

Depresivnost in anksioznost pri mladostnikih z različnimi duševnimi motnjami

Evaluation of depression and anxiety in adolescents with various mental disorders

Urban Groleger*, Darija Strah-Trotovšek**, Martina Tomori***

Ključne besede
depresivne motnje
anksiozne motnje
adolescenca

Key words
depressive disorder
anxiety disorders
adolescence

Izvleček. Ocenjevali smo depresivnost in anksioznost 81 mladostnikov, ki so bili sprejeti na Oddelek za mladostnike Centra za mentalno zdravje. Izsledke smo primerjali s 122 mladostniki kontrolne skupine. Iskali smo dejavnike tveganja, ki odločilno vplivajo na depresivnost in anksioznost. Za zbiranje podatkov smo uporabili usmerjeni klinični intervju in psihološka testa za merjenje depresivnosti (Beck Depression Inventory – BDI) in anksioznosti (State and Trait Anxiety Inventory – STAI). Samomorilno vedenje je pri mladostnikih značilno povezano z večjo depresivnostjo. Tudi negativna samopodoba se povezuje z večjo depresivnostjo in anksioznostjo. Odvisnost od alkohola pri nemu od staršev pomembno povečuje razvoj depresivnosti pri mladostniku, medtem ko tega vpliva pri duševni bolezni pri družinskem članu nismo potrdili. Zaščitni dejavnik pred depresivnostjo so družine z večjim številom otrok. Glede na odpustne diagnoze smo najvišjo depresivnost ugotovili pri mladostnikih z vedenjskimi motnjami, nasprotno pa smo pri mladostnikih, ob sprejemu ocenjenih za depresivne, izmerili najmanjšo depresivnost. Oba uporabljena testa, posebno STAI, imata omejeno vrednost pri ločevanju depresije od ostalih nepsihotičnih motenj. Najpomembnejši rezultat naše raziskave je ugotovitev visoke depresivnosti pri mladostnikih z vedenjskimi motnjami, ki nas je presenetila. To odpira nova vprašanja v kliničnem delu z motenimi mladostniki.

Abstract. In the present study, depression and anxiety were evaluated in a sample of 81 secondary school-aged adolescents, hospitalised at the Adolescent Department, Centre for Mental Health, Ljubljana. The results were compared with those obtained in a control group of 122 secondary school students. The purpose of the study was to identify risk factors for adolescent anxiety and depressive disorders. Data were collected using a clinical interview, the Beck Depression Inventory – BDI and the State and Trait Anxiety Inventory – STAI. Suicidal behaviour in adolescents was found to be significantly associated with higher levels of depression. Also, there was significant correlation between low self esteem and increased levels of anxiety and depression. Parental alcoholism had a strong impact on the development of adolescent depression, while there was no association between mental disease in one of the parents and the level of depression in their growing up children. Large families with two or more children were found to represent an important factor protecting against depression and anxiety. As demonstrated by the discharge diagnoses, the level of depression was the highest in the group of individuals with conduct disorders, and the lowest in adolescents admitted to hospital as depressed. The psychological tests used, especially STAI, had only a limited value in differentiating depression from other nonpsychotic disorders. The unexpectedly high rate of depression in adolescents with conduct disorders was the most important finding of the study, which will have to be taken into account in our future clinical work with adolescent patients.

*Urban Groleger, dr. med., Center za mentalno zdravje, Psihiatrična klinika Ljubljana, Zaloška 29, 1000 Ljubljana.

**Darija Strah-Trotovšek, dr. med., Center za mentalno zdravje, Psihiatrična klinika Ljubljana, Zaloška 29, 1000 Ljubljana.

***Prof. dr. Martina Tomori, dr. med., Center za mentalno zdravje, Psihiatrična klinika Ljubljana, Zaloška 29, 1000 Ljubljana.

Uvod

Depresivnost in anksioznost se pojavljata v vseh življenjskih obdobjih. Znaki obeh motenj razpoloženja in čustvovanja so različni zaradi različnih psihosocialnih značilnosti vsake življenjske dobe. Posebne značilnosti razvojnega obdobja vplivajo tudi na potek motenj ter na posredne in neposredne posledice za bolnika in njegovo življenje.

V otroškem obdobju se depresivnost in anksioznost lahko izražata s somatizacijo (telesne tegobe, ki so izraz duševne stiske) ali pa z vedenjskimi motnjami (1). V adolescentnem obdobju pa kaže klinična slika depresivnosti in anksioznosti več podobnosti s psihopatologijo, ki se sicer izraža v odrasli dobi.

