przedziałach niskich, średnich i wysokich wyników stenowych AO„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 rosnący. Natomiast u dziewcząt proporcje w przedziałach skrajnych były takie same (po około 30% przypadków), największa zaś w przedziale środkowym – prawie 41%. W 2001 roku

Tabela 3

Rozkład liczebności przypadków występowania i braku depresji u dziesięcioletnich chłopców w latach 1984 i 2001

Chłopcy		Depresja		Razem
		jest	brak	
Populacja w 1984 r.	N	96	110	206
	%	46,6	53,4	100,0
Populacja w 2001 r.	N	120	267	387
	%	31,0	69,0	100,0
Razem	N	216	377	593
	%	36,4	63,6	100,0

Ch ²	Wartość	d.f.	p _i
Klasyczny (Pearsonsa)	14,11768	1	0,00017
Z poprawką na ciągłość	13,45231	1	0,00024
Probabilistyczny	13,95105	1	0,00019

Minimalna oczekiwana liczebność – 75,035

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*	1,94182 ^	1,37066	2,75099
Kohorta (ryzyko choroby)*	1,50291 ^	1,22012	1,85125
Kohorta (szansa niezachorowania)*	0,77397 ^	0,67017	0,89385

* Wyjaśnienie wskaźników patrz odnośniki pod tabelą 2

^ Wartość różniącą się istotnie statystycznie, na poziomie p_i = 0,05, od 1,0

analizowany trend był krzywoliniowy u obu płci z najbardziej zaznaczającą się różnicą w przedziale od 7 do 10 stena (31% chłopców i 23,9% dziewcząt).

W roku 2001 tendencja do depresji u chłopców wyraźnie się zmniejszyła w porównaniu z rokiem 1984 (różnica statystycznie istotna na poziomie p = 0,03). Natomiast analogiczna różnica między grupami dziewcząt okazała się statystycznie nieistotna, chociaż w przedziale od 7 do 10 stena liczba przypadków w 2001 roku zauważalnie się zmniejszyła (tab. 8, 9).

Dyskusja i wnioski

Statystyczna analiza rozpowszechnienia objawów depresji wśród dziesięcioletków (dzieci w fazie preadolescencji) w roku 1984 (38,2%) i w roku 2001 (27,7%) wskazała

Tabela 4

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

Płeć		Depresja		Razem
		jest	brak	
Dziewczęta	N	64	149	213
	%	30,0	70,0	100,0
Chłopcy	N	96	110	206
	%	46,6	53,4	100,0
Razem	N	160	259	419
	%	38,2	61,8	100,0

Chi ²	Wartość	d.f.	p _i
Klasyczny (Pearsonsa)	12,15904	1	0,00049
Z poprawką na ciągłość	11,46780	1	0,00071
Probabilistyczny	12,22140	1	0,00047

Minimalna oczekiwana liczebność – 78,7

Statystyka ufności	Wartość	Granica 95% przedziału ufności	
		dolna	górna
Oszacowanie relatywnego ryzyka choroby vs szansy niezachorowania (dziewczęta w stosunku do chłopców):			
Kontrola przypadków*	2,03182 [^]	1,36071	3,03393
Kohorta (ryzyko choroby)*	1,55097 [^]	1,20584	1,99488
Kohorta (szansa niezachorowania)*	0,76334 [^]	0,65375	0,89131

* Wyjaśnienie wskaźników patrz odnośniki pod tabelą 2

[^] Wartość różni się od 1,0 istotnie statystycznie, poniżej poziomu p_i = 0,05

na mniejsze rozpowszechnienie tego zjawiska w ostatnich badaniach. Analiza rozkładu uzyskanych wyników – porównanie rozkładu proporcji powierzchni pod krzywą normalną, związanej z przedziałem 7 do 10 stena w KID AO „B1” – wykazała, że w próbie z 1984 roku rozpowszechnienie było większe (średnio dla obu płci) o prawie 7%, a w próbie z 2001 roku mniejsze o 2–3% niż w rozkładzie teoretycznym.

