

Prospektywne badanie dynamiki depresji u młodzieży w średniej fazie dorastania*

Prospective study on dynamics of depression in mid-adolescence

Jacek Bomba, Renata Modrzejewska

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

Summary

Aim. The aim of the study is an evaluation of the occurrence and dynamics of depression during mid-adolescence. It was conducted in prospective studies on a representative group of gymnasium school adolescents in large towns.

Method. In a two-stage draw, a representative group of 1737, 13 year-old adolescents was chosen. They were surveyed by the Krakow Depression Inventory (KID) subsequently in the years 2001, 2002, 2003.

Results. The point-prevalence of depression was respectively 24.6%, 24.5% and 26.6% for 13, 14 and 15 year-olds. The spread-out rate of depressive disorder in the studied group turned out to be relatively stable.

Conclusion. Depression is more common amongst mid-adolescent girls than boys. Dynamics of the disorder, when studied throughout the three years show that amongst the mid-adolescent population, depression is a disorder of an unequivocal nature.

Słowa klucze: depresja u młodzieży, epidemiologia zaburzeń psychicznych u młodzieży

Key words: adolescent depression, epidemiology of mental disorders in adolescence

Założeniem wyjściowym relacjonowanych badań była teza o rozwojowym charakterze zaburzeń depresyjnych w okresie dorastania sformułowana w Polsce przez Antoniego Kępińskiego [1], zweryfikowana później w badaniach klinicznych [2]. W obecnym piśmiennictwie przeważa podejście oparte na teoretycznych założeniach jedności wszystkich zaburzeń afektywnych [3] i odróżnianiu patologii od smutku, rozpaczy jako niepatologicznej odpowiedzi dziecka lub dorastającego na stresujące lub traumatyczne doświadczenia bieżące [4].

Wyniki krakowskich badań epidemiologicznych nad depresją pozwalają wnosić, że jej występowanie w średniej fazie adolescencji nie pozostaje w związku z kontekstem makrospołecznym [5], ani z obecnością indywidualnych czynników ryzyka [6].

* Badania wykonano w ramach grantu KBN nr 3 PO5D 039 22.

Dawały one podstawy do podtrzymania tezy o normatywnym charakterze depresji w średniej fazie dorastania. Niemniej jednak katamnesticzne badania tej samej próby populacyjnej po 15 latach [7] wskazały na związki między depresją, także w tej fazie dorastania, a niekorzystnym przebiegiem dalszego życia, zwłaszcza w wymiarze ogólnozdrowotnym i społecznym. Wyniki tych badań są zbieżne z podawanymi przez innych autorów badających związki między depresją w okresie dorastania a zdrowiem i funkcjonowaniem psychospołecznym w późniejszych okresach życia [8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18]. Współczesne klasyfikacje zaburzeń psychicznych (ICD-10, DSM-IV) są z założenia tymczasowe. Pojawiające się w adolescencji zaburzenia o obrazie depresyjnym zaliczane są w nich bądź do kategorii zaburzeń afektywnych, zaburzeń zachowania i emocji, zaburzeń somatogennych, bądź posttraumatycznych – zależnie od kontekstu wystąpienia 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 w średniej fazie adolescencji. Zakładano, że zgodnie z wcześniejszymi obserwacjami [19, 20] wskaźnik rozpowszechnienia depresji będzie względnie stały w tej fazie dorastania oraz że będzie wyższy u dziewcząt niż u chłopców.

Wzór badań i metoda

Zaplanowano prospektywne badanie reprezentatywnej próby populacyjnej uczniów wielkomiejskich szkół gimnazjalnych. W 2001 r., metodą dwustopniowego losowania wybrano grupę 1737 uczniów klas I gimnazjów (13-latków). Badano ich 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 lat. 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. KID IO „B1” składa się ze 104 stwierdzeń opisujących objawy. Wprowadzająca instrukcja odnosi prawdziwość stwierdzeń do miesiąca poprzedzającego badanie. Niektóre pytania (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. Współczynnik rzetelności KID IO „B1” alfa Cronbacha = 0,9379. Trafność diagnostyczna oceniana za pomocą współczynnika korelacji punktowo-dwuseryjnej $r = 0,5344$.

