

Objawy depresyjne w okresie adolescencji a jakość życia po 17 latach – badanie katamnesticzne

Depressive symptoms in adolescence and quality of life 17 years later – follow-up study

Renata Modrzejewska¹, Jacek Bomba¹, Paulina Cofór¹, Agnieszka Pac²

¹ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum,
Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej

Summary

Aim. The answer to the question to what extent depressive symptoms which occur in the middle and late adolescence period affect the quality of life in adulthood.

Material and method. The sample group consisted of 308 adults out of 3,445 who had participated in a 2000 study of prevalence of depressive symptoms among students. 17 years later, letters were sent to all study participants with information about the purpose of the study and an original questionnaire, with quality of life and quality of social network scales (the Collaborative Research on Ageing in Europe Social Network Index – COURAGE-SNI and WHOQOL-AGE) attached.

Results. The presence of depressive symptoms in the untreated population of adolescents is associated, in the case of women, with poorer education and fewer opportunities to work in adulthood compared to their non-depressive peers. In contrast, the men who were not depressive in adolescence take jobs in which they are more likely to earn a high income.

An analysis of the quality of life showed statistically significant differences between men and women. In the group of non-depressive men, greater satisfaction with owned financial resources was observed. In the case of adult women, those who had been depressive in adolescence declared a sense of lower overall quality of life and satisfaction with the way of spending free time, satisfaction with achievement of life goals and owned financial means. Non-depressive women presented higher quality of social networks 17 years later.

Conclusions. Long-term observation in our prospective study supports the hypothesis of a developmental character of adolescent depression.

Słowa kluczowe: depresja młodzieńcza, badania prospektywne

Key words: adolescent depression, prospective studies

Wstęp

Rozwijana od lat siedemdziesiątych XX wieku koncepcja jakości życia przez blisko dwadzieścia lat była przedmiotem licznych rozważań teoretycznych, koncentrujących się przede wszystkim na próbach zdefiniowania tego wielowymiarowego konstruktów oraz dyskusjach o roli obiektywnych i subiektywnych wskaźników w określaniu jej poszczególnych wymiarów. Następnie opracowano narzędzia badawcze pozwalające na uniwersalną ocenę jakości życia lub ocenę jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, w zależności od określonych wyznaczników wynikających z aktualnych bądź przebytych chorób lub z niepełnosprawności. W latach dziewięćdziesiątych XX wieku powołana przez WHO Grupa sprecyzowała wymiary jakości życia i wypracowała wspólną definicję, która pozwoliła na porównywanie wyników badań pochodzących z różnych krajów. Jakość życia zdefiniowano jako „indywidualną percepcję przez jednostki ich pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w którym jednostki żyją i w relacji do ich zadań, oczekiwań, standardów i zainteresowań. Tak szerokie ujęcie oznacza kompleksową samoocenę przez jednostkę swego stanu zdrowia fizycznego, stanu psychicznego, poziomu samodzielności/niezależności, osobistych wierzeń, interakcji społecznych i relacji ze środowiskiem” [1, s. 1570].

Zmianom, jakie w ciągu minionego półwiecza zachodziły w klasyfikacji zaburzeń psychicznych, towarzyszyły zmiany w podejściu do depresji młodzieńczej. Paradygmat psychodynamiczny leżący u podstaw DSM II, podobnie jak paradygmat nozologii będący podstawą ICD-9, ostatecznie zastąpiło podejście anozologiczne. W DSM-5 i w ICD-11 przyjęto też zasadę porządkującą sklasyfikowane postaci zaburzeń psychicznych według kolejnych faz życia, w których się pojawiają. Autorzy DSM-5 wskazali, że zaburzenia nastroju, zwłaszcza depresyjne, są charakterystyczne dla okresu młodzieńczego. W trzeciej ćwiertci ubiegłego wieku zaczęto dopiero dostrzegać występowanie depresji w adolescencji, a jej miejsce w ówczesnych klasyfikacjach nie było jasne. Podejmowano próby rozwiązania tych wątpliwości w badaniach, zwłaszcza longitudinalnych. Metaanaliza opracowań wyników takich badań, opublikowanych między rokiem 1980 a 2017, obejmowała jednak tylko te z blisko pięciu tysięcy prac, w których zajmowano się losem adolescentów ze wstępnym rozpoznaniem epizodu dużej depresji według kryteriów DSM-IV. Uwzględniono 31 opracowań opartych na 136 badaniach 24 kohort i stwierdzono, że depresja w adolescencji zwiększa w dorosłości ryzyko niedokończenia edukacji, bezrobocia i wiąże się z posiadaniem dzieci [2].