Objawy depresji stwierdzano w 1984 roku 1,2 do 2 razy częściej u chłopców niż u dziewcząt. Częstsze występowanie badanego zjawiska u chłopców utrzymywało się w próbie z 2001 roku nadal, chociaż zauważalny był trend w kierunku zmniejszania się większego ryzyka depresji u chłopców (relatywnie ryzyko zmniejszyło się z 1,55 do 1,3–1,35 – przy uwzględnieniu arkusza z kompletem odpowiedzi).

Tabela 5

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

Płeć		Depresja		Razem
		jest	brak	
Dziewczęta	N	80	255	235
	%	23,9	76,1	100,0
Chłopcy	N	120	267	387
	%	31,0	69,0	100,0
Razem	N	200	522	722
	%	27,7	72,3	100,0

Chi ²	Wartość	d.f.	p _i
Klasyczny (Pearsonsa)	4,55433	1	0,03284
Z poprawką na ciągłość	4,20542	1	0,04030
Probabilistyczny	4,58169	1	0,03232

Minimalna oczekiwana liczebność – 92,8

Statystyka ufności	Wartość	Granica 95% przedziału ufności	
		dolna	górna
Oszacowanie relatywnego ryzyka choroby vs szansa niezachorowania (dziewczęta w stosunku do chłopców):			
Kontrola przypadków*	1,43258 [^]	1,02901	1,99444
Kohorta (ryzyko choroby)*	1,29845 [^]	1,01920	1,65421
Kohorta (szansa niezachorowania)*	0,90637 [^]	0,82855	0,99150

* Wyjaśnienie wskaźników patrz odnośniki pod tabelą 2

[^] Wartość różni się od 1,0 istotnie statystycznie, poniżej poziomu p_i = 0,05

Analiza wykazała także, że jakkolwiek rozpowszechnienie objawów depresji zmniejszyło się zarówno u dziewcząt (5–6%), jak i u chłopców (13,3–15,6%), to wśród dziewcząt spadek ten nie był istotny statystycznie, natomiast u chłopców – znaczący. Analiza statystyczna nie upoważnia jednak do wniosku, że spadek rozpowszechnienia objawów depresyjnych wśród dziesięcioletków wynika wyłącznie ze zmniejszenia się nasilenia objawów wśród chłopców.

Interpretację uzyskanych wyników można podejmować w kilku wymiarach:

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

Tabela 6

Płeć a tendencja do depresji w 1984 r.

Płeć	AO„B1” – wynik w stenach			Razem	% w kolumnach
	1–4	5–6	7–10		
Chłopcy	N	47	63	96	206
	%	22,8	30,6	46,6	100,0
Dziewczęta	N	62	87	64	213
	%	29,1	40,8	30,0	100,0
Razem	N	109	150	160	419
	%	26,0	35,8	38,2	100,0

Test χ^2 związku liniowego Mantela–Haenszela = 8,695, d.f. = 1, $p_i = 0,003$

Tau c Kendalla = 0,161 ($p_i < 0,005$, test bezkierunkowy, w oparciu o asymptotyczny błąd standardowy)

Tabela 7

Płeć a tendencja do depresji w roku 2001

Płeć	AO„B1” – wynik w stenach			Razem	% w kolumnach
	1–4	5–6	7–10		
Chłopcy	N	106	161	120	387
	%	27,4	41,6	31,0	100,0
Dziewczęta	N	105	150	80	335
	%	31,3	44,8	23,9	100,0
Razem	N	211	311	200	722
	%	29,2	43,1	27,7	100,0

Test χ^2 związku liniowego Mantela–Haenszela = 3,869, d.f. = 1, $p_i < 0,049$

Tau c Kendalla = 0,079 ($p_i < 0,05$, test bezkierunkowy)

Tabela 8

Populacja a tendencja do depresji u dziesięcioletnich dziewcząt

Populacja	AO„B1” – wynik w stenach			Razem	% w kolumnach
	1–4	5–6	7–10		
Rok 1984	N	62	87	64	213
	%	29,1	40,8	30,0	100,0
Rok 2001	N	105	150	80	335
	%	31,3	44,8	23,9	100,0
Razem	N	167	237	144	548
	%	30,5	43,2	26,3	100,0

Test χ^2 związku liniowego Mantela–Haenszela = 1,622 d.f. = 1, $p_i = 0,203$

Tau c Kendalla = 0,056 (n.s.)