Badani uczniowie proszeni byli o podpisywanie kwestionariuszy, co miało umożliwić identyfikację ich odpowiedzi pochodzących z kolejnych etapów badania.

Grupa badana

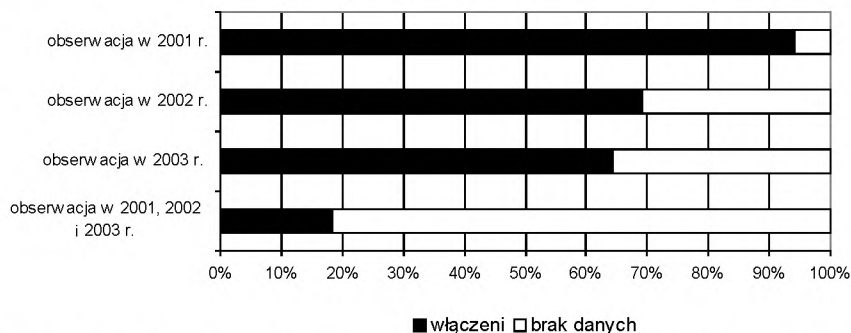
Wśród uczniów wylosowanych klas w 2001, 2002 i 2003 r. rozprawdzono każdorazowo 1737 egzemplarzy KID IO „B1”. W opracowaniu można było uwzględnić tylko te zwrócone egzemplarze, które były wypełnione w całości (w roku 2001 – 1636, w roku 2002 – 1202, w roku 2003 – 1118). W analizie dynamiki wzięto pod uwagę tylko te ankiety, których podpisanie umożliwiałoby identyfikację badanych osób przez trzy kolejne lata. Ze względu na zmiany składu osobowego badanych klas części uczniów nie udało się objąć trzykrotnym badaniem. Liczebność osób włączonych do analizy w kolejnych latach przedstawia tabela 1.

Tabela 1

Próba populacyjna i liczba zebranych informacji

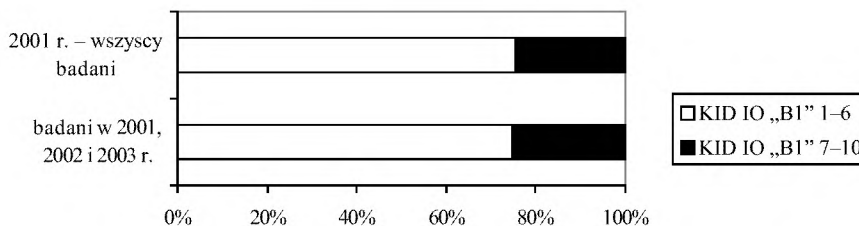
Rok	Liczebność próby wyjściowa	Liczba zwróconych wypełnionych arkuszy KID	%
I – 2001	1737	1636	94,18
II – 2002	1737	1202	69,20
III – 2003	1737	1118	64,36

Punktowe rozpowszechnienie depresji można było ocenić na podstawie wyników uzyskanych z 64,4–92,1% wylosowanej próby populacyjnej uczniów w średniej fazie adolescencji. Prześledzenie dynamiki możliwe było w grupie stanowiącej 18,4% próby populacyjnej (N = 320; przy wyjściowej próbie N = 1737). Proporcje między grupami objętymi analizą w kolejnych latach, względem całej próby populacyjnej, przedstawiono na rysunku 1.



Rys. 1. Kompletność danych uzyskanych w badaniu próby populacyjnej adolescentów w średniej fazie dorastania

Wskaźniki punktowego rozpowszechnienia depresji w pierwszym etapie badania w 2001 r. w całej badanej populacji (24,6%; dziewczęta 26,8%, chłopcy 22,5%) i w grupie osób trzykrotnie zbadanych (25,3%; dziewczęta 27,4%, chłopcy 22,8%) zestawiono na rysunku 2.



Rys. 2. Rozpowszechnienie depresji w 2001 r. w populacji 13-latków

Rozpowszechnienie punktowej depresji u adolescentów w średniej fazie dorastania

Ocenę wskaźnika punktowego rozpowszechnienia depresji przeprowadzono, opierając się na jej przesiewowej diagnozie ustalonej na podstawie wyniku $KID \geq 7$. Oceny dokonywano w tej samej reprezentatywnej próbie uczniów gimnazjów w latach 2001 (I kl.), 2002 (II kl.) i 2003 (III kl.). Wyniki zestawiono w tabeli 2 oraz na rysunku 3.

