

Mieczysław Dudek

WYŻSZA SZKOŁA MENADŻERSKA W WARSZAWIE

DEPRESJA WŚRÓD MŁODZIEŻY LICEALNEJ

Abstract

The unabating increases in the number of teens and young people suffering from depression have alarmed both the educationists and the general public. They are concerned not only with the spread of this form of mental disorder but also with its devastating effect on the personality development of young people. Depression is generally blamed for putting under great strain the basic network of a person's family, school and social ties. In addition to school failure it can have long-term effects and recur in adult life. At all times depression is a risk factor in suicidal behaviour and psychoactive drug abuse; it is definitely a cause of a major cause of the deterioration and break-up of professional and personal relations.

Key words: depressive disorders, children, adolescents and young persons, school, assistance
Słowa kluczowe: zaburzenia depresyjne, dzieci, młodzież, szkoła, organizowanie pomocy

WPROWADZENIE

Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży są powszechne, nawrotowe i w większości przenoszą się na okres dorosłości. Należą one do grupy zaburzeń afektywnych, a więc najczęściej występujących problemów zdrowotnych w obecnych czasach.

Według encyklopedii pedagogicznej XXI wieku, „depresja (ang. *depression*) najogólniej i popularnie opisywana jako stan psychiczny jednostki, związany z poczuciem nieodpowiedniości, uczuciem przygnębienia, pesymizmem, smutkiem oraz obniżeniem aktywności i reaktywności”¹.

W zależności od nasilenia (głębokości) depresji wyróżniamy:

¹ *Depresja*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, Wyd. Akademickie „Żak”, Warszawa 2003, t. 1, s. 643.

- depresje łagodne — przy pojedynczo występujących cechach depresji, takich jak poczucie zmęczenia, zniechęcenia, złe samopoczucie, brak zainteresowań, pogarszanie snu i apetytu;
- depresja umiarkowana — dająca znać o sobie poprzez wyraźne obniżenie funkcjonowania społecznego i zawodowego. Sprawy, które wcześniej pobudzały jednostkę do działania, takie jak hobby, wychodzenie do kina, seks, muzyka czy coś innego, teraz już jej nie interesują;
- depresja głęboka — w obu swoich formach: jednobiegunowej i depresji przebiegającej naprzemian z objawami maniakalnymi, dominuje obraz smutku lub zubożnienia, niezdolność do przeżywania uczuć radości, jak i smutku, poczucie wewnętrznej „pustki”, spowolnienie psychoruchowe, niepokój, lęk, myśli i tendencje samobójcze, wypadnięcie z roli zawodowej i społecznej. Ciężkim stanom depresyjnym czasem towarzyszą urojenia winy i kary².

W literaturze przedmiotu najczęściej spotykamy trzy rodzaje teoretycznych interpretacji, a przez to klasyfikacji depresji. Są to:

- klasyfikacja unitarystyczna, gdzie stany depresyjne traktuje się jako jednolity pod względem etiopatogenetycznym proces chorobowy ujawniający się klinicznie w postaci kilku obrazów zaburzeń nastroju;
- klasyfikacja nozologiczna wyodrębniająca tyle postaci depresji, ile daje się wydzielić ich samodzielnych przyczyn. Efektem takiego podejścia jest długa lista zawierająca coraz to nowsze propozycje odmian depresji;
- klasyfikacja symptomatologiczna wyodrębniająca podziały typu: minimalistycznego, (który postuluje istnienie tylko dwóch typów depresji, tj. psychotycznej i niepsychotycznej) oraz typu maksymalistycznego (która wyodrębnia kilkanaście obrazów klinicznych)³.

Inny podział zaproponowany jest w podręczniku DSM-III-R, a mianowicie: depresja endogenna i egzogenna⁴. Podział ten przyjęty przez APA stanowi próbę oddzielenia biologicznych od psychologicznych uwarunkowań depresji. Depresja egzogenna wiąże się z wcześniejszym występowaniem stresujących wydarzeń w życiu jednostki (np.: długotrwałe stropy, związane z sytuacją życiową, szkolną lub zawodową, przewlekłe konflikty w rodzinie, wyobcowanie społeczne lub izolacja, utrata bliskiej osoby, utrata pozycji zawodowej, przejście na rentę lub emeryturę), podczas gdy depresja endogenna wynika z zaburzeń biologicznych (zaburzenia w funkcjonowaniu mózgu, systemu hormonalnego lub nerwowego). Podział ten wiąże się z faktem istnienia dwóch całkiem wyraźnych rodzajów objawów: w depresji endogennej uwidacznia się spowolnienie psychoruchowe, bardziej drastyczne objawy depresji, brak reakcji na zmiany w otoczeniu, brak zainteresowania życiem oraz objawami somatycznymi. Depresja egzogenna zawiera mniej elementów z wyżej wymienionych cech. Zazwyczaj w depresji egzogennej nie występują takie symptomy, jak: wczesne budzenie się, poczucie winy, skłonności samobójcze, które są typowe dla depresji endogennej.⁵ Należy jednak podkreślić,

² E. Maciocha, *Depresja*, „Żyjmy dłużej”, 1999, nr 11.