Znaki in simptomi depresivnosti so lahko različno močno izraženi. Med seboj se povezujejo in seštevajo. Najpogostejši so: depresivno razpoloženje (doživljanje potrnosti, žalosti in brezupa), izguba zanimanja in veselja, zmanjšanje energije in večja utrudljivost, motnje osredotočanja misli in usmerjanja pozornosti, nizko samospoštovanje, pomanjkanje zaupanja vase, občutja krivde in nevednosti, razmišljanja o samomoru ali dejanja v tej smeri. Tem motnjam se pogosto pridružujejo telesni simptomi kot so nespečnost, pomanjkanje teka ali pretirano hranjenje, glavoboli, prebavne motnje in podobno.

Tudi pri anksioznosti se duševni simptomi povezujejo s telesnimi. Negotovosti, plašnosti, tesnobi in notranji napetosti se pogosto pridružijo palpitacije, omotičnost, tresenje, potenje, občutek suhih ust in druge nevšečnosti, ki še povečujejo mučnost ali celo nevzdržnost tesnobe doživljanja.

Anksioznost je praktično sestavni del adolescentovega doživljanja. Le v njeni intenzivnosti, pogostnosti in vplivu na različne mladostnikove dejavnosti je lahko meja med tem, kar je za razvoj še normalno ali pa že patološko. Tudi depresivnost je v adolescenci sorazmerno pogosta, vendar večinoma ostane na ravni občasnih razpoloženjskih stanj, ki nimajo večjega vpliva na mladostnikove druge duševne dejavnosti. Kadar pa se simptomi združujejo, trajajo dalj časa in že motijo ostale duševne funkcije (voljo, motivacijo, mišljenje), govorimo o depresivni motnji, depresivnem sindromu ali celo depresivni bolezni. Kashani (2) je v nekliničnem vzorcu mladostnikov obeh spolov ugotovil manjšo depresivnost pri 4,7% in zmerno izraženo depresivnost pri 3,3% mladostnikov. Rutter (1) trdi, da je depresivnost v adolescenci trikrat pogostejša kot v otroškem obdobju.

Anksioznost je v vseh življenjskih obdobjih pogosta spremljevalka depresivnosti. Vzne-mirjenost, ki jo prinaša v mučna občutja žalosti in brezizhodnosti, je še dodatno breme, ki otežkoča življenje depresivne osebe. Sili jo v različne obrambe, ki lahko same po sebi prevzamejo vlogo bolezni ali nove, dodatne motnje.

Oba sindroma, depresivnost in anksioznost, se lahko tudi primarno povežeta z drugimi skupinami duševnih motenj. V odrasli dobi ju najpogosteje srečujemo v povezavi s somatoformnimi motnjami in boleznimi odvisnosti, v adolescentnem obdobju pa s šolsko neuspešnostjo, z zlorabo drog in alkohola (3–6), z motnjami hranjenja (7) in s suicidalnostjo (5, 8, 9).

Med dejavniki, ki so v adolescenci posebno odločilni za razvoj depresivnosti in anksioznosti, navaja literatura najpogosteje neugodne družinske razmere (10), vključno z od-

visnostjo od alkohola pri starših (4, 13). Pomembni etiološki dejavniki so tudi slabi socialni pogoji, seštevanje neugodnih in travmatskih življenjskih dogodkov, spolna ali drugačna zloraba v otroštvu in druge psihosocialne obremenitve.

Depresivnost in anksioznost pri mladostnikih obravnavamo posebej resno in pozorno iz več razlogov. Adolescenca je obdobje pospešene socializacije, oblikovanja identitete ter čas intenzivnega izobraževanja. Od poteka teh dogajanj ni odvisna le gradnja osebnosti posameznika, temveč v mnogočem tudi kvaliteta njegovega odraslega življenja. Simptomi, ki sestavljajo oba sindroma, neposredno zavrejo mladostnikov celovit osebnostni in socialni razvoj. Če so močno izraženi, med seboj prepleteni in dolgotrajni, ne vplivajo le na njegovo subjektivno doživljanje, temveč tudi na konkretne možnosti njegovega šolanja, osamosvajanja in socialnega zorenja.

Neprepoznana depresivnost, ki spremlja druge duševne motnje v adolescenci, povečuje možnost samouničevalnega vedenja in tveganje samomora. Hkrati pa prikrita depresivnost izrazito slabša prognozo poteka drugih duševnih motenj.

Vendar pa depresivnosti in anksioznosti v adolescenci ni vedno lahko prepoznati. Značilnosti mladostniškega čustvovanja in vedenja pogosto prekrivajo klinično razpoznavne znake teh motenj. Umik v somatizacijo je v naši kulturi še posebno značilen za dekleta, zatekanje v zlorabo alkohola in drugih drog pa za fante.