Tabela 2

Rozpowszechnienie depresji w populacji 13-, 14- i 15-latków

Rok badania	2001				2002				2003			
Wiek	13				14				15			
	depresyjni		niedepresyjni		depresyjni		niedepresyjni		depresyjni		niedepresyjni	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chłopcy	179	22,5	618	77,5	117	22,0	416	78,0	123	22,3	429	77,7
Dziewczęta	209	26,8	571	73,2	150	26,9	408	73,1	174	30,7	392	69,3
Razem	388	24,6	1189	75,4	267	24,5	824	75,5	297	26,6	821	73,4

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

Dla 2001: χ^2 Pearsona = 3,995; $df = 1$, istotność asymptotyczna = 0,046

Dla 2002: χ^2 Pearsona = 3,324; $df = 1$, istotność asymptotyczna = 0,058

Dla 2003: χ^2 Pearsona = 10,251; $df = 1$, istotność asymptotyczna = 0,001

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

χ^2 Pearsona = 0,048; $df = 2$, istotność asymptotyczna = 0,976

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

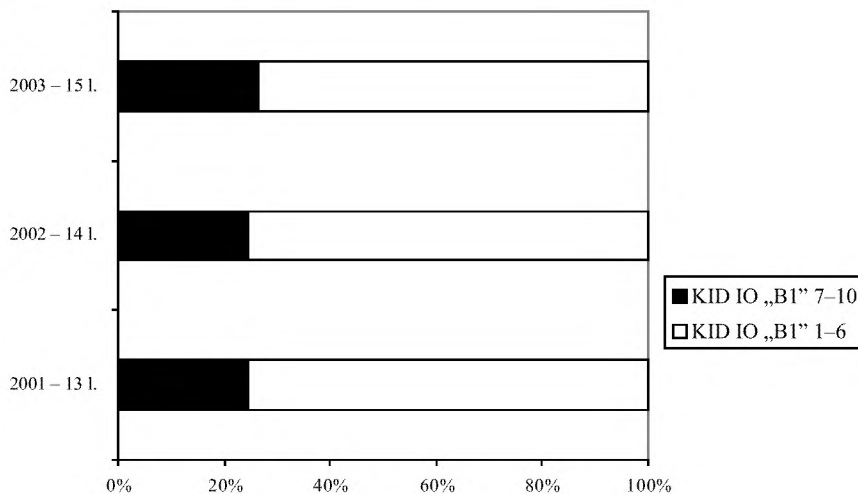
χ^2 Pearsona = 3,019; $df = 2$, istotność asymptotyczna = 0,221

Wskaźnik punktowego rozpowszechnienia depresji w próbie populacyjnej uczniów badanych kolejno w 13, 14 i 15 roku życia jest zbliżony i wynosił w 2001 r. – 24,6%, w 2002 – 24,5%, a w 2003 r. – 26,6%.