Interesujące są w tym kontekście wyniki badań Nyberg i wsp. [3]. Badacze ci stwierdzili, że żadne spośród czynników takich jak zadowolenie ze szkoły, kontakty rówieśnicze, rozrywki, poczucie nabywania wiedzy i umiejętności oraz więź z domem rodzinnym nie łączy się bezpośrednio z depresją w dorosłości. Uwzględnienie poziomu wykształcenia, aktywności zawodowej i stanu cywilnego we wczesnej dorosłości ujawniło jednak silny związek między satysfakcją z chodzenia do szkoły w adolescencji a depresją w dorosłości [3]. Poczucie satysfakcji i zdolność przeżywania przyjemności oraz wydolność w charakterystycznych dla fazy rozwoju aktywnościach to ważne parametry w diagnozowaniu depresji u dzieci i młodzieży, także w rozpoznawaniu depresji młodzieńczej w ujęciu Kępińskiego [4].

Badania prospektywne nad zaburzeniami nastroju w okresie adolescencji, których wyniki opublikowano z końcem ubiegłego wieku, zwróciły uwagę na powiązania depresji młodzieńczej z jakością życia w dorosłości [5]. Jednakże prace skupione na odległych konsekwencjach obecności objawów depresyjnych w okresie adolescencji nie są zbyt liczne i podejmują przede wszystkim problematykę występowania depresji i oceny stanu zdrowia w dorosłości, odnosząc się też do poszczególnych elementów funkcjonowania społecznego. Brakuje zatem badań dotyczących jakości życia mierzonej jako całość, nie zaś z perspektywy jej pojedynczych wskaźników.

Należy podkreślić, że paradygmat wprowadzony w DSM-5 oddala stałość nozologiczną zaburzeń psychicznych w ciągu życia i wprowadza możliwość formułowania różnych rozpoznań zaburzeń psychicznych pojawiających się u tej samej osoby w kolejnych fazach życia.

Cel badań

Celem badania jest próba znalezienia odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu objawy depresyjne pojawiające się w okresie środkowej i późnej adolescencji wpływają na jakość życia w dorosłości.

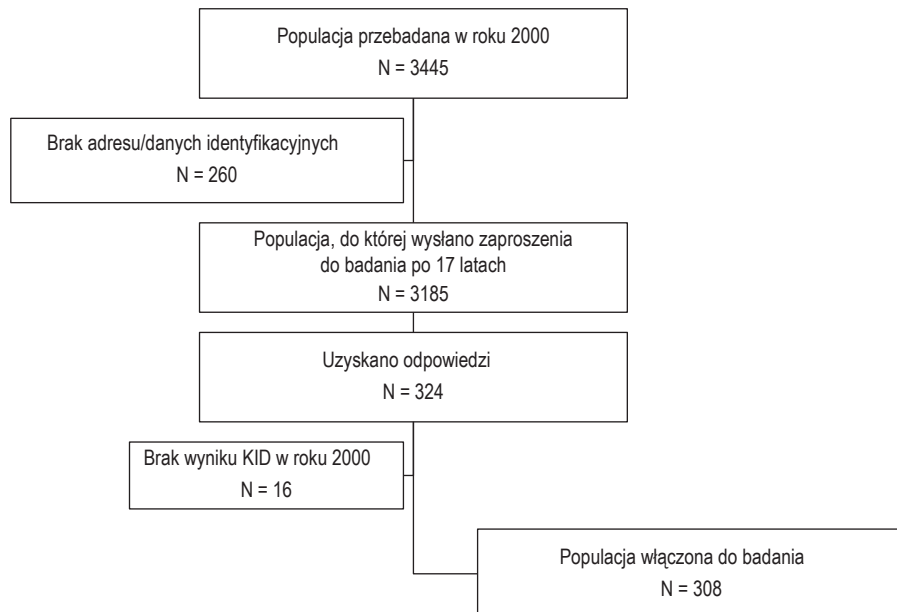
Material i metody

Grupę wyjściową stanowiło 3445 osób, które w 2000 roku jako uczniowie szkół masowych uczestniczyły w badaniu epidemiologicznym. Były wówczas badane *Krakowskim Inwentarzem Depresyjnym* (KID) [6, 7]. Badanie przeprowadzono wśród młodzieży w środkowej i późnej adolescencji.