Motnje hranjenja so ena tistih bolezni, kjer je nezadovoljujoča samopodoba sestavni del globlje depresivnosti, lastno telo pa objekt agresivnosti, ki izpolnjuje težnjo po samouničevanju (11).

Z izrazito visokim tveganjem za samomor je povezana depresivnost pri mladostnikih, ki so impulzivni, v konfliktnih okoljih in brez zaščitnih dejavnikov v družini ali konstruktivni skupini vrstnikov. Te povezave najpogosteje ugotovimo pri fantih z motnjami vedenja, neredkim alkoholizmom pri starših in tistih brez spodbudnega zaledja v šoli ali drugem strukturiranem okolju, kjer bi razvijali občutje lastne vrednosti in bi se lahko pozitivno potrjevali. Izrazito »letalno kombinacijo« depresije in agresivnosti v adolescenci (12) potrjujemo tudi v naši klinični praksi pri mladostnikih z opisanimi psihosocialnimi značilnostmi, ki izrazito povečujejo tveganje samomora.

Pretirano usmerjanje diagnostične in terapevtske pozornosti navzven bolj opaznim, zaskrbljujočim ali motečim – problemom lahko depresivnost in anksioznost celo stopnjuje in ju še poglobi.

Raziskava

V raziskavi smo pri mladostnikih iz eksperimentalne skupine (ES) želeli poiskati čim več dejavnikov, s katerimi bi vzročno in klinično opredelili depresivnost in anksioznost pri mladostnikih, ki se zdravijo zaradi nepsihotičnih duševnih motenj. S tem bi jih kot dejavnike tveganja ali zaščitne dejavnike lahko upoštevali v klinični praksi in preventivnih programih. Želeli smo pokazati razlike v depresivnosti in anksioznosti med zdravo populacijo in mladostniki, ki so bili zaradi različnih duševnih motenj sprejeti na Oddelek za mladostnike in med seboj primerjati različne diagnostične skupine teh mladostnikov po ne-

katerih najbolj značilnih lastnostih. Želeli smo ugotoviti, kakšna je diagnostična vrednost uporabljenih psiholoških testov za uvrstitev v posamezno diagnostično skupino in za klinično prakso nasploh.

Metode

V raziskavi smo psihometrično testirali vse mladostnike, ki so bili sprejeti na Oddelek za mladostnike Centra za mentalno zdravje v obdobju dveh let. V eksperimentalno skupino (ES) smo uvrstili 81 mladostnikov (53 deklet in 28 fantov), starih od 15 do 21 let (povprečna starost 17,8 let, sd 1,46), kjer je bila odpustna diagnoza po MKB-9 (Mednarodna klasifikacija bolezni, 9. izdaja) iz sklopa nepsihotičnih duševnih motenj 300,0 ali višja (tabela 1). V kontrolno skupino (KS) smo uvrstili 122 srednješolcev (povprečna starost 16,7, sd 0,65).

Podatke smo zbrali iz popisov bolezni, osnovnega vprašalnika Oddelka za mladostnike, ki vsebuje več sklopov podatkov (osebni, podatki o družini, socialnih odnosih, odnos do sebe in drugih, zlorabe in odvisnosti, podatke o samomorilnem vedenju, odnosov v družini itd.) ter s psihometričnim testiranjem z Beckovim testom depresivnosti (BDI – Beck Depression Inventory), ki meri motivacijske, telesne in duševne lastnosti depresije, in Spielbergerjevim testom (STAI – State and Trait Anxiety Inventory), kjer smo posebej merili 'state' anksioznost (STAI-s) kot trenutno stanje preiskovanca, ki je prehodno in spremenljivo ter 'trate' anksioznost (STAI-t), kot relativno trajno lastnost preiskovanca.

Izsledki

Prikazali bomo le nekatere najpomembnejše rezultate. Razliko med eksperimentalno in kontrolno skupino lahko statistično značilno potrdimo z manj kot 0,1 % tveganjem (BDI $z = 10,06$, STAI-s $z = 7,59$, STAI-t $z = 9,59$). Razlike med spoloma so nekoliko večje pri ES, vendar niso statistično značilne.

Značilnosti, ugotovljene pri mladostnikih iz eksperimentalne skupine

Poskus samomora in samomorilne misli

64,2 % deklet in 57,1 % fantov je poskusilo narediti samomor. Razlika med spoloma ni statistično značilna. Samomorilne misli je zanikalo 39,8 % fantov in samo 7,5 % deklet. 67,9 % mladostnikov iz ES je opisalo občasne ali stalne samomorilne misli. Primerjava poskusov samomora in samomorilnih misli kaže, da imajo mladostniki, ki so že poskušali narediti samomor tudi pogostejše samomorilne misli ($p < 0,05$, $\chi = 5,72$). Z naraščanjem pogostosti samomorilnih misli pri mladostnikih narašča tudi število mladostnikov, ki so poskušali narediti samomor, kar je posebej značilno za dekleta.