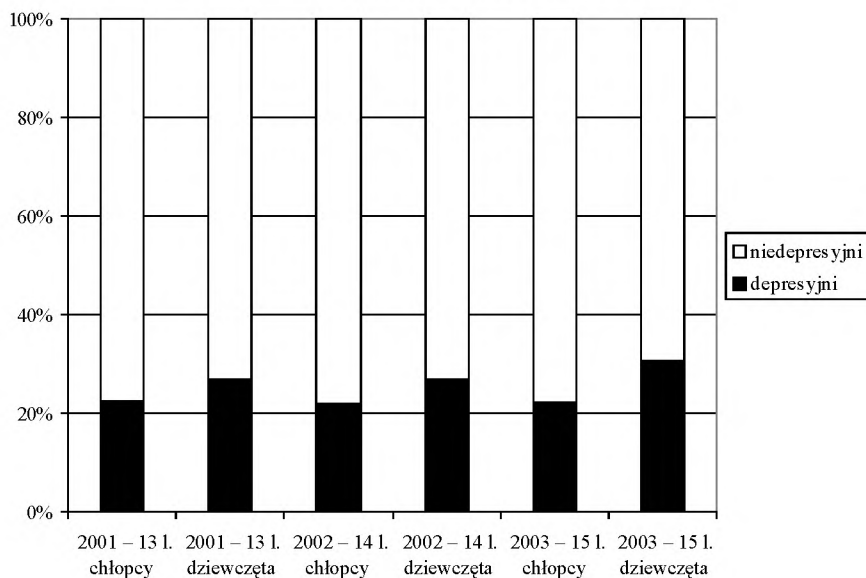
Depresja a płeć

Wyniki wcześniejszych badań [19, 20] wskazywały na większe rozpowszechnienie depresji wśród dziewcząt, w porównaniu z chłopcami, w średniej fazie adolescencji. Dla sprawdzenia tej prawidłowości przeprowadzono porównanie zależności między występowaniem depresji a płcią, w tej samej próbie populacyjnej w kolejnych latach.

Różnice między płciami okazały się statystycznie istotne w latach 2001 i 2003 oraz na granicy istotności statystycznej w roku 2002. Wyniki przedstawiono w tabeli 2 i na rysunku 4.



Rys. 3. Rozpowszechnienie punktowe depresji w 2001, 2002 i 2003 r. w populacji 13-, 14- i 15-latków



Rys. 4. Rozpowszechnienie depresji a płeć

Wskaźniki rozpowszechnienia punktowego depresji u dziewcząt w kolejnych latach są wyższe niż u chłopców, a zmiany wartości w kolejnych latach są niewielkie i statystycznie nieistotne, zarówno w grupie chłopców, jak i dziewcząt.

Dynamika depresji między 13 a 14 i 15 rokiem życia

Prześledzono zmiany w poziomie nasilenia objawów depresyjnych między kolejnymi etapami badania w grupie 320 uczniów: w 2001 r., kiedy badani mieli średnio 13 lat, w 2002 – kiedy mieli 14, i w 2003 – gdy mieli 15 lat. Porównano wyniki KID IO „B1” w latach 2001 i 2002 oraz 2001 i 2003. Na podstawie zidentyfikowanych kwestionariuszy wyróżniono cztery podgrupy badanych uczniów, różniące się zgodnością wyników w dwóch etapach badania:

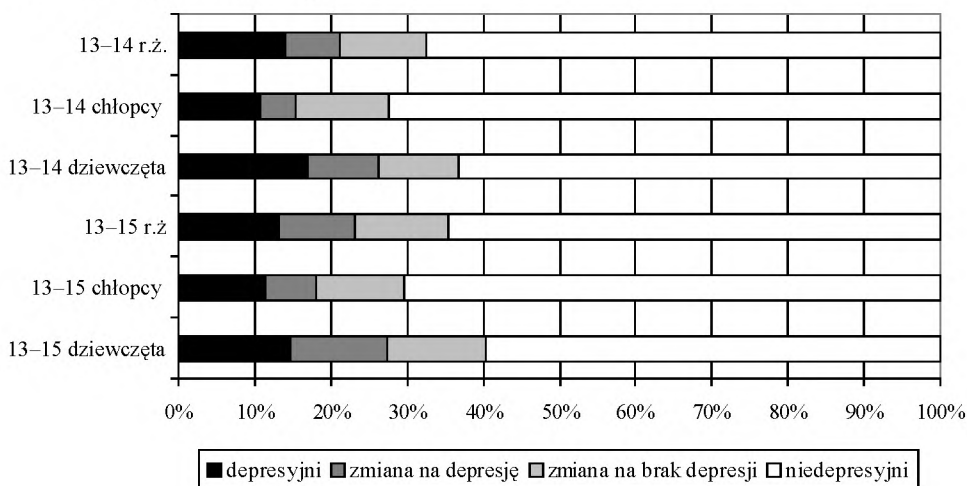
A – podgrupę uczniów, u których wynik KID ≥ 7 , a więc wskazujący na obecność depresji w obu etapach badań;

B – podgrupę uczniów, u których depresja pojawiła się w kolejnych latach, tj. 2002 albo 2003 r.;

C – podgrupę uczniów, u których depresja ustąpiła w kolejnych latach, tj. 2002 albo 2003 r.;

D – podgrupę uczniów, zarówno dziewcząt, jak i chłopców, u których w każdym etapie (2001/2002 i 2001/2003) wynik KID < 7 .

