

Porównanie objawów depresji w populacji uczniów krakowskich szkół podstawowych w latach 1984 i 2001*

A comparative study on depression symptoms in Cracow primary school kids in years 1984 and 2001

Renata Modrzejewska, Jacek Bomba

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

Summary

Aim. The study aims to find out whether or not the image of depression in children has remained related to the changing social context within a period of fifteen years.

Method. For the depression study, version AO “B1” of the Kraków Depression Inventory (KID) was used. The subject group included 10-year-old fourth-form Kraków primary school students selected in 1984 and 2001 by two-stage draw. The analysis included subjects with a screening diagnosis of depression. In 1984, this was a group of 160, and in 2001–200 persons.

Results. Statistical analysis showed significant differences between the groups of pupils under study in 1984 and 2001 as far as the scale of mood disorder is concerned (a reduction in the intensity of symptoms in girls and an increase in boys) and somatic symptoms (increase of symptoms in girls and a reduction in the intensity of symptoms in boys). On other scales, no differences of statistical significance were found between the groups.

Conclusions. The changing social conditions have a relatively low effect on the symptomatic depression image in preadolescent children.

Słowa klucze: depresja u dzieci, badania epidemiologiczne

Key words: child depression, epidemiological study

Badania epidemiologiczne prowadzone w nie leczonej populacji dzieci i młodzieży oraz badania w grupach klinicznych wskazują na zmianę częstości występowania zaburzeń depresyjnych w zależności od płci w kolejnych okresach rozwojowych [1, 2, 3].

Rozpowszechnienie dużej depresji u dzieci w okresie przedpokwitaniowym zostało określone na 1–2%, a w grupie adolescentów na 3–8% [4, 5, 6].

Gromadzone ostatnio dane wskazują, że rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych u dzieci wzrasta i obniża się średnia wieku, w którym się one pojawiają po raz pierwszy [7].

* Badanie wykonano korzystając z grantu KBN 4 PO5D 018 16.

Obecność depresji w okresie rozwojowym grozi występowaniem w przyszłości negatywnych powikłań, takich jak poważne objawy zaburzeń zachowania, zaburzeń osobowości, picie alkoholu, palenie papierosów i używanie innych substancji psychoaktywnych, myśli i próby samobójcze, otyłość, konflikty interpersonalne i złe relacje w grupie rówieśniczej oraz gorsze wyniki w nauce [8].

Wskazywano na związek depresji dziecięcej z niekorzystnymi czynnikami społecznymi, lecz nie ma na to dostatecznych dowodów [9, 10].

Zaburzenia o obrazie depresyjnym, podobnie zresztą jak wiele innych zaburzeń psychicznych i zachowania, przed okresem powitania występują nieco częściej u chłopców, a po okresie powitania – u dziewcząt. Przyczyny tych różnic mają wiele hipotetycznych wyjaśnień, żadne z nich nie zostało jednak przyjęte jako oczywiste [1].

W ostatnich 20 latach nastąpił istotny postęp w rozumieniu oraz rozwoju metod leczenia depresji u dzieci, jednakże nadal kilka obszarów wymaga dalszych badań. Do takich należą badania genetyki molekularnej zmierzające do ustalenia endofenotypu – układu genów związanych z wczesnym początkiem zaburzeń afektywnych. Fenotyp obejmuje objawy afektywne, lęk i neurotyzm. Takie fenotypy mogą pomóc zidentyfikować czynniki genetyczne istotne dla początku i przebiegu depresji, a te w konsekwencji powinny wspierać identyfikację osób z grupy ryzyka i pomagać w rozwoju bardziej precyzyjnych metod leczenia. Ich ważnym uzupełnieniem są badania, które pomagają wyjaśniać, jak rozwojowe i środowiskowe czynniki ryzyka i czynniki ochronne oddziałują na ekspresję genetyczną [8]. Prezentowane poniżej wyniki wpisują się w nurt badań nad kontekstem społecznym.