Tabela 9

Populacja a tendencja do depresji u dziesięcioletnich chłopców

Populacja	AO„B1” – wynik w stenach			Razem	% w kolumnach
	1–4	5–6	7–10		
Rok 1984	N	47	63	96	206
	%	22,8	30,6	46,6	100,0
Rok 2001	N	106	161	120	387
	%	27,4	41,6	31,0	100,0
Razem	N	153	224	216	593
	%	25,8	37,8	36,4	100,0

Test χ^2 związku liniowego Mantela–Haenszela = 8,936, d.f. = 1, $p_1 = 0,003$
 Tau c Kendalla = 0,0131 ($p_1 < 0,005$, test bezkierunkowy)

Doświadczenie kliniczne i wyniki badań rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wśród dzieci zazwyczaj wskazują na trudne do wyjaśnienia zjawisko większej podatności chłopców – przed okresem pokwitania – na pojawianie się różnych zaburzeń. Proporcja ta odwraca się zazwyczaj w toku dorastania. Uzyskane przez nas wyniki potwierdzają wcześniejsze obserwacje. Nie dają przy tym podstaw do formułowania hipotez wyjaśniających te różnice (nie było to zresztą celem omawianego badania).

Możemy przyjąć istnienie różnicy w sytuacji makrospołecznej w Polsce między rokiem 1984 a rokiem 2001. O ile w połowie lat osiemdziesiątych kształtowała ją próba opanowania kryzysu gospodarczego, politycznego i społecznego przez wprowadzenie stanu wojennego, i jego bezpośrednie konsekwencje, o tyle przełom stuleci kształtuje kilkunastoletni okres głębokich transformacji ustrojowych obejmujących niemal wszystkie wymiary życia społecznego – od przekształceń politycznych, przez przekształcenia systemu prawnego, gospodarczego, do zmian w systemie bezpieczeństwa zdrowotnego i społecznego, oraz systemu nauczania. Z perspektywy badawczej psychiatrii rozwojowej istotne znaczenie ma wpływ przekształceń na funkcjonowanie systemów, w których rozwija się dziecko. W szczególności istotne jest funkcjonowanie rodziny oraz szkoły i innych systemów wychowawczych, z których może korzystać dziecko. Nawet takie zawężenie obszaru obserwacyjnego nie daje możliwości rzetelnego badania zachodzących w tych systemach zjawisk. Istnieje możliwość oparcia się na wynikach badań socjologicznych nad konsekwencjami transformacji politycznych i społecznych. Wyniki takich badań są jednak bardzo trudne do wykorzystania w analizie zjawisk w skali makrospołecznej. Pozostaje rozwiązanie wyprowadzone z modelu systemowego, według którego niekorzystna sytuacja systemu powoduje niekorzystne następstwa w najsłabszych jego subsystemach. Dysfunkcja dziecka (zazwyczaj najsłabszego subsystemu rodziny, a także szkoły) może być traktowana jako miara dysfunkcjonalności systemu rodzinnego i szkolnego [15].

Zmniejszenie się wskaźników rozpowszechnienia objawów depresyjnych wśród dziesięcioletków można traktować jako wyraz efektywniejszego funkcjonowania rodzin

w makrospołecznej sytuacji polskiej pod koniec lat dziewięćdziesiątych, w porównaniu z połową lat osiemdziesiątych.