³ M. Pecyna, *Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej*. Wyd. Akademickie „Żak”, Warszawa 1999.

⁴ Za: J. Tatarowicz, *Depresja*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI w.*, t. 1, Wyd. Akademickie „Żak”, Warszawa 2003, s. 644–645.

⁵ D.L. Rozenhan, M.E.P. Seligman, *Psychopatologia*, t. 1, Wyd. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1994.

że w życiu codziennym zdecydowanie częściej mamy do czynienia z depresjami typu egzogenego. Wśród nich wyróżnia się:

- *depresję anaklityczną (anaclitic depression)*, której poważne i postępujące objawy występują we wczesnym dzieciństwie, głównie wskutek utraty matki i braku odpowiedniego zastępstwa;
- *depresję reaktywną*, w której można wychwycić uraz psychiczny bezpośrednio poprzedzający pojawienie się choroby. Zaburzenia ustępują z chwilą przeminięcia trudnej sytuacji;
- *depresję w reakcji żałoby* (śmierć bliskiej osoby);
- *depresje nerwicowe* występujące w przebiegu zaburzeń nerwicowych, szczególnie nerwicy lękowej i w fobiach. Zaburzenia nastroju i emocji występują najczęściej po dłuższym okresie utrzymywania się objawów nerwicowych i są odpowiedzią na wewnętrzny konflikt i niepokoje życia.

Należy zauważyć, że wcześniej uważano, iż na depresję cierpią jedynie ludzie dorośli. Nie zauważano depresji u dziecka, gdyż nikt nie pytał o jego uczucia i nastrój⁶. Zdaniem autora, dzieci, które były kierowane do ośrodków terapeutycznych z powodu różnych zaburzeń w zachowaniu, mogły również cierpieć na depresję, lecz klinicyści nie zwracali na to uwagi. Szybciej zwraca się uwagę na ucznia nadpobudliwego psychoruchowo, z racji jego absorbujących zachowań. Tymczasem dzieci spokojne i wycofane, prawdopodobnie dysforyczne lub depresyjne, były zwyczajnie ignorowane. Kiedy wreszcie zwrócono się bezpośrednio do dzieci z pytaniami dotyczącymi objawów depresji okazało się, że nie tylko mogą, ale wręcz chorują na tę chorobę. Stało się oczywiste, że depresja dziecięca może mieć wielorakie, destruktywne skutki wpływające na ich późniejsze problemy w przystosowaniu społecznym, problemy w nauce szkolnej, a nawet na podejmowanie prób samobójczych.

Dla zdrowych, prawidłowo rozwiniętych intelektualnie i fizycznie uczniów szkoła jest miejscem doświadczania wielu pozytywnych przeżyć. Zupełnie inaczej bywa jednak odbierana przez uczniów chorych lub zaburzonych w rozwoju. Przyjmuje się, że depresja prowadzi do spadku aktywności oraz słabszych wyników w nauce. W opinii nauczycieli coraz częściej młodzi ludzie wykazują stany nerwowości, zabiegania oraz mniejszą pogodę ducha. Depresja u dzieci i młodzieży jest jednym ze słabiej rozpoznanych problemów zarówno ze strony pedagogiki (zwłaszcza specjalnej), jak i współczesnej psychiatrii i psychologii klinicznej. Jednak z tego, co już wiemy o depresji wynika, że chronicznie zły nastrój i przygnębienie znacząco wpływają na codzienną aktywność uczniów, ich osiągnięcia szkolne oraz wzajemne kontakty.

W ostatnich latach notowany jest wyraźny wzrost liczby osób leczonych na zaburzenia depresyjne. Jest to problem występujący niemal we wszystkich kulturach, na całym świecie⁷. Wskaźniki dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń o obrazie depresji u dzieci i młodzieży uzależnione są od stosowanych w badaniach kryteriów oraz metod diagnostycznych. Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych, w tym dużej depresji, w mniejszym stopniu dotyczy dzieci, które nie wkroczyły w wiek dorastania (0,2–2%) aniżeli adolescentów (2–15%). Analizy badawcze z ostatnich lat wskazują na wzrost zachorowalności dzieci i młodzieży na depresję, przy jednoczesnym obniżeniu

⁶ F.C. Kendall, *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, tłum. J. Kowalczevska, Sopot 2012, s. 113.

⁷ E. Maciocha, *Depresja...*

wieku pojawienia się pierwszego epizodu depresyjnego. Badania przesiewowe wśród osiemnastolatków wskazują, że około 20% osób przeszło przynajmniej jeden epizod depresyjny⁸. O ile w okresie dziecięcym depresja występuje w równych proporcjach u obydwu płci, to już w okresie adolescencji wskaźnik zachorowalności jest wyższy u dziewcząt niż chłopców⁹.