Współczesne klasyfikacje zaburzeń psychicznych (ICD-10, DSM-IV) są z założenia tymczasowe. Pojawiające się w dzieciństwie i w okresie dorastania 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. Zwłaszcza iż nowe próby typologii zaburzeń psychicznych włączają oprócz klasycznych także cechy charakteryzujące środowisko, w jakim przebiega rozwój [11, 12].

Cel pracy

Celem pracy była próba ustalenia, czy obraz depresji w grupie 10-letnich uczniów pozostaje w związku z kontekstem społecznym dorastania.

Dla wyeliminowania wpływu trendu sekularnego oraz różnic w tempie dorastania wybrano odstęp czasowy między pomiarami mniejszy niż 20 lat. Pierwszy etap badań prowadzono w połowie lat osiemdziesiątych. Przyjęto, że różnica kontekstu społecznego między rokiem zakończenia stanu wojennego a dwunastym rokiem od rozpoczęcia zmian ustrojowych w Polsce jest na tyle znacząca, że spełnia nasze oczekiwania. Zmianie uległ w tym czasie ustrój polityczny kraju, podstawowe sojusze wojskowe, zakres swobód i obowiązków obywatelskich, system opieki społecznej, system opieki

zdrowotnej, perspektywy znalezienia miejsca w świecie ludzi dorosłych. Ze względu organizacyjnych badania porównawcze przeprowadzono w 2001 r.

Material i metoda

Do badania depresji użyto Krakowskiego Inwentarza Depresyjnego (KID) w wersji AO „B1” opracowanego do przesiewowych badań nad depresją u dzieci prowadzonych w latach osiemdziesiątych [13]. Wyniki KID umożliwiają dokonanie przesiewowej diagnozy depresji oraz opisanie jej obrazu objawowego. W założeniu, KID, który zastał skonstruowany przed wprowadzeniem klasyfikacji ICD-10, ujmował szeroko rozumianą depresję u dzieci i młodzieży. Dlatego pojęcie depresji używane w tym artykule nie odnosi się bezpośrednio do kategorii diagnostycznych wspomnianej wyżej klasyfikacji.

KIDAO „B1” ma formę kwestionariusza wypełnianego przez rodziców i zawiera 67 opisów objawów depresji. Wynik od 12 i więcej stwierdzeń pozytywnych jest dodatni diagnostycznie, współczynnik rzetelności wynosi $r_{tt} = 0,907$, a trafność diagnostyczna oceniana na podstawie współczynnika korelacji punktowo-dwuseryjnej jest równa 0,593 [7]. Kwestionariusz zawiera następujące skale: A – zaburzeń nastroju, B – lęku, C – zaburzeń poznawczych, D – napędu psychoruchowego, E – autodestrukcji, i F – objawów somatycznych.

Wyniki KID oceniane są według skali stenowej. Wynik ogólny w granicach 7 do 10 stena wskazuje na obecność depresji, a w poszczególnych skalach na znaczne nasilenie objawów w tym obszarze.

Grupy badane stanowiły: w 1984 roku 419 uczniów IV klas krakowskich szkół podstawowych (10-latki: 213 dziewcząt oraz 206 chłopców) oraz w 2001 roku 722 uczniów (335 dziewcząt i 387 chłopców). Grupy te zostały wyłonione metodą losowania dwustopniowego.

Do analizy włączono uczniów z przesiewową diagnozą depresji. W 1984 r. była to grupa licząca 160 osób, w 2001 r. – 200. Rozkład liczebności w obu etapach badania z uwzględnieniem płci przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Liczebność badanych grup uczniów z objawami depresyjnymi