W 2017 roku (17-letnia obserwacja) do wszystkich osób zbadanych w 2000 roku, po weryfikacji danych adresowych, zostały wysłane listy z informacją o celu badania oraz ankietą autorską, do której dołączono skale jakości życia oraz jakości sieci społecznej. Zawarte w niej pytania odnosiły się do tych obszarów funkcjonowania, które według literatury przedmiotu mogły podlegać wpływowi depresyjności w różnym stopniu, w zależności od fazy adolescencji, w której objawy depresyjne występowały. Pytania dotyczyły uzyskanego wykształcenia, aktywności zawodowej, korzystania z pomocy innych osób lub pomocy instytucjonalnej, uzyskiwanych dochodów, stanu cywilnego, posiadania dzieci, warunków mieszkaniowych, relacji rodzinnych oraz towarzyskich, aktywności pozazawodowej, ogólnego stanu zdrowia, przebytych hospitalizacji, używania substancji psychoaktywnych oraz problemów z prawem.

W badaniu tym zwrotnie uzyskano dane dotyczące 324 osób. W analizie wykorzystano dane dla 308 osób, dla których dostępne były wyniki badania depresyjności testem KID w roku 2000. Osoby, które odpowiedziały na zaproszenie do badania, miały nieznacznie wyższy wynik kwestionariusza KID uzyskany w 2000 roku niż osoby, od których nie uzyskano odpowiedzi ($5,8$, $SD = 1,96$ vs. $5,5$, $SD = 1,83$).

Informacje na temat stanu zdrowia zgromadzono, zadając pytanie: „Na ile jest Pan/Pani zadowolony/a ze swojego zdrowia?”. W analizie materiału wyodrębniono trzy specyficzne grupy chorób: choroby psychiczne (depresja, nerwice, stany lękowe,



Rysunek. Liczebność grup badanych w poszczególnych badaniach

dystymia, schizofrenia), choroby z autoagresji (wrzodziejące zapalenie jelita, jelito drażliwe, bulimia, choroba Leśniowskiego-Crohna, choroba Hashimoto, wrzody, choroba refluksowa) oraz nowotwory.

Analizę jakości sieci społecznej przeprowadzono, korzystając ze skali COURAGE-SNI (*The Collaborative Research on Ageing in Europe Social Network Index*), dostosowanej do wieku respondentów (za zgodą współautorów) [8]. W skali tej oceniana jest jakość kontaktów społecznych respondentów w odniesieniu do jakości relacji społecznych, częstości bezpośrednich kontaktów oraz ogólnego poczucia wsparcia ze strony: współmałżonka/partnera, rodziców, dzieci, innych krewnych, przyjaciół, współpracowników oraz sąsiadów. Wyższy wynik skali wskazuje na lepszą jakość relacji społecznych.

Drugą skalą użytą w badaniach była skala jakości życia WHOQOL-AGE, składająca się z 13 pytań ocenianych przez respondenta na 5-stopniowej skali [9], zwalidowana w warunkach polskich [10]. Analizę przeprowadzono, biorąc pod uwagę zarówno wynik całej skali, jak i jej poszczególnych pozycji.

W opisie materiału wykorzystano częstości i odsetki. Porównanie grup badanych z objawami depresyjnymi w okresie adolescencji i bez takich objawów przeprowadzono za pomocą testu χ^2 oraz dokładnego testu Fishera w wypadku małych liczebności. Analizowano oddzielnie grupę kobiet i grupę mężczyzn. Do opracowania danych zastosowano pakiet SPSS 25 (PS IMAGO PRO). We wszystkich analizach jako różnice statystycznie istotne przyjęto te, dla których $p < 0,005$.