Liczne doniesienia badawcze wskazują na współistnienie z depresją w okresie rozwojowym innych dysfunkcji, zwłaszcza z zaburzeniami zachowania, zaburzeniami lękowymi, dystymią, ADHD oraz nadużywaniem substancji psychoaktywnych¹⁰.

Badania przeprowadzone w roku 2004 przez R. Modrzejewską i J. Bombę wyraźnie wskazują na rodzinne uwarunkowania depresji¹¹. Wśród rodzinnych czynników autorzy szczególnie podkreślają sposoby (style) wychowywania i sprawowania opieki. Wraz z nasileniem negatywnych sposobów wychowywania i sprawowania opieki nad dzieckiem rośnie, przy rosnącym poziomie biedy, zmniejszającymi się przejawami miłości i wsparcia emocjonalnego rośnie ryzyko pojawienia się depresji u dzieci. Wśród podstawowych czynników socjokulturowych mających wpływ na pojawienie się depresji u dzieci i młodzieży wskazują na wykształcenie rodziców, zawód przez nich wykonywany oraz warunki materialne.

Szczególnie „sprzyjające” warunki pojawienia się depresji u dziecka wiążą się z sytuacją wychowywania przez jednego z rodziców. Nie mniej istotne są sytuacje, gdy w rodzinie są dzieci z wcześniejszych związków. Niewątpliwie wiąże się to z potencjalnie większą ilością konfliktów z ojczymem, macochą lub przyrodnym rodzeństwem. Jeśli dodać do tego liczne urazy związane z rozwodem biologicznych rodziców oraz poprzedzające go liczne sytuacje konfliktowe (którym zwykle towarzyszy poczucie winy, niska samoocena, utrata poczucia bezpieczeństwa) wówczas wyraźnym się staje udział czynników rodzinnych w powstawaniu depresji u dzieci.

Problem depresji na ogół częściej dotyka dziewczęta niż chłopców. Ma to miejsce zarówno w odniesieniu do tak zwanej ciężkiej, jak i umiarkowanej depresji. Zgodnie z klasyfikacją zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (DSM-IV) w depresji ciężkiej dominuje poczucie bezwartościowości, niska samoocena, poczucie winy i myśli samobójcze. W depresji umiarkowanej dominuje utrata zainteresowań i przeżywania przyjemności oraz zwiększona męczliwość. Osoby dotknięte problemem depresji często narzekają na brak snu.

⁸ P.C. Kendall, *Zaburzenia...*, s. 113; J. Rabe-Jabłońska, *Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży*, [w:] red. I. Namysłowska, *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

⁹ C. Hammen, *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006; H. Remschmidt, *Skuteczność psychoterapii dzieci i młodzieży — przegląd piśmiennictwa*, Curr. Opin. Psychiatrii 2004 (wydanie polskie: Warszawa, Medical Tribune Polska); S.H. Spence, M.A. Reinecke, *Rozumienie, zapobieganie i leczenie depresji u dzieci i młodzieży. Podejście poznawcze*, [w:] *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*, red. M.A. Reinecke, D.A. Clark, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.

¹⁰ A. Carr, *Depresja i próby samobójcze młodzieży. Sposoby przeciwdziałania i reagowania*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004; J.R. Weisz, M.A. Southam-Gerow, E.B. Gordis, J. Connor-Smith, *Trening wzmocnienia pierwotnej i wtórnej kontroli u młodzieży z depresją. Zastosowanie modelu systematycznego wdrażania jako modelu rozwijania i testowania metod terapeutycznych*, [w:] *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*, red. A.E. Kazdin, J.R. Weisz, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.

¹¹ R. Modrzejewska, J. Bomba, *Porównanie rozpowszechnienia depresji w populacji 13-letniej młodzieży krakowskich szkół średnich w latach 1984 i 2001*, „Psychiatria Polska”, 2004, 1, s. 469–479.

Wraz z dorastaniem objawy depresji wyraźnie słabną (zwłaszcza u dziewcząt), co dowodzi, że w okresie dorastania następuje sukcesywny wzrost odporności psychicznej młodzieży, przynajmniej w odniesieniu do złego nastroju i popadania w przygnębienie. Prawdopodobnie wiąże się to z rozwojem układu nerwowego, stabilizacją hormonalną i wegetatywną, intelektualną i wolicjonalną.

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Przedmiotem analiz zawartych w niniejszym artykule była próba odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Czy są różnice w zakresie statusu socjoekonomicznego rodzin uczniów z porównywanych szkół?
2. Czy wśród badanych licealistów są osoby leczące się na depresję?
3. Jaki jest poziom wiedzy licealistów na temat depresji?
4. Czy badani licealiści byliby w stanie rozpoznać depresję u siebie lub u bliskich osób?
5. Jaki jest poziom nasilenia cech depresji mierzonych skalą Becka wśród badanej młodzieży gimnazjalnej?
6. Czy istnieją różnice w nasileniu objawów depresji u badanych uczniów ze szkoły miejskiej i wiejskiej?
7. Czy płeć różnicuje nasilenie depresji wśród badanych licealistów?