Proporcje udziału tak wyróżnionych podgrup, oddzielnie dla chłopców i dziewcząt oraz łącznie, przedstawia rysunek 5.

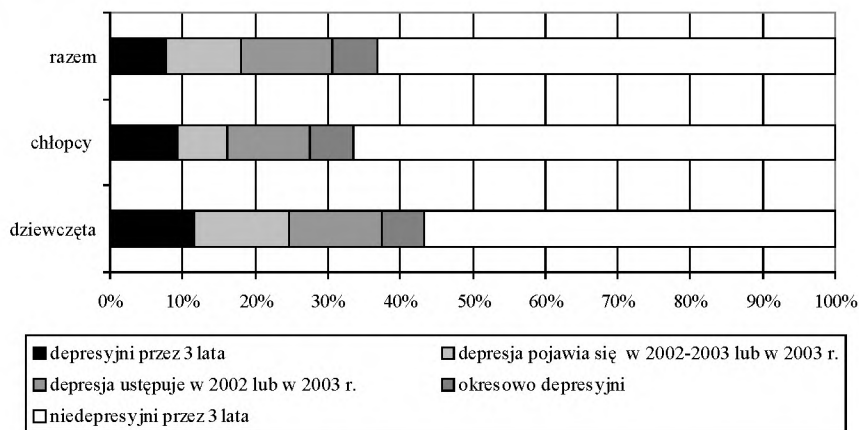


Rys. 5. Zmienność depresyjności między 13 a 14 i 15 r.ż.

W obu porównaniach największą grupę stanowili uczniowie niedepresyjni: w latach 2001 i 2002 było ich 216 (67,5%), w tym 108 chłopców (72,5%) i 108 dziewcząt (63,2%); w latach 2001 i 2003 – 207 (64,7%), w tym 105 chłopców (70,5%) oraz 102 dziewczęta (59,6%). Najmniejszą grupę stanowili uczniowie, u których depresja pojawiła się w drugim roku: 2002 r. – 23 uczniów (7,2%), w tym 7 chłopców (4,7%) i 16 dziewcząt (9,4%). W roku 2003 depresja występowała u 32 uczniów (10%), w tym u 10 chłopców (6,7%) oraz u 22 dziewcząt (12,9%). W drugim roku badania, w porównaniu z 2001 rokiem, depresji nie stwierdzono: w 2002 r. u 36 uczniów (11,3%), w tym u 18 chłopców (12,1%) i 18 dziewcząt (10,5%), a w 2003 roku u 39 uczniów (12,2%), w tym

u 17 chłopców (11,4%) i 22 dziewcząt (12,9%). Grupy uczniów, u których depresja występowała w dwóch latach, tj. 2001/2002 albo 2001/2003, liczyły odpowiednio 45 osób (14,1%) i 42 osoby (13,1%), w tym 16 (10,7%) i 17 (11,4%) chłopców oraz 29 (17,0%) i 25 (14,6%) dziewcząt.

Z uwagi na pojawianie się, ustępowanie oraz okresową obecność depresji udało się wyróżnić 5 grup, w tym dwie grupy charakteryzujące się występowaniem lub brakiem depresji przez trzy kolejne lata. Najliczniejsza grupa – niedepresyjnych, przez trzy kolejne lata liczyła 196 uczniów z ogólnej liczby 320, co stanowiło 61,39%, w tym 99 chłopców (66,4% wszystkich chłopców) i 97 dziewcząt (57,3% wszystkich dziewcząt). Grupa uczniów depresyjnych przez trzy lata liczyła ogółem 34 uczniów (10,6%), w tym 14 chłopców (9,4%) i 20 dziewcząt (11,7%). Kolejne grupy to uczniowie, u których depresja ustępowała lub pojawiała się w kolejnych latach. Grupa uczniów, u których depresja pojawiła się w 2002 roku i utrzymywała się w 2003 roku lub pojawiła się dopiero w 2003 roku, liczyła 32 uczniów (10,1%), w tym 10 (6,7%) chłopców i 22 (12,8%) dziewcząt. Depresja ustąpiła w 2002 lub 2003 roku u 39 (12,2%) uczniów, w tym u 17 (11,4%) chłopców i 22 (12,9%) dziewcząt. Pozostałe grupy – okresowego pojawiania się depresji – liczyły 19 (5,9%) uczniów, w tym 9 (6,0%) chłopców i 10 (5,8%) dziewcząt.