Badanie przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UJ CM (1072.6120.52.2017).

Wyniki

W grupie kobiet depresyjnych w okresie adolescencji zaobserwowano mniejszy odsetek osób z wyższym wykształceniem (76,7 vs. 90,6%; $p = 0,01$) oraz wykonujących pracę zawodową (84,7 vs. 94,4%; $p = 0,029$) w porównaniu z ich rówieśniczkami, u których nie zaobserwowano objawów depresyjnych. Natomiast w grupie mężczyzn odnotowano podobną (choć nieistotną statystycznie) różnicę w odniesieniu do poziomu wykształcenia – mężczyźni deklarujący objawy depresyjne w okresie adolescencji rzadziej osiągnęli wyższe wykształcenie (66,7 vs. 80,2%; $p = 0,221$). Natomiast mężczyźni deklarujący objawy depresyjne podawali, że aktualnie wszyscy mają pracę, w porównaniu z 92,2% pracujących mężczyzn bez objawów depresji ($p = 0,604$). Jednakże to w grupie mężczyzn niedepresyjnych większość badanych deklarowała dochody powyżej 3500 złotych miesięcznie (58,6 vs. 33,3%; $p = 0,048$).

Nie zaobserwowano różnic w warunkach mieszkaniowych przebadanych kobiet prezentujących objawy depresyjne i niedepresyjnych. Natomiast w grupie mężczyzn osoby depresyjne w okresie młodzieńczym najczęściej dysponowały trzema pokojami (76,9%), podczas gdy w grupie osób bez depresji najczęściej badani deklarowali zamieszkiwanie w lokalach jedno- lub dwupokojowych (55,7%); w grupie niedepresyjnych w okresie dorastania mężczyzn 11,4% badanych deklarowało posiadanie mieszkania/ domu z czterema lub więcej pokojami ($p = 0,009$). Zarówno w grupie kobiet, jak i w grupie mężczyzn nie stwierdzono wpływu depresji młodzieńczej na posiadanie małżonka/partnera 17 lat później ani na deklaracje badanych dotyczące poczucia bliskości w związkach. Natomiast w grupie mężczyzn zaobserwowano, że mężczyźni deklarujący objawy depresyjne częściej mieli dzieci (64,7%) w porównaniu z mężczyznami niedepresyjnymi (43,1%), jednakże różnica ta nie osiągnęła istotności statystycznej ($p = 0,099$).

Nie odnotowano różnic w częstości uprawiania sportu czy posiadaniu przyjaciół w zależności od występowania bądź niewystępowania depresyjności w okresie młodzieńczym.

Tabela 1. Charakterystyka demograficzno-społeczna osób przebadanych dwukrotnie – w 2000 oraz 2017 roku

Zmienna	Kobiety		p	Mężczyźni		p
	Brak depresji N = 128	Depresja N = 60		Brak depresji N = 102	Depresja N = 18	
Wykształcenie wyższe	116 (90,6)	46 (76,7)	0,010	81 (80,2)	12 (66,7)	0,221*
Praca	119 (94,4)	50 (84,7)	0,029	94 (92,2)	18 (100,0)	0,604
Dochód >3 500,0 PLN	41 (32,5)	19 (32,8)	0,977	58 (58,6)	6 (33,3)	0,048
Samotne zamieszkiwanie	12 (9,4)	6 (10,0)	0,892	14 (13,7)	0 (0,0)	0,125*
Liczba pokoi						
1–2	43 (43,0)	26 (51,0)	0,617	49 (55,7)	3 (23,1)	0,009
3	39 (39,0)	18 (35,3)		29 (33,0)	9 (76,9)	
4 i więcej	18 (18,0)	7 (13,7)		10 (11,4)	-	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Posiadanie małżonka/ partnera	112 (87,5)	51 (85,0)	0,638	75 (73,5)	14 (82,4)	0,556*
Bliski związek z partnerem	110 (97,3)	50 (98,0)	1,000*	73 (97,3)	13 (92,9)	0,405*
Posiadanie dzieci	72 (56,3)	34 (56,7)	0,957	44 (43,1)	11 (64,7)	0,099
Liczba dzieci 0	56 (44,1)	26 (43,3)	0,081	58 (56,9)	6 (35,3)	0,246*
1	44 (34,6)	17 (28,3)		27 (26,5)	6 (35,3)	
2	22 (17,3)	15 (25,0)		15 (14,7)	5 (29,4)	
3	5 (3,9)	-		2 (2,0)	-	
4	-	2 (3,3)		-	-	
Posiadanie przyjaciół	121 (94,5)	52 (88,1)	0,109*	90 (88,2)	16 (88,9)	1,000*
Uprawianie sportu	67 (52,8)	30 (50,0)	0,725	62 (60,8)	10 (55,6)	0,676