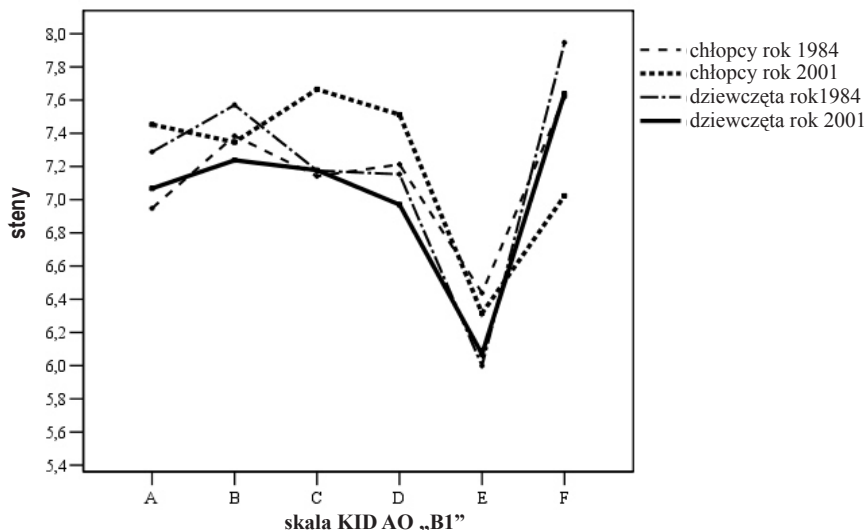
Płeć	1984 rok	2001 rok	Razem
Chłopcy	96	120	216
Dziewczęta	64	80	144
Razem	160	200	360

Metody statystyczne

Przeprowadzono dwuczynnikową ANOVA oddzielnie dla każdej skali KID AO „B1” w celu sprawdzenia różnic pomiędzy populacjami badanymi w roku 1984 i 2001 oraz pomiędzy obu płciami.

Wyniki

Profile uśrednionych wyników w skalach KID AO „B1” dla czterech wyodrębnionych grup są zróżnicowane.



Rys.1 Wykres profili średnich wyników w skalach KID AO „B1” w czterech populacjach

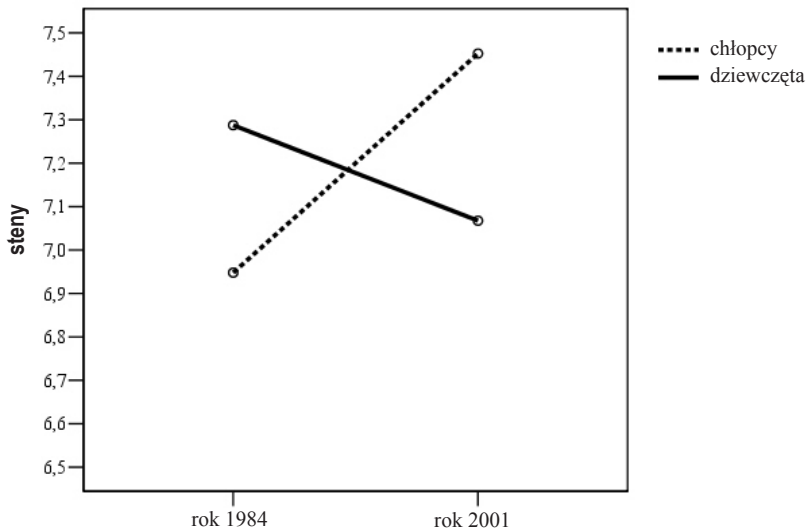
W skali zaburzeń nastroju (A) nie zaobserwowano różnic między płciami oraz między populacjami. Wystąpiła natomiast istotna statystycznie interakcja między płcią a populacją ($F [1,356] = 6,713$, $p = 0,010$). Charakter interakcji obrazuje rysunek 2. Nasilenie zaburzeń nastroju w populacji dziewcząt badanych w roku 2001 jest niższe niż w populacji dziewcząt badanych w roku 1984, natomiast w populacjach chłopców odwrotnie – w roku 2001 poziom zaburzeń jest wyższy niż w roku 1984. W efektach prostych uzyskano istotną statystycznie różnicę ($t = 2,842$, $df = 214$, $p = 0,005$) między średnimi obu populacji chłopców oraz pomiędzy średnimi populacji chłopców i dziewcząt badanych w roku 2001 ($t = 2,097$, $df = 198$, $p = 0,037$). W roku 1984 ta ostatnia różnica nie osiągnęła poziomu $\alpha = 0,05$, ale należy zaznaczyć, że liczebności badanych populacji były niższe.

W skali B (lęku) nie stwierdzono żadnych statystycznie istotnych różnic między badanymi grupami.