Neodvisno od spola se srednje vrednosti rezultatov za STAI glede na število poskusov samomorov pri mladostnikih iz ES statistično ne razlikujejo. BDI kaže statistično značilne višje vrednosti z manj kot 0,01 % tveganjem ($t = 3,0$) pri mladostnikih z več kot enim samomorilnim poskusom v anamnezi glede na mladostnike z enim poskusom samomora, kar velja tudi samo za fante. Pri dekletih podobne razlike nismo našli. Razlik med

spoloma statistično nismo potrdili, podobno velja tudi za primerjavo med mladostniki brez poskusa samomora v anamnezi in tistimi, ki so samomor poskušali samo enkrat. Mladostniki, ki pogosto razmišljajo o samomoru, imajo višje vrednosti BDI glede na tiste, ki o samomoru ne razmišljajo ($p < 0,01$, $t = 2,56$). Primerjava med dekleti, ki razmišljajo občasno in tistimi, ki razmišljajo pogosto, pokaže podobno zakonitost ($p < 0,05$, $t = 2,39$). Mladostniki, ki samomora niso poskušali narediti, so pa o samomoru razmišljali, so imeli signifikantno višje vrednosti BDI kot mladostniki, ki samomora niso poskušali in o njem še niso razmišljali ($p < 0,05$, $t = 2,61$). Statistično značilne so bile tudi vrednosti STAI-s ($p < 0,01$, $t = 2,82$) višje.

Uživanje alkohola

Redno pije 18,9 % deklet in 21,4 % fantov iz ES. S pogostejšim pitjem se vrednosti vseh uporabljenih psihometričnih testov znižujejo. Najnižje vrednosti BDI so bile ugotovljene pri fantih, ki pijejo občasno. Nobena od ugotovljenih razlik ni bila statistično značilna.

Družina mladostnikov

Z večanjem števila sorojencev vrednosti BDI pri mladostnikih padajo od 23 pri edincu do 19,4 pri mladostniku z dvema ali več sorojenci. Razlike niso statistično značilne. STAI ne kaže nobene razlike. Popolno družino najdemo pri 76,5 % mladostnikov iz ES. Posebnih razlik v vrednosti psiholoških testov med mladostniki s popolno in nepopolno družino nismo našli. Mladostniki iz ES, kjer starši nimajo duševne motnje, kažejo celo nekaj nižje vrednosti psihometričnih testov kot cela ES, razlike pa niso statistično značilne. To velja tudi za mladostnike, kjer ima eden od staršev duševno bolezen. Razlike so se pokazale pri mladostnikih, kjer je eden od staršev (večinoma oče) odvisen od alkohola. Vrednosti vseh testov so višje, razlike pa niso statistično značilne.

Mladostniki iz družin, kjer je pri bližnjih prišlo do poskusa samomora ali samomora, kažejo nižje vrednosti uporabljenih testov (BDI, STAI-s, STAI-t), statistično pomembnih razlik pa nismo dokazali. Če primerjamo frekvence teh pojavov vidimo, da je v takih družinah 83,3 % mladostnikov iz ES že poskušalo samomor. V družinah brez izraženega samomorilnega vedenja je samomor poskušalo le slaba polovica mladostnikov (46,1 %).

Samopodoba mladostnikov

Samopodobo mladostnikov smo ovrednotili z mladostnikovim opisom odnosa, ki ga imajo drugi do njega in odnosom, ki ga ima mladostnik sam do sebe.

55 % mladostnikov iz ES je odnos okolice do njih opisalo pozitivno. Primerjava odnosa pri dekletih kaže statistično značilno nižje vrednosti BDI pri pozitivnem in višje pri negativnem odnosu ($p < 0,01$, $t = 3,22$). Razlike ne glede na spol sicer so, vendar niso signifikantne. S seboj je zadovoljnih le 13,6 % mladostnikov iz ES (17 % deklet in 7,1 % fantov). Primerjava vrednosti diagnostičnih testov kaže statistično značilne razlike ob višjih vrednostih testov pri s seboj nezadovoljnih mladostnikih (BDI $t = 2,77$, $p < 0,05$, STAI-s $t = 3,17$, $p < 0,01$, STAI-t $t = 2,5$, $p < 0,05$).

Opis in primerjave diagnostičnih skupin

Mladostnike iz ES smo glede na odpustne diagnoze po MKB-9 razdelili v sedem diagnostičnih skupin (tabela 1).