Badania zostały zrealizowane na podstawie następujących technik badawczych:

1. Skala depresji Becka;
2. Kwestionariusz ankiety.

Skala depresji Becka (ang. Beck Depression Inventory, BDI), autorstwa Aarona Becka, jest skalą samooceny i służy do przesiewowego rozpoznawania *objawów depresji*. Skala składa się z 21 pytań, na które osoby badane samodzielnie udzielają odpowiedzi. Możliwe są 4 warianty odpowiedzi, które są inaczej oceniane. Kolejność wariantów odpowiedzi odpowiada zwiększonej intensywności objawów, jest więc również odpowiednio wzrastająco punktowana od 0 do 3 punktów.

Zazwyczaj poziom depresji obliczany jest na podstawie sumy liczby punktów i porównywany do opracowanych norm. Są to:

0–10 punktów — brak depresji, ewentualnie obniżenie nastroju;

11–27 punktów — umiarkowana depresja;

powyżej 27 punktów — ciężka depresja.

Ankieta własnego autorstwa zawiera podstawowe pytania dotyczące sytuacji socjoekonomicznej rodzin badanych uczniów oraz ich wiedzy na temat depresji oraz osób z najbliższego środowiska chorych na depresję.

WYNIKI BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone na początku 2013 roku w dwóch szkołach średnich na terenie powiatu łukowskiego (z uwagi na konieczność zachowania anonimowości nie zostaną podane bliższe informacje). W badaniach wzięło udział po 90 uczniów szkoły miejskiej i wiejskiej — łącznie 180 osób. Ogółem wśród badanych było 117 dziewcząt i 63 chłopców. Byli to uczniowie klas pierwszych i drugich. Średni wiek uczniów wynosił 17,5 jednakowo dla dziewcząt i chłopców.

Tabela 1

Struktura rodzin badanych uczniów

Czynniki		Szkoła 1 N=90		Szkoła 2 N=90		χ^2 <i>df</i> <i>p</i> <
		N	%	N	%	
Struktura rodziny	a) pełna	80	88,9	83	92,2	0,585 1 0,611
	b) niepełna	10	11,1	7	7,8	
Wykształcenie matki	a) podstawowe	8	8,9	5	5,6	4,636 3 0,200
	b) zawodowe	37	41,1	33	36,7	
	c) średnie	33	36,7	29	32,2	
	d) wyższe	12	13,3	23	25,6	
Wykształcenie ojca	a) podstawowe	2	2,2	10	11,1	12,036 3 0,007**
	b) zawodowe	38	42,2	50	55,6	
	c) średnie	37	41,1	23	25,6	
	d) wyższe	13	14,1	7	7,8	
Zatrudnienie matki	a) rolnik	10	11,1	18	20,0	12,439 8 0,133
	b) pracownik fizyczny	26	28,9	17	18,9	
	c) pracownik biurowy	26	28,9	24	26,6	
	d) sprzedawca	10	11,1	5	5,6	
	e) przedsiębiorca	3	3,3	3	3,3	
	f) pracuje za granicą	3	3,3	0	0,0	
	g) bezrobotny	10	11,1	19	21,1	
	h) rencista, emeryt.	2	2,2	4	4,4	
Zatrudnienie ojca	a) rolnik	8	8,9	1	21,1	13,149 8 0,107
	b) pracownik fizyczny	38	42,2	40	44,4	
	c) pracownik biurowy	15	16,7	9	10,0	
	d) sprzedawca	6	6,7	5	5,6	
	e) przedsiębiorca	11	12,2	8	8,9	
	f) pracuje za granicą	9	10,0	5	5,6	
	g) bezrobotny	0	0,0	1	1,1	
	h) rencista, emeryt.	3	3,3	6	6,7	
Czy posiada rodzeństwo?	a) tak	72	8,0	79	87,8	2,014 1 0,223
	b) nie	18	20,0	11	12,2	
Warunki materialne rodziny	a) dobre	47	52,2	44	48,9	2,034 3 0,565
	b) przeciętne	37	41,1	42	46,7	
	c) raczej złe	5	5,6	2	2,2	
	d) bardzo złe	1	1,1	2	2,2	

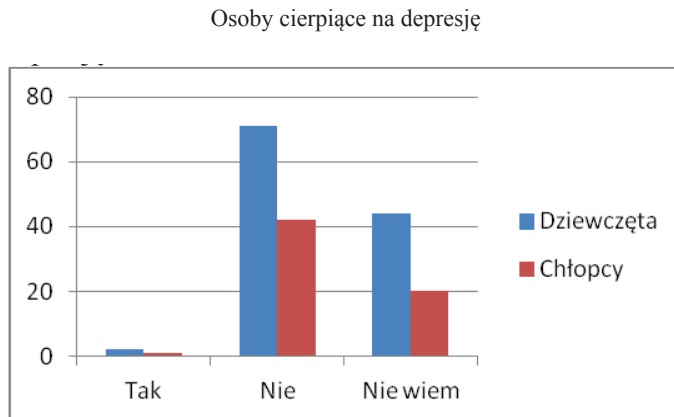
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Źródło: Badania własne

Tabela 1 zawiera podstawowe informacje dotyczące środowiska rodzinnego badanych uczniów pochodzących z dwóch szkół. Należy stwierdzić, że porównanie czynników socjoekonomicznych rodziny wskazuje na istnienie różnic jedynie w odniesieniu do wykształcenia ojców ($\chi^2 = 12,036$; $df = 3$; $p < 0,01$). Pozostałe czynniki nie różnicują rodzin badanych grup uczniów.