W skali C (zaburzeń poznawczych) wyniki dwuczynnikowej ANOVA były statystycznie nieistotne, chociaż dwa efekty proste okazały się znaczące w 2001 roku (w populacji chłopców średnia była wyższa od średniej w roku 1984 – $t = 2,423$, $df = 214$, $p = 0,016$, i jednocześnie statystycznie istotnie wyższa od średniej dziewcząt badanych w roku 2001 ($t = 2,240$, $df = 198$, $p = 0,026$).

W skali D (napędu psychoruchowego) wyniki dwuczynnikowej ANOVA były statystycznie nieistotne. Z efektów prostych zaznaczyła się istotna statystycznie różnica

między chłopcami a dziewczętami w 2001 roku – bardziej nasilone zaburzenia napędu wystąpiły w grupie chłopców ($t = 2,463$, $df = 198$, $p = 0,015$).



Rys. 2. **Obraz interakcji płęć × populacja w skali A (zaburzeń nastroju)**

W skali autodestrukcji (E) wyniki dwuczynnikowej ANOVA (efekty główne i interakcja) okazały się statystycznie nieistotne. Również żaden z efektów prostych nie osiągnął poziomu $\alpha = 0,05$. Przy braku istotnych różnic w tej skali zwraca uwagę szczególnie mała wariancja wyników surowych.

W skali F (objawów somatycznych) ujawniły się istotne efekty główne. Dziewczęta z obu populacji uzyskały wyższą średnią niż chłopcy z obu populacji ($F [1,356] = 5,369$, $p = 0,021$). Średnia w skali F badanych uczniów w 2001 roku była niższa od średniej w 1984 r. ($F [1,356] = 4,924$, $p = 0,027$). Istotne statystycznie okazały się dwa efekty proste. Średnia chłopców badanych w roku 2001 była statystycznie istotnie niższa od średniej chłopców badanych w 1984 r. ($t = 2,207$, $df = 214$, $p = 0,028$). W 2001 roku dziewczęta istotnie różniły się od chłopców większym nasileniem objawów ($t = 2,259$, $df = 198$, $p = 0,025$).

Z podanych wyżej wyników ANOVA dla skal KID AO „B1” oraz analizy przebiegu profilów na rysunku 1 można wnioskować, że porównywane populacje uczniów różniły się istotnie statystycznie przynajmniej w dwóch skalach – A i F (efekty interakcyjne albo główne w ANOVA), a także (z mniejszą pewnością), że różnice między niektórymi populacjami wystąpiły również w skalach C i D. Nie stwierdzono natomiast różnic w skalach B i E, chociaż w tej ostatniej zaznacza się trend w kierunku wyższych wyników w populacjach chłopców niż w populacjach dziewcząt.

Dyskusja

W prowadzonych wcześniej badaniach określono wskaźniki rozpowszechnienia depresji w nie leczonej populacji 10-letnich uczniów szkół podstawowych na poziomie

38,2% w 1984 roku i 27,7% w roku 2001. W opisywanym okresie zasadnicza zmiana dotyczyła zmniejszenia się rozpowszechnienia depresji – w grupie chłopców z 46,6% do 31,0% i różnica ta była bardzo istotna statystycznie [7], w grupie dziewcząt z 30,0% do 23,9%, i nie osiągnęła istotności statystycznej.

Należy podkreślić, że w badaniach, w których opierano się na relacjach rodziców i nauczycieli, stwierdzono rozpowszechnienie depresji niższe niż w badaniach, w których brano pod uwagę ocenę stanu psychicznego przez same dzieci. Jeżeli nawet dorośli są wiarygodni co do zachowań eksternalizacyjnych i mają skłonność do spostrzegania depresji jako zachowań stwarzających problem, to generalnie relacjonują mniej objawów niż ich dzieci [14, 15].

Analiza wyników przesiewowego badania depresji u młodzieży we wczesnej fazie dorastania przeprowadzonego w różnym kontekście społecznym wykazała, że pewne cechy badanego zjawiska są stałe, inne zaś ulegają pewnej zmianie.

Zmiany dotyczą również obrazu depresji, jednak nie są one tak duże jak w środkowej i późnej fazie adolescencji [16, 17].