Przyjęcie takiej interpretacji może wyjaśniać równocześnie wyraźniejszy spadek częstości i nasilenia objawów depresyjnych wśród chłopców. Wyniki wcześniejszych badań nad zależnościami między rozwojem i jego warunkami a występowaniem depresji w preadolescencji [12], mniejsze rozpowszechnienie depresji u chłopców w 2001 r., w porównaniu z 1984 r., pozwalają także na poszukiwanie ewentualnego wpływu:

- 1 – zmian w strukturze i częstości obciążeń okołoporodowych
- 2 – zmniejszenia się dysfunkcyjności rodzin wobec spadku nasilenia stresu makrosocjalnego.

Analiza czynnikowa odpowiedzi zawartych w arkuszu obserwacyjnym AO „B1” (obrazu depresji) wskazuje, że objawy stwierdzonych zaburzeń depresyjnych przybierają kształt kliniczny zbliżony do opisanego przez Kępińskiego [16] i Bombę [17]. Ta obserwacja może wzmacniać przypuszczenie o wcześniejszym obecnie początku dojrzewania biologicznego.

Сравнение распространения депрессии в популяции 10-летних детей краковских школ начального образования в 1984 и 2001 годах

Содержание

Показатели распространения депрессивных нарушений разнородны в зависимости от различий в определении этих нарушений, а также применяемых исследовательских методов. Исследования, которые можно сравнивать, показывают, что появление депрессии зависит от ситуации в общественной среде и фазы adolescence.

Задание. Исследование было направлено на определение изменений в распространении депрессии в ранней фазе созревания между 1984 и 2001 годами. Принято положение, что макросоциальная ситуация в Польше изменилась в последние 17 лет.

Метод. В 2001 году репрезентативная проба популяции 10 летних учеников краковских школ была обследована глоссарием АО „B1”. Полученные результаты были сравнены с результатами, проведенными тем самым методом в 1984 году.

Результаты. Показатель распространения депрессии в 2001 году был низким, чем в 1984 году (27,7%–38,2%). Это было вызвано значительным уменьшением распространения депрессии среди мальчиков (31,0%–46,6%) и девочек (23,9%–30,0%).

Выводы. Полученные результаты позволяют на интерпретацию явления как редукции макросоциальных изменений. Иные гипотезы, например: изменения темпа в периоде созревания требуют дальнейших, длительных исследований.

Vergleich der Verbreitung der Depression in der Population 10-jähriger Kinder der Krakauer Grundschulen in den Jahren 1984 und 2001

Zusammenfassung

Die Indexe der Verbreitung der Depressionsstörungen sind different in Abhängigkeit von den Unterschieden in der Definition dieser Störungen und angewandten Studienmethoden. Die Studien, die sich vergleichen lassen, zeigen, dass die Depression von der makrosozialen Lage und Adoleszenzphase abhängt.

Ziel. Die Studie hatte am Ziel die Bestimmung der Veränderung in der Verbreitung der Depression in früher Adoleszenzphase zwischen 1984 und 2001. Man nahm an, dass sich die makrosoziale Lage in Polen in den letzten 17 Jahren geändert hatte.

Methode. 2001 wurde die repräsentative Gruppe der 10-jährigen Schüler der Krakauer Schulen mit dem Fragebogen AO "B1" untersucht. Die erzielten Ergebnisse wurden mit der Studie verglichen, die 1984 mit derselben Methode durchgeführt wurde.

Ergebnisse. Der Index der Verbreitung der Depression war 2001 niedriger als 1984 (27,7% versus 38,2%). Es war mit einer großen Senkung der Verbreitung der Depression unter den Jungen (31,0 versus 46,6%) und unter den Mädchen (23,9% versus 30,0%) verbunden.

Schlussfolgerungen. Die erzielten Ergebnisse lassen die Erscheinung als Resultat der makrosozialen Veränderungen interpretieren. Andere Hypothesen, zB. Tempo und Verlauf der Pubertät erfordern prospektive longitudinale Studien.