Jedno z podstawowych pytań zawartych w ankiecie dotyczyło tego, czy badani uczniowie cierpią na depresję i czy się leczą? Z wypowiedzi uczniów wynika, że tylko trzy osoby (dwie dziewczyny i jeden chłopiec) mają rozpoznaną depresję i regularnie korzystają z pomocy psychologicznej (wykres 1).

Wykres 1

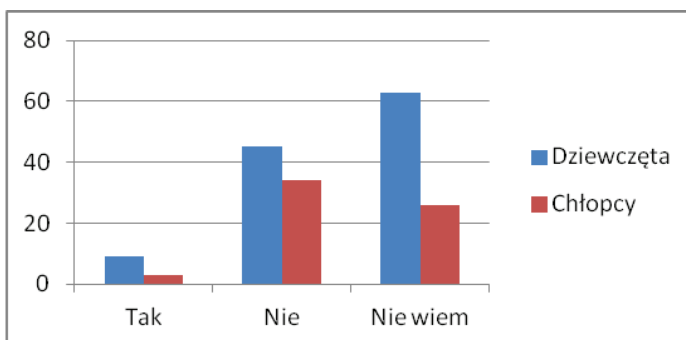


Źródło: Wyniki badań własnych

Niezwykle istotna w kontekście analizowanego problemu jest świadomość licealistów co do tego, czy w ich otoczeniu przebywają osoby cierpiące na depresję. Spośród ogółu badanych 12 osób (6,7%) deklaruje, że znają osoby leczące się na tę chorobę.

Wykres 2

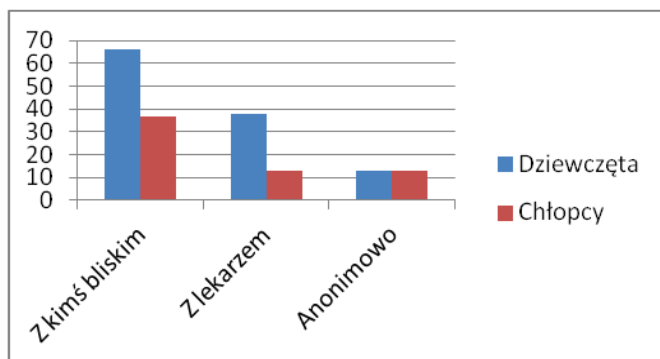
Odpowiedź na pytanie dotyczące osób z otoczenia badanych, które cierpią na depresję?



Źródło: Wyniki badań własnych

Wykres 3

Odpowiedzi uczniów na pytanie z kim chcieliby porozmawiać o problemie depresji



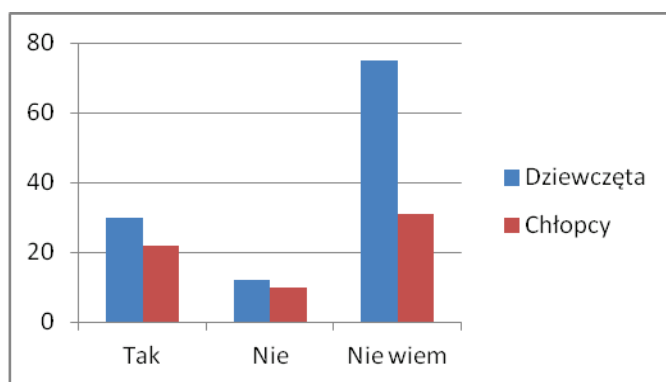
Źródło: Wyniki badań własnych

Ponad połowa (103; 57,2%) badanych uczniów zapytana z kim chciałaby porozmawiać na temat problemu depresji wskazuje na osoby bliskie, co trzeci wskazuje na lekarza, a co piąty chciałby, aby rozmowa miała charakter anonimowy (np: przez telefon, internet) (por. Wykres 2.).

Spośród 180 badanych uczniów jedynie co trzeci (52; 28,9%) deklaruje, że jest w stanie rozpoznać depresję u siebie lub u kogoś z bliskich, pozostali bądź nie potrafią (22; 12,2%), bądź też nie są tego pewni (106; 58,9%) (por. Wykres 3.).

Wykres 4

Odpowiedzi na pytanie, czy osoby badane potrafiłyby rozpoznać depresję u siebie lub u kogoś bliskiego



Źródło: Wyniki badań własnych

W dalszej kolejności zbadano nasilenie cech wskazujących na istnienie depresji u uczniów z uwzględnieniem podziału na płeć i na szkołę. W tabelach 2 i 3 zawarto wyniki dotyczące porównania średnich arytmetycznych i odchylenia standardowego

uzyskanych w skali Becka. Do analizy porównawczej zastosowano nieparametryczny test *t*-Studenta. Zgodnie z obowiązującymi zasadami statystycznymi do porównań międzygrupowych posłużono się wynikami surowymi.