* Na podstawie testu dokładnego Fishera

Analizując stan zdrowia badanych kobiet i mężczyzn, nie stwierdzono znaczących różnic między osobami depresyjnymi i niedepresyjnymi w okresie młodzieńczym. Nie zaobserwowano statystycznie istotnych różnic w odniesieniu do występowania jakiejkolwiek poważnej choroby po upływie 17 lat pomiędzy pierwszym badaniem a powtórą ankietą, ani w zależności od wybranych typów chorób – tzn. zaburzeń psychicznych, chorób z autoagresji czy chorób nowotworowych. Ponadto objawy depresji młodzieńczej nie były związane z częstszym stosowaniem używek, takich jak papierosy, alkohol czy narkotyki. Zauważyć jednak należy odmienne tendencje w grupie kobiet i mężczyzn. W grupie kobiet po narkotyki sięgało 13,3% badanych prezentujących objawy depresyjne w okresie adolescencji w porównaniu z 5,5% tych, które nie deklarowały objawów depresyjnych, natomiast w grupie mężczyzn to badani bez objawów depresyjnych częściej sięgali po narkotyki (26,5 vs. 5,6%).

Tabela 2. Charakterystyka stanu zdrowia i używania substancji psychoaktywnych w zależności od płci oraz występowania objawów depresyjnych w okresie adolescencji

Zmienna	Kobiety		p	Mężczyźni		p
	Brak depresji N = 128	Depresja N = 60		Brak depresji N = 102	Depresja N = 18	
Ostatnia wizyta w POZ						
Ostatni miesiąc	36 (28,3)	20 (35,1)	0,546	12 (11,8)	1 (5,6)	0,674*
2–6 miesięcy temu	47 (37,0)	15 (26,3)		36 (35,3)	6 (33,3)	
>6 miesięcy temu	29 (22,8)	14 (24,6)		30 (29,4)	8 (44,4)	
Nie korzysta z POZ	15 (11,8)	8 (14,0)		24 (23,5)	3 (16,7)	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Częstość korzystania z POZ w ostatnich 2-3 latach	32 (26,0)	14 (24,6)		35 (36,8)	6 (35,3)	
1/rok	37 (30,1)	15 (26,3)	0,867	29 (30,5)	7 (41,2)	0,826*
Kilka/rok	50 (40,7)	25 (43,9)		29 (30,5)	4 (23,5)	
1/miesiąc	4 (3,3)	3 (5,3)		-	-	
Częściej	-	-		2 (2,1)	-	
SOR (w ostatnim roku)	24 (18,9)	15 (25,0)	0,338	10 (9,8)	2 (11,1)	1,000*
Poważna choroba	31 (24,2)	16 (27,1)	0,671	21 (20,6)	3 (16,7)	1,000*
Choroby psychiczne	6 (4,7)	3 (5,0)	1,000*	9 (8,8)	2 (11,1)	0,670*
Choroby z autoagresji	7 (5,5)	4 (6,7)	0,746*	1 (1,0)	-	1,000*
Choroby nowotworowe	3 (2,3)	4 (6,7)	0,212*	3 (3,0)	-	1,000*
Leczenie specjalistyczne	116 (90,6)	54 (90,0)	0,892	84 (82,4)	13 (72,7)	0,335*
Palenie papierosów	13 (10,2)	10 (6,7)	0,211	27 (26,7)	5 (29,4)	0,776*
Picie alkoholu						
Nie	32 (25,2)	10 (16,7)		11 (11,5)	4 (23,5)	
<1 raz/tydzień	77 (60,6)	36 (60,0)	0,162	42 (43,8)	10 (58,8)	0,147*
Do 5 razy/tydzień	17 (13,4)	11 (18,3)		32 (33,3)	2 (11,8)	
Więcej	1 (0,8)	3 (5,0)		11 (11,5)	1 (5,9)	
Używanie narkotyków	7 (5,5)	8 (13,3)	0,083*	27 (26,5)	1 (5,6)	0,069*
Naruszenie norm prawnych	1 (0,8)	2 (3,3)	0,239*	6 (5,9)	-	0,590*