Obraz zaburzeń depresyjnych w okresie preadolescencji jest podobny u obu płci w opisywanych przedziałach czasowych. Zmieniające się warunki polityczno-społeczne związane z okresem transformacji nie mają zasadniczego wpływu na ich obraz. Dzieci, których dojrzewanie dopiero się zaczyna, nie reagują zmianą obrazu psychopatologicznego na istotne zmiany zachodzące w otaczającym je środowisku.

Wnioski

Zmieniające się warunki społeczne mają stosunkowo niewielki wpływ na obraz objawowy depresji u dzieci w okresie preadolescencji.

Można jednak odnotować, że w roku 2001, w porównaniu rokiem 1984:

- nasilenie objawów zaburzeń nastroju (A) zmniejszyło się u dziewcząt, a zwiększyło u chłopców;
- nasilenie objawów zaburzeń poznawczych (C) zwiększyło się u chłopców;
- nasilenie objawów zaburzeń napędu (D) bardziej zróżnicowało płcie, zwiększając się u chłopców;
- nasilenie objawów somatycznych (F) zmniejszyło się u chłopców, wyraźniej różnicując płcie.

Сравнение картин депрессии в популяции краковских учеников начальных школ в 1984 и 2001 годах

Содержание

Задание. Заданием работы была проба установления однозначности картины депрессии у детей в связи с изменяемися условиями социальной среды на протяжении 15 лет .

Метод. Для исследования депрессии использован Краковский инвентарь депрессии (КИД) в версии АО „В1”. В обследованную группу вошли 10-летние ученики четвертых классов краковских начальных школ в 1984 и 2001 годах методом двухступенного выбора. В анализ включены исследованные со скрининговой распознанной депрессией . В 1984 году эта группа состояла из 100 учеников, а в 2001 из 160-ти.

Результаты. Статистический анализ показал существенные различия между исследованными группами учеников в 1984 и в 2001 годах в шкале нарушений настроения (уменьшение симптомов у девочек, но увеличение таковых же у мальчиков). Кроме того отмечены различия в соматических симптомах (утяжеление симптомов у девочек, а уменьшение симптомов у мальчиков). В остальных шкалах не отмечено различий статистически существенных между группами. Выводы. Изменяющиеся социальные условия относительно мало влияют на клиническую картину депрессии у детей младшего возраста.

Vergleich der Depressionssymptome in der Population der Schüler der Krakauer Post-Grundschulen in den Jahren 1984 und 2001

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie war der Versuch, zu bestimmen, ob das Bild der Depression in einem Zusammenhang mit dem sich verändernden sozialen Kontext innerhalb der letzten fünfzehn Jahren steht.

Méthode. Zur Untersuchung der Depression wurde das Krakauer Depressions – Inventar (KID) in der Version AO “B1” Die untersuchte Gruppe bildeten 10-jährige Schüler der vierten Klasse der Krakauer Grundschulen, die 1984 und 2001 mit einer zweistufigen Zufallstichprobe rekrutiert wurden. Zur Analyse wurden die Untersuchten mit der Diagnose Depression eingeschlossen. 1984 waren es 160, und 2001 – 200 Personen.

Ergebnisse. Die statistische Analyse zeigte signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen der untersuchten Schüler in den Jahren 1984 und 2001 in der Skala der Stimmungsstörungen (Senkung der Intensität der Symptome bei Mädchen und Steigerung bei Jungen) und somatischen Symptomen (Steigerung der Symptome bei Mädchen und Senkung der Intensität der Symptome bei Jungen). In den übrigen Skalen wurden keine statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt.

Schlussfolgerungen. Die soziale Lage, die sich verändert, hat einen geringen Einfluss auf das Symptombild der Depression bei Kindern in der Präadoleszenzzeit.

L'étude comparative des symptômes de la dépression de la population des écoles élémentaires de Cracovie des années 1984 et 2001

Résumé

Objectif. On essaie de savoir si l'image de la dépression des enfants se lie avec le contexte social changeant durant la période de quinze ans.