Tabela 1. *Diagnostične skupine pri mladostnikih iz eksperimentalne skupine glede na odpustne diagnoze po MKB-9.*

Odpustne diagnoze	Klasifikacijske kode
ES1 – motnje odnosov	(313.3),
ES2 – depresivne motnje	(309.0, 309.1),
ES3 – odvisnosti	(303.x, 304.x, 305.x),
ES4 – čustvene motnje	(309.2),
ES5 – vedenjske motnje	(309.3, 312.0, 312.3),
ES6 – mešane čustvene in vedenjske motnje	(309.4),
ES7 – motnje hranjenja	(307.1, 307.5)

Diagnostične skupine smo med sabo primerjali glede na različne kriterije, od katerih so najpomembnejši rezultati psiholoških testov (tabela 2). Pri ostalih kriterijih je bila razpršenost podatkov tolikšna, da bi ob majhnem številu mladostnikov v posamezni primerjalni skupini primerjave ne bile smiselne. Razlike glede na spol smo ugotavljali samo tam, kjer so bile skupine dovolj velike, drugje teh primerjav ne navajamo. Diagnostične skupine smo uredili po padajočem vrstnem redu glede na vrednosti posameznih testov.

Tabela 2. *Diagnostične skupine, urejene po padajočih vrednostih uporabljenih psihometričnih testov in podatki z eksperimentalno (ES) in kontrolno (KS) skupino v celoti (srednje vrednosti – SV in standardne deviacije – SD).*

Motnja	BDI SV	SD	Motnja	STAI-s SV	SD	Motnja	STAI-t SV	SD
ES7	28,33	10,22	ES7	61,56	11,26	ES7	60,89	10
ES5	27,79	14,5	ES1	54,00	12,58	ES4	56,80	12,31
ES4	23,10	13,78	ES2	52,75	12,87	ES6	55,63	11,11
ES1	23,00	12,66	ES6	52,50	12,04	ES1	55,08	11,66
ES3	21,67	13,63	ES5	52,21	13,27	ES5	53,57	10,07
ES6	21,46	12,61	ES3	51,07	13,16	ES2	51,56	12
ES2	19,94	12,03	ES4	50,00	11,72	ES3	51,20	8,52
ES	21,69	12,68	ES	53,48	12,96	ES	54,53	11,52
KS	6,48	6,1	KS	40,65	10,04	KS	39,81	9,6

Razlike med vrednostmi psiholoških testov za posamezne diagnostične skupine so sicer prisotne, statistično značilne pa so samo pri mladostnikih z motnjami hranjenja in depresivnimi motnjami glede na STAI-s z manj kot 5 % tveganjem ($p = 0,021$, $t = 2,47$).

Najvišje vrednosti BDI smo ugotovili pri mladostnikih z motnjami hranjenja in vedenjskimi motnjami. Nizke vrednosti BDI in STAI-t smo ugotovili pri depresivnih mladostnikih, kjer so se samo vrednosti za STAI-s približale pričakovanim. Primerjave med spoloma za posamezne diagnostične skupine ne kažejo statistično pomembnih razlik pri manj kot 5 % tveganju.

Poskus samomora je bil najpogostejši pri mladostnikih z vedenjskimi motnjami (92,9 %), sledijo pa odvisnosti, motnje odnosov in hranjenja ter depresija. Samomorilne misli so bile najpogostejše pri mladostnikih z motnjami odnosov (83,4 %), pri depresivnih mladostnikih so se pojavljale redkeje (70 %).

Najpogostejše uživanje alkohola smo ugotovili pri mladostnikih z diagnozo odvisnosti (93,3 %), relativno pogosto pa je tudi pri mladostnikih z mešanimi vedenjskimi in čustvenimi motnjami (66,7 %) ter vedenjskimi motnjami (63,3 %). Depresivnih mladostnikov pije 37,5 %. Pri mladostnikih z odvisnostjo pije tudi največji delež očetov (66,6 %), slaba polovica očetov pa pije redno in pretirano tudi pri mladostnikih z motnjami hranjenja, vedenjskimi motnjami in motnjami odnosov.

Razpravljanje

Raziskali smo nekaj dimenzij depresivnosti in anksioznosti pri mladostnikih, ki so se zdravili zaradi nepsihotičnih duševnih motenj.

Splošni podatki

Statistično značilno višje vrednosti obeh uporabljenih testov pri ES glede na KS smo pričakovali (13), čeprav je razlika večja, kot v raziskavi Pinta in Francisove (14). Razlika je ta, da v našem vzorcu niso bili vključeni samo mladostniki z depresivno motnjo in da prav pri teh mladostnikih nismo našli najvišjih vrednosti testov. Če sprejmemo trditve Barrere in Garrison-Jonesa (15), da lahko z 81 % verjetnostjo postavimo diagnozo depresije pri mladostniku, če vrednost BDI preseže 16, so vsi mladostniki iz ES tudi depresivni. Enako visoke vrednosti STAI testa potrjujejo rezultate Pinta (14), da je anksioznost v 75 % sopojav depresiji, čeprav ustreznih podobnih študij v literaturi nismo zasledili. Trdimo lahko, da so mladostniki iz ES visoko depresivni in anksiozni.