La comparaison de la prévalence de la dépression à Cracovie dans la population des enfants de 10 ans au cours des années 1984 et 2001

Résumé

Les indices de la prévalence de la dépression dépendent de diverses méthodes de définir les troubles dépressifs ainsi que des méthodes appliquées des recherches. Ces recherches qui se prêtent à comparer indiquent que la prévalence de la dépression dépend de la situation macrosociale et de la phase de l'adolescence.

Objectif. Décrire les changements de la prévalence de la dépression dans la phase précoce de l'adolescence (années 1984 et 2001). On admet que la situation macrosociale a changé en Pologne durant ces 17 ans.

Méthode. En 2001 on a examiné le groupe représentatif de la population des élèves de 10 ans à l'aide du questionnaire AO «B1». Les résultats de cet examen sont comparés avec les résultats de l'examen analogue de 1984.

Résultats. L'indice de la prévalence de la dépression en 2001 est plus bas que celui de 1984 (27,7% versus 38,2%). Cela résulte de la signifiante diminution de la prévalence de la dépression dans le groupe des garçons (31,0% versus 46,6%) et des filles (23,9% versus 30,0%).

Conclusions. Ces résultats permettent interpréter ce phénomène comme suite des changements macrosociaux. D'autres hypothèses touchant par exemple le changement de la vitesse de l'adolescence ou de son cours exigent encore d'autres recherches de longue terme.

Piśmiennictwo

1. Weinberg WA, Rutman J, Sullivan L, Penick EC, Dietz SG. *Depression in children referred to an educational diagnostic centre: diagnosis and treatment.* J. Paediatr. 1973; 83: 1065–1072.
2. Pearce JB. *The recognition of depressive disorder in children.* J. Royal Soc. Med. 1987; 71: 494–500.
3. Puig-Antich J. *Major depression and conduct disorder in prepuberty.* J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1982; 21: 118–128.
4. Harrington RC, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J. *Adult outcomes of childhood and adolescent depression. I. Psychiatric status.* Arch. Gen. Psychiatry 1990; 47: 465–473.
5. Weissman MM, Wolk S, Wickramaratne P. *Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grown up.* Arch. Gen. Psychiatry 1999; 56: 794–801.
6. Apler JE, Fava M, Uebelacker LA. *Patterns of axis I comorbidity in early-onset versus late-onset major depressive disorder.* Biol. Psychiatry 1999; 46: 202–211.
7. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. *Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing.* Psychol. Med. 1998; 28: 51–61.
8. Harrington RC, Rutter M, Weissman M. *Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands. I. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset forms.* J. Affect. Dis. 1997; 42: 9–22.

9. Rutter M, Tizard J, Whitmore K. *Education, health and behaviour. Psychological and medical study of childhood development*. London: Wiley; 1970.
10. Harrington R. Affective disorders. W: Rutter M, Taylor E, red. *Child and adolescent psychiatry*. London: Blackwell Publishing; 2002, s. 463–485.
11. Fleming JE, Offord DR. *Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1990; 29: 571–580.
12. 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.
13. Goodman R, Scott S. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wrocław: Urban i Partner; 2000.
14. Bomba J, Domagalska-Kurdziel E, Bielska A, Gardziel A, Józefik B, Lebedowicz H, Wolska M. *Rozpowszechnienie i obraz depresji u dzieci w młodszym wieku szkolnym*. Psychoter. 1988; 2/65: 43–50.
15. Bomba J. *Dzieci wobec zmian politycznych*. Psychoter. 1994; 4/91: 71–80.
16. Kępiński A. *Melancholia*. Warszawa: PZWL; 1974.
17. Bomba J. *Psychopatologia i przebieg depresji u młodzieży*. Psychoter. 1981; 39: 3–11.

Adres: Renata Modrzejewska
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
Katedra Psychiatrii CM UJ
31-501 Kraków, ul. Kopernika 12

Otrzymano: 29.09.2005
Zrecenzowano: 02.11.2005
Przyjęto do druku: 07.07.2006