* Na podstawie testu dokładnego Fishera

Analizując jakość życia badanych oraz jakość sieci społecznych tworzonych przez trzydziestolatków, w grupie mężczyzn nie zaobserwowano znaczącego wpływu depresyjności w okresie młodzieńczym na jakość kontaktów społecznych, jak i ogólną jakość życia. Statystycznie istotne różnice między depresyjnymi i niedepresyjnymi mężczyznami stwierdzono w odniesieniu do zadowolenia z posiadanych środków finansowych – niedepresyjni mężczyźni byli bardziej zadowoleni z posiadanych zasobów (3,75 vs. 3,22; $p = 0,045$) oraz ze sposobów wykorzystania wolnego czasu (3,83 vs. 3,32; $p = 0,04$). W grupie kobiet zaś depresyjność w okresie adolescencji była związana z poczuciem niższej ogólnej jakości życia (40,4 vs. 43,2; $p = 0,008$). Różnice te były widoczne w mniejszym zadowoleniu ze spędzania wolnego czasu (3,30 vs. 3,65; $p = 0,035$), mniejszym zadowoleniu z realizacji celów życiowych (3,26 vs. 3,65; $p = 0,017$) i posiadanych zasobów finansowych (3,29 vs. 3,83; $p < 0,001$).

Tabela 3. Porównanie wskaźników jakości życia w zależności od płci i występowania objawów depresyjnych w okresie adolescencji

Zmienna	Kobiety			Mężczyźni		
	Brak depresji	Depresja	p	Brak depresji	Depresja	p
Samooceńca jakości życia	4,30 (0,73)	4,08 (0,85)	0,072	3,94 (0,85)	4,11 (0,76)	0,431
Skala jakości życia						
Zadowolenie ze zdrowia	3,96 (0,72)	3,80 (0,92)	0,235	3,80 (0,87)	3,89 (0,83)	0,696
Zadowolenie z siebie	3,81 (0,75)	3,53 (0,97)	0,052	3,75 (0,89)	3,72 (0,67)	0,891
Zadowolenie z relacji osobistych	3,99 (0,93)	3,82 (0,93)	0,229	3,65 (1,04)	4,06 (0,87)	0,126
Zadowolenie z warunków mieszkaniowych	4,24 (0,82)	3,98 (1,13)	0,113	4,07 (0,92)	4,22 (0,73)	0,501
Zadowolenie ze sposobu wykorzystania swojego czasu	3,65 (0,89)	3,30 (1,12)	0,035	3,32 (1,00)	3,83 (0,79)	0,040
Energia do codziennego życia	3,69 (0,94)	3,42 (1,05)	0,082	3,82 (0,97)	3,83 (0,99)	0,957
Kontrolowanie tego, co chciałoby się robić	3,67 (0,94)	3,51 (0,82)	0,258	3,74 (0,82)	3,83 (0,92)	0,665
Możliwość realizacji celów	3,65 (0,99)	3,26 (1,10)	0,017	3,65 (0,87)	3,67 (0,97)	0,953
Posiadanie odpowiedniej ilości pieniędzy na zaspokojenie swoich potrzeb	3,83 (0,85)	3,29 (0,98)	<0,001	3,75 (0,99)	3,22 (1,17)	0,045
Poczucie satysfakcji z bliskiej przyjaźni	4,43 (0,76)	4,21 (0,89)	0,078	4,09 (1,03)	4,22 (0,73)	0,608
Ogólny wynik skali jakości życia	43,2 (6,34)	40,4 (7,60)	0,008	41,7 (6,72)	42,6 (6,80)	0,608

Stwierdzono również wyższą jakość sieci społecznej kobiet, które w okresie adolescencji nie były depresyjne (65,9 vs. 59,3; $p = 0,046$).