Samorilni poskusi

Depresivnost in poskus samomora pri mladostnikih povezujejo mnogi avtorji (16–18). Mladostniki iz ES, ki so že poskušali narediti samomor, so bili značilno bolj depresivni od tistih, ki tega niso poskušali. Razen za prvi poskus samomora pri mladostnikih iz ES velja, da depresivnost narašča s številom samorilnih poskusov. Enako pa bi povezo lahko potrdili tudi v obratni smeri. Ti mladostniki zato predstavljajo skupino z višjim tveganjem za ponoven poskus samomora. Opisano zakonitost lahko statistično potrdimo tudi posebej za mladostnike, samo za dekleta pa ne. Pojav podobnih vrednosti za BDI pri mladostnikih z enim poskusom in tistimi brez poskusov samomora si lahko razložimo z zmanjšanjem nakopičenih notranjih napetosti ob samorilnem poskusu, hkrati pa pomeni možnost strokovne pomoči, še preden se depresija in anksioznost zač-

neta poglobljati. Lahko pa si ta pojav razložimo tudi z impulzivnostjo in nekontroliranim vedenjem mladostnikov, česar z BDI ne moremo izmeriti, je pa velikokrat omenjeno v literaturi (19–22). Anksioznost med obema skupinama mladostnikov se ni razlikovala, vendar smo jo merili s časovnim zamikom od samomorilnega poskusa, poleg tega pa je pri vseh mladostnikih iz ES zelo visoka. BDI ima za razliko od STAI napovedno vrednost za samomorilno vedenje pri mladostnikih.

Samomorilne misli

80 % deklet in 50 % fantov občasno ali stalno razmišlja o samomoru, kar je precej več od ugotovitev Kienhorstove (8) in Grolegerja in Gruden-Staniča (23) pri normalni populaciji mladostnikov. Razlika je posledica selekcioniranega vzorca z večjim tveganjem. Pojav razmišljanja o samomoru smo pri dekletih iz ES povezali z visoko depresivnostjo po BDI. Ta se povečuje z naraščanjem pogostosti ali intenzitete samomorilnih misli. Ta trditev drži za tista dekleta, ki še niso poskušala narediti samomora. Če je poskus samomora že prisoten v anamnezi, opisane odvisnosti ni, vpliv samo samomorilnih misli na izmerjeno depresivnost je zato manjši. Podatki za fante niso tako očitni, kar lahko pomeni, da so samomorilne misli kot dejavnik tveganja za razvoj depresije in nadaljnjo samomorilno vedenje pomembnejše pri dekletih. Posebnih razlik v anksioznosti pri mladostnikih nismo našli.

Uživanja alkohola

Pitje alkohola pri mladostnikih iz ES samo po sebi ni povezano z višjo depresivnostjo in anksioznostjo, dokler ne postane redno in se razvije odvisnost. Ugotovili smo, da občasno pitje pri fantih celo zmanjša izmerjeno depresivnost in anksioznost, ker lahko na ta način navidezno blažijo trenutno nemoč, stisko in večajo občutek lastne vrednosti, zmanjšujejo napetosti in s tem anksioznost. Drugačno sliko smo dobili pri tistih mladostnikih, kjer je eden od staršev pretirano pil ali bil odvisen od alkohola. Povezave med vzorci odvisnosti pri starših in mladostnikih je potrdila že Tomorijeva (24). Naši rezultati kažejo na neposredno povezavo med pretiranim pitjem staršev in visoko depresivnostjo in anksioznostjo pri mladostnikih. Razlika glede na mladostnike, katerih starši ne pijejo, je statistično značilna.

Vloga družine

Varovalno vlogo velike družine z več sorojenci so potrdili mnogi avtorji (23, 25–27). Naša ugotovitev je, da se pri mladostnikih iz eksperimentalne skupine depresivnost z večanjem števila sorojencev zmanjšuje. Razlike sicer niso statistično značilne, za natančno ovrednotenje bi potrebovali večji vzorec. Za razliko od Raskina in Crooka (28), ki sta ugotavljala povezavo med odsotnostjo enega od staršev in depresivnostjo, mi podobne povezave nismo našli. Podatki o prisotnosti duševne bolezni pri enem od staršev zanikajo naša pričakovanja o večji depresivnosti in anksioznosti pri mladostnikih. Za pomemben dejavnik se je pokazala zloraba alkohola pri enem od staršev (večinoma očetu), kar potrjuje navedbe drugih avtorjev (9, 29). V takšnih družinah sta depresivnost in anksioznost pri mladostnikih statistično značilno višji. Zloraba alkohola pri starših za mla-

dostnika pomeni trajen vir napetosti, odsotnost občutka varnosti in sprejetosti v družinskem krogu. Forehand s sodelavci (30) navaja, da spori v družini celo bolj negativno delujejo na mladostnika kot, na primer, ločitev staršev.