Porównanie wyników uzyskanych w skali Becka w grupie dziewcząt i chłopców (tabela 2) wskazuje na istotne statystycznie różnice ($t = 3,261$; $p < 0,001$). Dziewczęta stosunkowo częściej niż chłopcy doświadczają stanów emocjonalnych wskazujących na depresję.

Tabela 2

Porównanie średnich arytmetycznych i odchylenia standardowego uzyskanych w skali Becka przez dziewczęta i chłopców

Czynniki	Dziewczęta N = 117		Chłopcy N = 63		<i>t</i>	<i>p</i> <
	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
Wyniki w skali Becka	33,82	9,52	28,88	9,96	3,261	0,001***

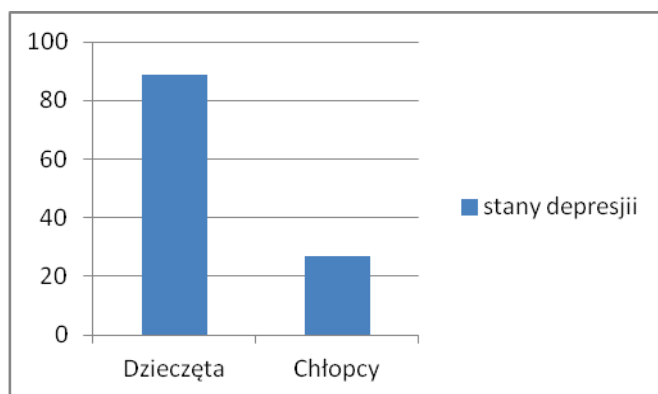
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Źródło: Badania własne

W celu określenia ilości osób dotkniętych problemem depresji konieczne było przeliczenie wyników surowych uzyskanych w skali Becka według norm. Z przeprowadzonych badań wynika (wykres 5), że spośród ogółu badanych aż dwie trzecie (116; 64,4%) doświadczają lub doświadczają w przeszłości stanów wskazujących na istnienie ciężkiej depresji. Przy czym problem ten w większym stopniu dotyczy dziewcząt (76,1%) aniżeli chłopców (64,4%).

Wykres 5

Poziom nasilenia objawów tak zwanej ciężkiej depresji wśród badanych dziewcząt i chłopców



Źródło: Wyniki badań własnych

Kolejnym postępowaniem badawczym było określenie różnic w zakresie depresyjności uczniów ze szkoły miejskiej i wiejskiej. Porównanie średnich arytmetycznych i odchylenia standardowego uzyskanych w skali depresji Becka przez uczniów w porównywanych szkołach wskazuje na brak istotnych różnic ($t = -0,202$; $p < 0,840$). Oznacza to, że nasilenie cech depresji u uczniów z porównywanych szkół jest zbliżone.

Tabela 3

Porównanie średnich arytmetycznych i odchylenia standardowego uzyskanych w skali Becka przez uczniów ze szkoły miejskiej i wiejskiej

Czynniki	Szkoła 1 N=90		Szkoła 2 N=90		<i>t</i>	<i>p</i> <
	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
Wyniki w skali Becka	31,94	9,81	32,24	10,10	-0,202	0,840

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Źródło: Wyniki badań własnych

WNIOSKI I DYSKUSJA

Uzyskane wyniki badań własnych upoważniają do sformułowania następujących wniosków:

1. Generalnie sytuacja socjoekonomiczna nie różnicuje w sposób istotny statystycznie badanych grup uczniów. Różnice istotne statystycznie dotyczą jedynie wykształcenia ojców — uczniowie ze szkoły miejskiej stosunkowo częściej aniżeli ich rówieśnicy ze szkoły wiejskiej deklarują posiadanie wykształcenia średniego i wyższego u swoich ojców.
2. Spośród ogółu badanych jedynie trzy osoby (dwie dziewczyny i jeden chłopiec) leczą się na depresję.
3. Niecałe siedem procent badanych gimnazjalistów jest w stanie wskazać osoby z najbliższego otoczenia cierpiące na depresję.
4. Połowa badanych uczniów najchętniej rozmawiałaby na temat problemu depresji z członkami rodziny, jedna trzecia z lekarzem, a co piąty anonimowo (telefon, Internet).
5. Jedynie co trzeci badany uczeń posiada elementarną wiedzę pozwalającą na rozpoznanie depresji u siebie lub osób najbliższych.
6. Płeć jest czynnikiem istotnie różnicującym wyniki uzyskane w skali Becka. Problem depresyjności w większym stopniu dotyczy dziewcząt aniżeli chłopców.
7. Spośród ogółu (180) badanych licealistów aż dwie trzecie doświadcza lub doświadczało w przeszłości stanów typowych dla ciężkiej depresji.
8. Poziom nasilenia objawów depresji wśród uczniów z porównywanych szkół jest zbliżony.