Rys. 6. Zmienność depresyjności między 13 a 14 i 15 r.ż.

Dyskusja

Niewielkie zmiany wskaźnika punktowego 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.

Nie obserwowano przy tym spodziewanej tendencji do spadku częstości depresji u chłopców i zwiększenia się jej wśród dziewcząt. To zjawisko występuje we

Tabela 3

Dynamika depresji w średniej fazie dorastania**U chłopców**

Występowanie depresji w roku		2003 niedepresyjni	2003 depresyjni
2001 niedepresyjni	2002 niedepresyjni	99 (66,4%)	9 (6,0%)
2001 niedepresyjni	2002 depresyjni	6 (4,0%)	1 (0,7%)
2001 depresyjni	2002 niedepresyjni	15 (10,1%)	3 (2,0%)
2001 depresyjni	2002 depresyjni	2 (1,3%)	14 (9,4%)

U dziewcząt

Występowanie depresji w roku		2003 niedepresyjne	2003 depresyjne
2001 niedepresyjne	2002 niedepresyjne	97 (57,3%)	11 (6,4%)
2001 niedepresyjne	2002 depresyjne	5 (2,9%)	11 (6,4%)
2001 depresyjne	2002 niedepresyjne	13 (7,6%)	5 (2,9%)
2001 depresyjne	2002 depresyjne	9 (5,3%)	20 (11,7%)

U obu płci

Występowanie depresji w roku		2003 niedepresyjni	2003 depresyjni	Ogółem
2001 niedepresyjni	2002 niedepresyjni	196 (61,3%)	20 (6,3%)	216 (67,5%)
2001 niedepresyjni	2002 depresyjni	11 (3,4%)	12 (3,8%)	23 (7,2%)
2001 depresyjni	2002 niedepresyjni	28 (8,8%)	8 (2,5%)	36 (11,3%)
2001 depresyjni	2002 depresyjni	11 (3,4%)	34 (10,6%)	45 (14,1%)
Razem		246 (76,9%)	74 (23,1%)	320 (100%)

wcześniejszym okresie rozwoju, przy przechodzeniu z dzieciństwa we wczesną fazę adolescencji [19]. Najprawdopodobniej pokrywa się ono z pokwitaniem. Różnice w rozpowszechnieniu depresji obserwowane między płciami – częściej rozpoznawano depresję wśród dziewcząt – wydają się w średniej fazie dorastania stałe, jakkolwiek obserwuje się nieznaczną tendencję do wzrostu jej rozpowszechnienia wraz z wiekiem wśród dziewcząt. Ten wynik, chociaż zgodny z tradycją psychiatrii klinicznej, należy traktować z pewną ostrożnością, ponieważ grupa piętnastolatków włączonych do analizy była stosunkowo mniejsza niż grupa trzynasto- i czternastolatków.

Analiza dynamiki depresyjności w trzech kolejnych latach wyłoniła adolescentów w średniej fazie dorastania, u których depresja obecna była w każdym badaniu. Jest to grupa stanowiąca około 10% analizowanej części próby populacyjnej. Niezależnie od znaczenia ustalonej częstości tego zjawiska istotne wydaje się wyodrębnienie możliwości przewlekłego przebiegu depresji w średniej fazie dorastania. Taki przebieg stwierdzano nieznacznie częściej u dziewcząt.

Wśród dziewcząt także znacznie częściej stwierdzano okresowe pojawianie się depresji. Na podstawie wyników wcześniejszych badań populacyjnych [20, 21] przy-

puszczano, że taka dynamika depresji będzie charakterystyczna dla całej populacji adolescentów w średniej fazie dorastania. Obserwacja longitudinalna nie potwierdziła tych przypuszczeń.

Depresja – rozpoznawana screeningowo na podstawie wyniku KID – jest w średniej fazie adolescencji zjawiskiem o znacznym rozpowszechnieniu. Chociaż – longitudinalne badanie pozwala stwierdzić, że nie pojawia się ona u ponad 60% uczniów szkół gimnazjalnych, zwłaszcza u chłopców. U tych, u których występuje, jej przebieg jest niejednakowy. Na podstawie dynamiki nasilenia objawów depresji nie można wnioskować o jej naturze. Można jednak ostrożnie przypuszczać, że depresyjne zaburzenia w średniej fazie dorastania nie stanowią grupy jednorodnej.