Dyskusja

Analiza wyników 17-letniego prospektywnego badania powiązań między depresyjnością w okresie dorastania w nieleczzonej populacji adolescentów a ich zdrowiem i funkcjonowaniem w dorosłości wskazuje, że pojawienie się objawów depresyjnych w tej fazie rozwoju w wypadku kobiet wiąże się z uzyskaniem gorszego wykształcenia i mniejszą możliwością wykonywania pracy zawodowej w dorosłym życiu w porów-

naniu z ich niedepresyjnymi rówieśnikami. Natomiast w grupie mężczyzn zaobserwowano, że osoby depresyjne rzadziej uzyskują wyższe wykształcenie w porównaniu z osobami niedepresyjnymi, choć różnica ta nie osiągnęła istotności statystycznej. Niedepresyjni w okresie dojrzewania mężczyźni podejmują jednak lepiej płatne prace, w których częściej uzyskują wysokie dochody. Stwierdzono również, że mężczyźni, którzy prezentowali objawy depresyjne, częściej posiadają dzieci i mieszkają w nieco lepszych warunkach mieszkaniowych, ale podobnie jak w wypadku poziomu wykształcenia zależności te nie osiągnęły istotności statystycznej. Wcześniejsze badania adolescentów w Krakowie ujawniły powiązania depresyjności w okresie młodzieńczym z wcześniejszym zachodzeniem w ciążę czy też wchodzeniem w nietrwałe związki [5, 11, 12].

W wypadku depresji w okresie środkowej adolescencji u mężczyzn obserwowano brak istotnych relacji partnerskich, a w wypadku kobiet – wcześniejsze macierzyństwo i wczesne rozwody. Objawy depresyjne we wczesnej adolescencji były związane z mniejszą intensywnością relacji społecznych poza kręgiem rodzinnym. Z kolei kobiety, u których obserwowano objawy depresyjne w środkowej adolescencji, miały bardziej intensywne życie towarzyskie [5].

Analiza jakości życia badanych osób wykazała istotne statystycznie różnice między mężczyznami i kobietami prezentującymi objawy depresyjne w okresie adolescencji. W grupie niedepresyjnych mężczyzn zaobserwowano większe zadowolenie z posiadanych środków finansowych. Kobiety depresyjne w okresie dorastania deklarowały w dorosłości poczucie niższej ogólnej jakości życia, zwłaszcza w zakresie zadowolenia ze sposobów spędzania wolnego czasu, z realizacji celów życiowych i posiadanych środków finansowych. Kobiety niedepresyjne po 17 latach prezentowały też wyższą jakość sieci społecznych.

Jakość życia, jako ocenę przeszłości, terażniejszości i przyszłości, można powiązać z poczuciem potencjału psychospołecznego badanych osób. Świadczy on o ich przekonaniu o możliwości panowania nad aktualną sytuacją życiową, ale także o podejmowaniu planów na przyszłość, co pośrednio może wskazywać na dobre samopoczucie psychiczne i satysfakcję z życia [10]. Uzyskane w opisywanym badaniu wyniki wskazują, że wbrew przewidywaniom pojawienie się objawów depresji w fazie adolescencji nie może być traktowane jako predyktor zaburzeń psychicznych w późniejszych okresach życia. Wskazywały na to już wyniki wcześniejszych badań prospektywnych prowadzonych wśród adolescentów w Krakowie. Nie stwierdzano w nich obecności powiązań między depresją młodzieńczą a chorobą afektywną w dorosłości [5, 11, 12].