Samopodoba mladostnika

Vsaka bolezen, duševna pa verjetno še posebej, vpliva na človekovo samopodobo. Zato smo pričakovali motnje na tem področju pri mladostnikih iz eksperimentalne skupine. Na negativne odnose okolice do njih se vsi mladostniki iz ES odzivajo z večjo depresivnostjo in anksioznostjo, dekleta pa temu pripisujejo večji pomen (1 % tveganje). Pri negativno doživetem odnosu okolice do mladostnika smo izmerili visoko depresivnost in anksioznost. Le 17 % mladostnikov je zadovoljnih s seboj. Razlike v vrednosti psiholoških testov so med s seboj zadovoljnimi in nezadovoljnimi mladostniki statistično značilne. Najbolj so depresivni mladostniki, ki so v celoti nezadovoljni s seboj. Verjetno tako kot bolezen sama povzroča depresivnost in anksioznost, tudi slednji dodatno povečujeta nezadovoljstvo s sabo in mladostnika zapirata v začaran krog negativne samopodobe. Pomemben delež negativne samopodobe zavzema nezadovoljstvo v zvezi z zdravjem, trenutna zaskrbljenost in anksioznost sta zato razumljivi. Zanimiva je primerjava vrednosti obeh testov pri mladostnikih, ki so zadovoljni s seboj, in tistimi, ki so nezadovoljni samo s šolskim uspehom. Pri slednjih so vrednosti testov celo nižje, kar lahko pomeni, da je potrjevanje v šoli le izvor navidezne nezadovoljnosti, v samo globino vrednostnega doživljanja sebe pa ta neuspeh ne poseže. Samopodoba mladostnikov je značilno povezana z depresivnostjo in anksioznostjo in se zato njene ocene lahko uporabi pri določanju tveganja za samomorilno vedenje.

Diagnostične skupine

Pričakovali smo razlike v depresivnosti in anksioznosti pri mladostnikih glede na posamezne diagnostične skupine. Pričakovali smo tudi, da bodo imeli mladostniki z diagnozo depresije najvišje vrednosti BDI. Naši rezultati so zavrnili obe pričakovanji. Depresivnost, izmerjena z BDI, je bila najnižja pri mladostnikih z depresijo. Najvišje vrednosti so imeli mladostniki z motnjami hranjenja, vedenjskimi in čustvenimi motnjami. Pomembna je velika depresivnost mladostnikov z vedenjskimi motnjami, kar potrjuje velik pomen impulzivnega, agresivnega in provokativnega vedenja ob pomanjkanju kontrole nad lastnim vedenjem in čustvi, za prepoznavanje depresivnosti in tveganja za samomorilno vedenje. Ti mladostniki potrebujejo posebno skrb, pa čeprav so lahko za ljudi okoli sebe neprijetni. Vsi mladostniki iz ES so bili zelo anksiozni, posebnih značilnih razlik med diagnostičnimi skupinami pa nismo našli. Zato lahko trdimo, da test za nadaljnjo diagnostično obravnavo mladostnikov z nepsihotičnimi duševnimi motnjami, kjer je anksioznost že tako visoka, ni dovolj specifičen in selektiven.

Merjenja depresivnosti in anksioznosti pomenijo veliko za klinično oceno mladostnikov z večjim tveganjem, še zlasti za samomorilno vedenje. Povežemo lahko izmerjeni depresivnost in anksioznost s stopnjo mladostnikovih težav.

Zaključek

Mladostniki z nepsihotičnimi duševnimi motnjami, sprejeti v bolnišnico, so značilno bolj depresivni in anksiozni od zdravih mladostnikov. Posebnih razlik med spoloma ni.

Dejavniki, ki povečajo samo depresivnost (D), samo anksioznost (A) ali oboje (DA) so: poskus samomora v anamnezi (D), samomorilne misli pri dekletih, zlasti brez predhodnih poskusov samomora (D), redno pitje (DA), odvisnost od alkohola pri starših (DA) in slaba samopodoba (DA).

Najmanjšo depresivnost smo z BDI izmerili pri mladostnikih z diagnozo depresivne motnje ob sprejemu.

Največjo depresivnost in anksioznost smo izmerili pri dekletih z motnjami hranjenja in fantih z vedenjskimi motnjami.