Pozostaje nadal bez odpowiedzi pytanie o predykcijną wartość screeningowego rozpoznania depresji w średniej fazie dorastania. Wiele badań, także prowadzonych w Polsce, wskazuje na związki między depresyjnym przebiegiem dorastania a jakością życia w dorosłości [7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18].

Wnioski

Depresja występująca w średniej fazie dorastania jest zespołem o naturze niejednorodnej, co wyraża się głównie różnicami w przebiegu zaburzeń.

Rozpowszechnienie depresji mierzone punktowo, a także z uwzględnieniem jej przebiegu, w średniej fazie dorastania jest częstsze wśród dziewcząt. We wczesnej fazie dorastania depresja pojawia się po raz pierwszy też częściej u dziewcząt.

Predykcyjna wartość wczesnej diagnozy screeningowej depresji wymaga dalszych badań.

Проспективные исследования динамики депрессии у молодежи в средней стадии возрастания

Содержание

Задание. Заданием работы была оценка изменений появления и динамики депрессии в средней фазе созревания молодежи. Оценка проведена при проспективных исследованиях репрезентативной группы учеников городских гимназических школьных классов.

Метод. Методом двухступенной выборки выделена группа 1737 13-летних учеников в трех очередных годах – 2001, 2002 и 2003, а исследование проведено Краковским инвентарем депрессивных состояний.

Результаты. Показатель пунктового распространения депрессии равнялся соответственно: 24,6% для 13-летних детей, 24,5% для 14-летних и 26,6% для 15 -летней молодежи. Распространение депрессивных нарушений в исследованной группе было относительно постоянным.

Выводы. В ходе исследований обнаружено, что депрессия появляется чаще у девушек в средней фазе созревания. Также чаще депрессия появляется в этой фазе у девушек, чем у мальчиков. Динамика нарушений, прослеженная в течение трех лет указывает, что депрессия у молодежи в средней фазе созревания является нарушением неодинаковой природы.

Prospektive Studie an der Dynamik der Depression bei Jugendlichen in der mittleren Adoleszenzphase

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Arbeit ist die Beurteilung der Veränderungen und Dynamik der Depression in der mittleren Adoleszenzphase, die in den prospektiven Studien der repräsentativen Schülergruppe aus Gymnasien einer Großstadt durchgeführt wurde.

Methode. Mit der Methode der zweistufigen Ziehung wurden 1737 13-jähriger Schüler gewählt, die in drei folgenden Jahren: 2001, 2002, 2003 mit dem Krakauer Inventar der Depression (KID) untersucht wurden.

Ergebnisse. Der Index der Punktenverbreitung der Depression betrug entsprechend: 24,6% für 13-jährige, 24,5% für 14-jährige und 26,6% für 15-jährige. Die Verbreitung der Depressionsstörungen zeigte sich in der untersuchten Probe relativ stabil.

Schlussfolgerungen. Es wurde festgestellt, dass die Depression häufiger bei Mädchen in mittlerer Adoleszenzphase auftritt. Häufiger erscheint sie auch zum ersten Mal in dieser Phase bei Mädchen als bei Jungen. Die Dynamik der Störungen, die drei Jahre lang beobachtet wurde, zeigt, dass die Depression bei Jugendlichen in der mittleren Adoleszenzphase eine uneinheitliche Störung ist.

L'étude prospective de la dynamique de la dépression de jeunes gens à la phase moyenne de l'adolescence

Résumé

Objectif. Analyser la dynamique de la dépression des jeunes gens à la phase moyenne de l'adolescence – étude prospective du groupe représentatif des élèves des grandes villes.

Méthode. On examine le groupe représentatif d'élèves de 13 ans (1737 élèves) trois fois : en 2001, 2002, 2003. Ils sont examinés à l'aide du questionnaire KID (Krakow Depression Inventory).

Résultats. L'indice de la fréquence de la dépression atteint respectivement : 24,6% pour les élèves de 13 ans, 24,5% pour les élèves de 14 ans, 26,6% pour les élèves de 15 ans et il est relativement stable dans ce groupe analysé.