Dostępne wyniki badań nad rozpowszechnieniem zaburzeń depresyjnych w Polsce i na świecie są wysokie lub dramatycznie wysokie¹². Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci rejestruje się tendencje wzrostową zachorowań na depresję w populacji dzieci i młodzieży. Depresja jest jednym z najpowszechniejszych problemów medycznych w tej grupie wiekowej¹³. Według P.M. Lewinsohn i in.¹⁴ przed ukończeniem 18. roku życia nawet 20% nastolatków zapadnie na dużą depresję (major depressive disorder — MDD). Wyniki badań M.S. Jellinka i J.B. Snydera dowodzą, że rozpowszechnienie MDD wśród dzieci w okresie przedpokwitaniowym utrzymuje się na poziomie 1–2%, a wśród adolescentów wzrasta do poziomu 5–8%¹⁵. Można więc przyjąć, że ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem i dojrzewaniem płciowym. Zmienia się również nasilenie objawów depresji u przedstawicieli poszczególnych płci. O ile MDD w okresie dziecięcym występuje w równych proporcjach u przedstawicieli obydwu płci, o tyle już w okresie dojrzewania działa na niekorzyść dziewcząt i wiąże się z wyższą zachorowalnością na depresję w tej grupie w stosunku do chłopców¹⁶. Autorzy dopatrują się podłoża tej dysproporcji w różnicach hormonalnych neurobiologicznych i społeczno-kulturowych w rozwoju obu płci¹⁷. Jednokrotne zachorowanie we wczesnym okresie życia obciążone jest wysokim ryzykiem nawrotu. Jak podają Birmaher i in., 30–70% dzieci, które przebyły pierwszy epizod depresji, doświadczy drugiego (lub kolejnych) jeszcze w okresie dziecięcym, adolescencji lub w wieku dorosłym¹⁸. Dotyczy to zwłaszcza dzieci obciążonych licznymi czynnikami ryzyka, typu: rodzinne obciążenie depresją, współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych, lęk, negatywny styl poznawczy, traumatyczne doświadczenia życiowe¹⁹. Zdaniem niektórych autorów depresja w wieku młodzieńczym, wiąże się z większym ryzykiem wystąpienia zaburzeń lękowych, samobójstw oraz gorszych wyników w nauce szkolnej²⁰.

¹² J. Bomba, E. Czaplak, B. Józefik, R. Michalak, J. Piekło, M. Wolska, *Rozpowszechnienie i obraz depresji u młodzieży szkolnej*, „Psychoterapia” 1985 nr 4/55, s. 7–18.

¹³ P.M. Lewinshon, P. Rohde, J.R. Seeley, *Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications*, „Clin. Psychol. Rev.” 18, 1998, s. 765–794; A. Angold, E.J. Costello, C.M. Worthman, *Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing*, „Psychol. Med” 28, 1998, s. 51–61; A.J. Oldehinkel, H.U. Wittchen, P. Schuster, *Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents*, „Psychol. Med.” 1999, nr 2, s. 655–658.

¹⁴ P.M. Lewinshon, P. Rohde, J.R. Seeley, *Major depressive...*

¹⁵ M.S. Jellinek, J.B. Snyder, *Depression and suicide in children and adolescents*, „Pediatr Rev.” 1998, nr 19, s. 255–264.

¹⁶ B. Birmaher, N.D. Ryan, D.E. Williamson, D.A. Brent, J. Kaufman, R.E. Dahl et al., *Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years*. Part I. “J Am Acad Child Adolesc Psychiatry” 1996, nr 35 (11), s. 1427–1439.

¹⁷ L. P. Richardson, R. Katzenellenbogen, *Childhood and adolescent depression: the role of primary care providers in diagnosis and treatment*, „Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care” 2005, nr 35 (1), s. 6–24.

¹⁸ B. Birmaher, D. Brent, W. Bernet, O. Bukstein, H. Walter, *Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders*, “J Am Acad Child Adolesc Psychiatry” 1998, nr 37 (Suppl. 10), s. 63S–82S.

¹⁹ B. Birmaher, C. Arbelaez, D. Brent, *Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder*, “Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.” 2002, nr 11 (3), s. 619–637.

²⁰ D.M. Fergusson, L.J. Woodward, *Mental health, educational and social role outcomes of adolescents with depression*, “Arch Gen Psychiatry” 2002, nr 59 (3), s. 225–231.

Różnice w zakresie częstości występowania depresji u dzieci i młodzieży podawane przez różnych autorów mogą wynikać, między innymi, z uwarunkowań kulturowych i społecznych.