Mladostniki z vedenjskimi motnjami kažejo največ poskusov samomora in samomorilnih misli, še posebej v primerjavi z depresivnimi mladostniki, kar jih uvršča med najbolj ogrožene mladostnike in zahteva posebno klinično in preventivno skrb.

Literatura

1. Rutter M. The developmental psychopathology of depression. In: Rutter M, Izard CE, Read PD, eds. *Depression in Young People*. New York: Guilford Pr, 1986: 137–41.
2. Kashani JH, Carlson GA, Beck NC, et al. Depression, depressive symptoms and depressed mood among a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 931–34.
3. Shaffer D. Suicide in childhood and early adolescence. *Child Psychol Psychiatry* 1974; 15: 275–91.
4. Tomori M. Personality characteristics of adolescents with alcoholic parents. *Adolescence* 1994; 29: 949–59.
5. Diekstra RFW. Depression and suicidal behaviours in adolescence. In: Rutter M, ed. *Psychological Disturbances in Young People*. Cambridge: Cambridge U Pr, 1995: 212–43.
6. Marttunen MJ, Aro HV, Henriksson MM, Lonquist JK. Mental disorders in adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 834–9.
7. Lask B, Bryant-Waugh R. *Childhood onset of anorexia nervosa and relating eating disorders*. Hove: UK Susex, 1993; 1: 23–105.
8. Kienhorst CWM, De Wilde EJ, Van den Bout J, Van Groenou BMJ, Diekstra RFW, Walters WGH. Self reported suicidal behaviour in dutch secondary education students. *Suicide Life Threat Behav* 1990; 20: 101–12.
9. Runeson B. Psychoactive substance use disorder in youth suicide. *Alcohol Alcohol* 1990; 5: 561–8.
10. De Wilde EJ, Kienhorst I, Diekstra RFW, Wolters WHG. The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 52–9.
11. Tomori M. Telo med ugodjem in tesnobo. In: Tomori M, ed. *Motnje hranjenja*. Zbornik adol. seminarja, Ljubljana: Medicinska Fakulteta; 1995: 5–12.
12. Blumenthal SJ, Kupfer DJ. Overview of early detection and treatment strategies for suicidal behaviour in young people. *J Youth and Adolescence* 1988; 1: 1–22.
13. Kashani JH, Sherman DD, Parker DR & Reid JC. Utility of the Beck Depression Inventory with clinic-referred adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 278–82.
14. Pinto A, Francis G. Cognitive correlates of depressive symptoms in hospitalized adolescents. *Adolescence* 1993, 28: 661–72.
15. Barrera M, Garrison-Jones. Properties of the Beck Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression. *J Abnorm Child Psychol* 1988; 16: 263–73.

16. Myers K, McCauley E, Calderon E, Treder R. The 3-zia longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youth with major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30: 804–10.
17. Strober M, Green J, Carlson G. Utility of the Beck Depression Inventory with psychiatrically hospitalised adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1981, 49: 482–83.
18. Fleming JE, Boyle MH, Offord DB. The outcome of adolescent depression in the Ontario Health Study Follow up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, 32: 28–34.
19. Tomori M. Avtoagresivnost v adolescenci. *Pedopsihiatrija* 1991; 9: 15–22.
20. Cohen. S Kessel M. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychol* 1988; 7: 268–97.
21. Haleay J. *Leaving home*. New York: McGraw, 1990.
22. Uma R, Myrna M. Childhood depression and risk of suicide. A preliminary report of longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 21–8.
23. Groleger U, Stanič-Gruden D. *Psihosocialne značilnosti suicidalnih mladostnikov*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, 1992.
24. Tomori M. *Nekatere značilnosti populacije toksikomanov v Sloveniji*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza Edvarda Kardelja, 1979.
25. Milčinski L. Štiri glavna spoznanja suicidologije. *Psihoterapija* 1984; 11: 29–38.
26. Pfeffer CR, Newcorn J, Kaplan G. Suicidal behaviour in adolescent inpatients: critique of research methods. *Suicide Life Threat Behav* 1989; 19: 58–75.
27. Toolan JM. Suicide and suicide attempts in children and adolescents. *Am J Psychother* 1962; 29: 339–44.
28. Raskin A, Crook T. Global Assessment of Psychiatric Symptoms (GASP). *Psychopharmacol Bull* 1988; 24: 721–5.
29. Meyer DC. Parental alcoholism and adolescent suicide. *Am J Psychother* 1990; 4: 552–62.
30. Forehand R, Wierson M, McCombs-Thomas A, et al. The role of family stressors and parent relationships on adolescent functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30: 316–22.

Prispelo 3. 11. 1995