Conclusions. On constate que la dépression est plus fréquente chez les filles à la phase moyenne de l'adolescence. Elle se manifeste aussi pour la première fois plus fréquemment chez les filles que chez les garçons. L'analyse de la dynamique de la dépression indique que la dépression des jeunes gens à la phase moyenne de l'adolescence reste hétérogène.

Piśmiennictwo

1. Kępiński A. *Melancholia*. Warszawa: PZWL; 1974.
2. Bomba J. *Depresja u młodzieży. Analiza kliniczna*. Psychiatr. Pol. 1982; 16: 1–2, 25–30.
3. *Diagnostic and tatistical manual. Fourth edition*. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
4. Rabe-Jabłońska J. *Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży*. W: Bilikiewicz A, red. *Psychiatria*. Wrocław, Kraków: Partner 2002, s. 416–424.
5. Badura-Madej W, Bomba J, Hagman H, Klenberg L, Ułasińska R. *Self-image of adolescents and adolescent depression. Comparative study of Finnish and Polish adolescents*. Contemporary childhood and adolescence. Kraków: 1988, s. 36.
6. 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.
7. 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: 57–698.
8. Harrington R, Brendenkamp D, Groothues C, Ruttr M, Fudge H, Pickles A. *Adult outcomes of childhood and adolescent depression: III. Links with suicidal behaviors*. J. Child. Psychol. Psychiatr. 1994; 35: 1309–1319.
9. Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C. *Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation*. J. Am. Acad. Child. Psychiatr. 1993; 32: 8–20.
10. Rao U, Weissman MM, Martin JA, Hammond RW. *Childhood depression and risk of suicide: preliminary report of a longitudinal study*. J. Am. Acad. Child. Psychiatr. 1993; 1003, 32: 21.

11. Myers K, McCauley E, Calderon R, Treder R. *The 3-year longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder*. J. Am. Acad. Child. Psychiatr. 1991; 30: 804–810.
12. Bardone AM, Moffitt TE, Caspi A, Dickson N, Stanton WR, Silva PA. *Adult physical health outcomes of adolescent girls with conduct disorder, depression, and anxiety*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatr. 1998; 6: 594–601.
13. Kessler RC, Berglund PA, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. *Social consequences of psychiatric disorders: II. Teenage parenthood*. Am. J. Psychiatr. 1997; 154: 1405–1411.
14. Fleming JE, Boyle MH, Offord DR. *The outcome of adolescent depression in the Ontario Child Health Study follow-up*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatr. 1993; 32: 28–33.
15. Escobedo LG, Kirch DG, Anda RF. *Depression and smoking initiation among US Latinos*. Addiction 1996; 91: 113–119.
16. Burke JD Jr, Burke KC, Rae D S. *Increased rates of drug abuse and dependence after onset of mood or anxiety disorders in adolescence*. Hosp. Comm. Psychiatr. 1994; 45: 451–455.
17. Marriage K, Fine S, Moretti M, Halley G. *Relationship between depression and conduct disorder in children and adolescents*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatr. 1986; 25: 687–691.
18. Gotlib IH, Lewinsohn PM, Seeley JR. *Consequences of depression during adolescence: marital status and marital functioning in early adulthood*. J. Abn. Psychol. 1998; 107: 686–690.
19. Bomba J, Modrzejewska R. *Prospektywne badanie dynamiki depresji u dzieci między preadolescencją a wczesną adolescencją*. Psychiatr. Pol. 2004; 1: 13–27.
20. Badura W, Bielska A, Bomba J, Domagalska-Kurdiel 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 nielezionej*. Psychiatr. Pol. 1986; 20, 3: 184–189.
21. Modrzejewska R. *Depresyjny przebieg dorastania jako czynnik ryzyka powstawania zaburzeń psychicznych, uzależnień i patologii społecznej*. Streszczenia prac XL Zjazdu Naukowego Psychiatrów Polskich. Psychiatr. Pol. 2001 (supl.): 151.

Otrzymano: 1.10.2004

Zrecenzowano: 27.10.2004

Przyjęto do druku: 23.12.2005

Adres: Jacek Bomba

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ

31-501 Kraków, ul. Kopernika 21