Zdaniem W. Radziwiłowicz²¹ badania przesiewowe prowadzone są zazwyczaj wśród młodzieży zdrowej i niekoniecznie muszą dotyczyć epizodu depresyjnego, lecz subiektywnego poczucia nasilenia objawów mierzonych techniką kwestionariuszową. Do pełnej diagnozy depresji konieczne są pogłębione badania psychologiczne lub psychiatryczne. W związku z tym poddawane analizie wyniki badań służyć mogą jedynie do określenia poziomu nasilenia nastroju depresyjnego a niekoniecznie do depresji rozumianej jako zaburzenie. Zdaniem autorki, subiektywne oceny stanu psychicznego są pierwszym i wyjściowym, ale niewystarczającym kryterium diagnozy objawów klinicznych zaburzających funkcjonowanie jednostki²².

Wydaje się, że odpowiedź na te wątpliwości mogą przynieść pogłębione oraz longitudinalne badania na większej populacji.

ZAKOŃCZENIE

Dzieci i młodzież tak samo, jak osoby dorosłe doświadczają depresji. Wraz z rozwojem problem depresyjności bardziej dotyka dziewczęta a następnie kobiety. Jeżeli depresja u dziecka nie zostanie wcześniej zdiagnozowana i poddana terapii, istnieje duże prawdopodobieństwo, że będzie ono cierpiało na to zaburzenie w życiu dorosłym. Do podstawowych czynników leżących u podstaw depresji należą uwarunkowania biologiczne oraz czynniki rodzinne. Wraz ze wzrostem zapadalności na depresję w okresie dziecięcym i młodzieńczym rośnie ilość problemów szkolnych, społecznych i zachowaniowych. Podstawowym obowiązkiem placówek szkolnych jest wsparcie uczniów dotkniętych problemem depresji.

Obraz kliniczny objawów depresji dziecięcej często różni się od obrazu objawów u osób dorosłych. Zaburzenia mogą przybierać zupełnie nietypowy charakter. Diagnozowanie depresji u dzieci najczęściej opiera się na obserwacji zachowań oraz nieprawidłowości w ich funkcjonowaniu. Sytuacja ta rodzi wiele pytań i wątpliwości.

Leczenie dużej depresji u dzieci i młodzieży wciąż stanowi dla lekarzy poważny problem. Liczne doniesienia z badań dowodzą małej skuteczności terapii farmakologicznej w leczeniu depresji u dzieci w przeciwieństwie do oddziaływań poznawczo-behawioralnych. W procesie terapii, ważne jest, aby ustalić wszystkie czynniki, które mogą przyczynić się do wystąpienia i utrzymywania się objawów chorobowych, a następnie rozpocząć odpowiednie oddziaływania terapeutyczne. Należy pamiętać, że diagnoza oraz ustalenie form leczenia depresji należy do kompetencji lekarzy, to jednak wspieranie osoby chorej jest również zadaniem pedagoga. Stanowi to duże wyzwanie na pedagogów pracujących w różnych placówkach, zwłaszcza w odniesieniu do postawienia wstępnej diagnozy oraz zasad postępowania terapeutycznego.

²¹ W. Radziwiłowicz, *Depresja u dzieci i młodzieży. Analiza systemu rodzinnego — ujęcie kliniczne*, Wyd. Impuls, Kraków 2011, s. 44.

²² Tamże, s. 44.

Zdaniem Alana Carr (2004)²³, prawidłowa terapia powinna zawierać następujące elementy:

- psychoedukację;
- wspieranie wewnętrznego systemu kontroli;
- interwencje nakierowane na działanie;
- terapię skupiającą się na relacjach rodzinnych;
- interwencje uwzględniające zdolności poznawcze;
- szkolenie umiejętności społecznych i umiejętności rozwiązywania problemów;
- interwencje szkolne;
- leczenie farmakologiczne;
- opanowanie problemów rodziców z nastrojem;
- opanowanie nawrotów, braku zaangażowania i oporu²⁴.

W tak szeroko rozumianym leczeniu depresji, jak widać, jest miejsce również dla pedagoga zajmującego się wsparciem uczniów w sytuacjach kryzysu. Szczególnie, biorąc pod uwagę zasady udzielenia pomocy psychologiczno-pedagogicznych wynikające z rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.

Chociaż obecnie zgromadzono już dużo wiedzy na temat depresji u dzieci i młodzieży, to jednak konieczne są dalsze badania celem zrozumienia jej uwarunkowań, przebiegu oraz związku z innymi zaburzeniami psychicznymi wieku dorosłego.

Mieczysław Dudek

DEPRESSION AMONG HIGH-SCHOOL STUDENTS

Summary

The analysis presented in this article confirms high levels of depressive disorder in the population of high-school students. It shows that youngsters who participated in the tests had little knowledge about the nature of depression and the ways of diagnosing its incursions. It seems that there were no significant differences between the depressive symptoms affecting students from the urban and the rural environment. Finally, gender appears to be an important regulator of depressive symptoms among high-school students.

²³ A. Carr, *Depresja i próby samobójcze młodzieży*, Gdańsk, 2004; E. Maciocha, *Depresja...*

²⁴ E. Jundziłł, *Depresja wśród młodzieży studenckiej*, [w:] *Zjawiska patologiczne wśród studentów*, red. T. Sołtysiak, Bydgoszcz 2008.