Wśród ograniczeń prezentowanego badania w pierwszej kolejności należy wymienić tę okoliczność, że dane zbierane były na podstawie ankiety, co wiąże się z możliwością wystąpienia charakterystycznych dla tego typu narzędzi błędów, związanych z koniecznością odtworzenia sobie przez respondentów pewnych faktów z przeszłości, ale również możliwością nieświadomego lub też świadomego zniekształcenia informacji. Dodatkowo zastosowanie formy ankiety pocztowej łączy się też pośrednio ze stosunkowo niskim odsetkiem zwrotów ankiet – jest to typowy problem dotyczący wielu tego rodzaju badań. Uzyskana zwrotność ankiet na poziomie około

10% wyjściowej próby wydaje się dosyć niska, jednak należy wziąć pod uwagę, że jest to badanie powtórzone po upływie 17 lat od pierwszego badania. W porównaniu z wcześniej prowadzonymi badaniami ankietowymi zauważalna jest mniejsza chęć współpracy i przesyłania zwrotnego odpowiedzi, mimo że autorzy pokrywali koszty wysyłki. Tak mała liczebność próby nie pozwala na uzyskanie odpowiedniej mocy statystycznej wniosku, jednak może stanowić podstawę obserwacji pewnych tendencji, które zaznaczają się w badanej grupie.

Wnioski

Wieloletnia obserwacja w przedstawionym badaniu prospektywnym wspiera hipotezę o rozwojowym charakterze depresji młodzieńczej.

Badanie przeprowadzono dzięki funduszom własnym Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum (grant K/ZDS/007154).

Piśmiennictwo

1. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). *Development and general psychometric properties*. Soc. Sci. Med. 1998; 46(12): 1569–1585.
2. Clayborne ZM, Varin M, Colman I. *Systematic review and meta-analysis: Adolescent depression and long-term psychosocial outcomes*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2019; 58(1): 72–79.
3. Nyberg A, Rajaleid K, Westerlund K, Hammarström A. *Does social and professional establishment at age 30 mediate the association between school connectedness and family climate at age 16 and mental health symptoms at age 43?* J. Affect. Disord. 2019; 246: 52–61.
4. Kępiński A. *Melancholia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1974.
5. Bomba J, Modrzejewska R, Pilecki M, Ślosarczyk M. *Depresyjny przebieg dorastania jako czynnik ryzyka powstawania zaburzeń psychicznych – piętnastoletnie badania prospektywne*. Psychiatr. Pol. 2003; 37(1): 57–69.
6. Bomba J, Modrzejewska R. *Prospektywne badanie dynamiki depresji u młodzieży w późnej fazie dorastania*. Psychiatr. Pol. 2006; 40(4): 695–706.
7. Bomba J, Modrzejewska R. *Prospektywne badanie dynamiki depresji u młodzieży w średniej fazie dorastania*. Psychiatr. Pol. 2006; 40(4): 683–693.
8. Zawisza K, Galas A, Tobiasz-Adamczyk B, Chatterji S, Haro JM, Miret M i wsp. *The validity of the instrument to evaluate social network in the ageing population: The Collaborative Research on Ageing in Europe Social Network Index*. Clin. Psychol. Psychother. 2014; 21(3): 227–241.
9. Caballero FF, Miret M, Power M, Chatterji S, Tobiasz-Adamczyk B, Koskinen S i wsp. *Validation of an instrument to evaluate quality of life in the aging population: WHOQOL-AGE*. Health Qual. Life Outcomes. 2013; 11: 177.
10. Zawisza K, Gałaś A, Tobiasz-Adamczyk B. *Walidacja polskiej wersji skali oceny jakości życia WHOQOL-AGE w populacji osób starszych*. Geront. Pol. 2016; 24(1): 7–16.
11. Modrzejewska R, Bomba J, Pac A. *Objawy depresyjne wśród adolescentów w nieleczzonej populacji Krakowa – 30-letnia katamneza*. Psychiatr. Pol. 2019; 53(4): 723–725.

12. Witkowska-Roszka J. *Zespoły depresyjne u dzieci w wieku 7 do 14 lat*. Maszynopis pracy doktorskiej. Akademia Medyczna we Wrocławiu; 1978.

Adres: Renata Modrzejewska
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
31-501 Kraków, ul. M. Kopernika 21 A
e-mail: renatam@cm-uj.krakow.pl

Otrzymano: 27.04.2020
Zrecenzowano: 21.06.2020
Przyjęto do druku: 21.06.2020