Méthode. En usant le questionnaire AO « B1 » on examine les élèves des écoles élémentaires qui ont 10 ans pendant les années 1984 et 2001. Ils sont sélectionnés deux fois et ils sont diagnostiqués – « dépression ». Le groupe de 1984 compte 160 élèves, celui de 2001 – 200 élèves.

Résultats. L'analyse statistique démontre que les groupes examinés diffèrent des résultats des échelles des troubles de l'humeur (ils diminuent chez les filles, ils accroissent chez les garçons) et des symptômes somatiques (ils sont plus intensifs chez les filles et plus faibles chez les garçons). Dans les autres échelles on ne note pas de grandes différences.

Conclusions. Les conditions sociales qui changent n'influent pas sur l'image des symptômes de la dépression des enfants durant la période de la préadolescence.

Piśmiennictwo

1. Bomba J, Badura W, Bielska A, Domagalska-Kurdziel E, Gardziel A, Izdebski R, Józefik B, Kwiatkowski R, Lebidowicz H, Pietruszewski K, Szelerewicz L, Wolska M, Zyblikiewicz D. *Rozpowszechnienie i obraz depresji u dzieci i młodzieży w świetle bezpośrednich badań populacji nieleczzonej*. Psychiatr. Pol. 1986; 2: 184–189.

2. Jaklewicz H. *Zaburzenia depresyjne u młodzieży w okresie transformacji społecznej*. Psychiatr. Psychol. Klin. Dzieci i Młodzieży 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. Harrington R. *Affective disorders*. W: Rutter M, Taylor E, red. *Child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell Publishing 2002, s. 463–485.
5. Fleming JE, Offord DR. *Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1990; 29: 571–580.
6. Costello EJ, Mustillo S, Erkanil A. *Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence*. Arch. Gen. Psychiatry 2003; 60: 837–844.
7. Modrzejewska R, Bomba J. *Porównanie rozpowszechnienia depresji w populacji 10-letnich dzieci krakowskich szkół podstawowych w latach 1984 i 2001*. Psychiatr. Pol. 2006; 40, 6: 1117–1128.
8. Zalsman G, Brent D. *Depression*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2006; 15, 4: 827–841.
9. Bomba J, Jaklewicz H. *Depresja u dzieci podejmujących naukę szkolną. Rozpowszechnienie zjawiska i jego zależność od możliwości przystosowawczych dziecka*. Psychiatr. Pol. 1990; 24, 4: 15–19.
10. Bomba J, Jaklewicz H. *Dynamika depresji u dzieci. Badania longitudinalne*. Psychiatr. Pol. 1994; 28, 5: 523–534.
11. Hantman S, Solomon Z, Horny Y. *Long-term coping of Holocaust survivors: a typology*. Isr. J. Psychiatry Relat. Sc. 2003; 40, 2: 126–134.
12. Munich RL, Allen JG. *Psychiatric and sociotherapeutic perspectives on the difficult-to-treatment patient*. Psychiatry 2003; 66, 4: 346–357.
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 nie leczonej*. Psychiatr. Pol. 1986; 20, 3: 184–189.
14. Poli P, Sbrana B, Marcheschi M, Masi G. *Self-reported depressive symptoms in a school sample of Italian children and adolescents*. Child Psychiatry Hum. Dev. 2003; 33: 209–226.
15. Angold A, Weissman M, John K, Merikangas K, Prusoff B, Wickramaratne P i in. *Parent and child reports of depression symptoms in children at low and high risk of depression*. J. Child Psychol. Psychiatry 1987; 28: 901–915.
16. Modrzejewska R, Bomba J. *Porównanie obrazu depresji młodzieńczej w populacji uczniów krakowskich szkół gimnazjalnych na podstawie analizy wyników badacza pomocą inwentarza objawowego IO „B1”*. Psychiatr. Pol. 2009, przyjęte do druku.
17. Modrzejewska R, Bomba J. *Porównanie rozpowszechnienia depresji wśród młodzieży krakowskich szkół średnich w latach 1984 i 2001*. Psychiatr. Pol. 2004; 38, 1: 13–27.

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

Otrzymano: 6.06.2008
Zrecenzowano: 1.09.2008
Otrzymano po poprawie: 3.11.2008
Przyjęto do druku: 1.12.2008