

## Kryteria diagnostyczne depresji u dzieci i młodzieży

*Diagnostic criteria for depression in children and adolescents*

ELIZA PUŻYŃSKA

*Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie*

**STRESZCZENIE.** *Opracowanie zawiera współczesne poglądy na temat rozpoznawania depresji u dzieci i młodzieży, a zwłaszcza współcześnie proponowane kryteria diagnostyczne (red.).*

**SUMMARY.** *The paper presents recent views on diagnosing depression in children and adolescents, with special emphasis on the currently proposed diagnostic criteria (Eds.).*

**Słowa kluczowe:** depresja / diagnoza / kryteria diagnostyczne / dzieci / młodzież

**Key words:** depression / diagnosis / diagnostic criteria / children / adolescents

Wątpliwości i spory dotyczące depresji występujących w okresie rozwojowym mają długą historię i sięgają początków psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej jako samodzielnego działu psychiatrii. Wątpliwości dotyczyły wszystkich podstawowych zagadnień, począwszy od pytania, czy stany depresyjne w ogóle występują we wczesnych okresach rozwojowych. Pytań takich zadawano wiele, oto najważniejsze:

- czy dziecko jest w stanie przeżywać depresję tak jak osoba dorosła?
- jaka jest ekspresja obniżonego nastroju u dziecka?
- czy w zespołach depresyjnych u dzieci występują charakterystyczne dla depresji osób dorosłych objawy podstawowe: lęk, zmiany aktywności psychoruchowej, zaburzenia rytmów biologicznych?
- jaki wpływ wywiera depresja na funkcjonowanie dziecka?
- czy w okresie rozwojowym występują specyficzne obrazy kliniczne depresji, atypowe w porównaniu z depresją osób dorosłych?
- czy kryteria diagnostyczne depresji osób dorosłych są przydatne w rozpoznaniu depresji u dzieci i młodzieży?

Analiza piśmiennictwa minionego piętnastolecia wydaje się wskazywać, że na niektóre z tych pytań udzielono odpowiedzi, niektóre wciąż na taką odpowiedź oczekują.

### ROZPOWSZECHNIENIE

Gromadzone przez ostatnie kilkanaście lat dane epidemiologiczne pochodzące z różnych krajów i regionów świata wyraźnie wskazują, że - wbrew dawnym opiniom o bardzo rzadkim występowaniu depresji, a zwłaszcza choroby afektywnej dwubiegunowej - zaburzenia uznać należy za zjawisko stosunkowo częste, a nawet pospolite, mieszczące się w szerokiej granicy od kilku do kilkudziesięciu procent, w zależności od badanej populacji. Najnowsze badania H.Witkowskiej-Ulatowskiej przeprowadzone w Polsce [27], wskazują, że w populacji uczniów VII klas szkół warszawskich w wieku 14-15 lat zaburzenia depresyjne występują u 19.3% uczniów, przy czym u 0.77% osiągnęły rozmiary stanu depresyjnego o nasileniu klinicznym spełniające kryteria dużej depresji wg DSM-III.

Tablica 1. Objawy depresji w okresie rozwojowym (za Carlson i Kashani 1988, zmodyfikowane)

Objawy występujące u dorosłych	Objawy występujące w wieku		
	6-8 lat	9-12 lat	13-18 lat
Nastrój depresyjny (w organicznych: "dysforyczny")	wygląd dziecka (niezadowolonego, ponurego), drażliwość	ekspresja smutku, drażliwość	ekspresja smutku, apatia, drażliwość
Utrata zainteresowań	ograniczenie kontaktów z otoczeniem	jak u dorosłych	jak u dorosłych
Zmiana wagi ciała, apetytu	zaburzenia snu	jak u dorosłych	jak u dorosłych
Bezsennność lub hipersomnia	zaburzenia snu	jak u dorosłych	jak u dorosłych
Podniecenie psychoruchowe	drażliwość, napady złego humoru	zachowanie agresywne	jak u dorosłych
Zahamowanie psychoruchowe	ospałość	ospałość	jak u dorosłych
Utrata energii	ospałość	ospałość	jak u dorosłych
Poczucie małej wartości	niska samoocena	poczucie winy, niska samoocena	poczucie winy
Obniżenie koncentracji	obciążone osiągnięcia szkolne	jak u dorosłych	małe postępy w nauce
Powracające myśli o śmierci lub samobójstwie	sporadyczne	jak u dorosłych	jak u dorosłych
Lęk	fobie, lęk przed rozłąką z rodzicami	fobie, lęk separacyjny	jak u dorosłych
Dolegliwości somatyczne	obecne	obecne	obecne

## OBRAZ KLINICZNY

Dysponujemy coraz większą liczbą wyników badań, których celem było porównanie obrazu klinicznego stanów depresyjnych w zależności od wieku osób badanych. W badaniach tych stosowano co prawda różne narzędzia badawcze (liczba ich przekracza 25), umożliwiając one jednak wyrobienie przynajmniej ogólnego poglądu w tej sprawie. W tablicy 1 zestawiono wyniki części takich badań.

Analiza obrazu klinicznego depresji przeprowadzona przez autorkę tej pracy [21] w grupie 41 dzieci w wieku 13-15 lat oraz 76 dzieci w przedziale wieku 16-18 lat, u których rozpo-

znano zaburzenia afektywne typu endogenne (głównie dwubiegunowe), wykazała, że w obu przedziałach wieku daje się wyodrębnić wszystkie typowe dla depresji endogennej dorosłych podstawowe (osiowe) cechy zespołu. Stwierdzono jednak również pewne różnice w wyodrębnionych przedziałach wieku (por. tab. 2), które wskazują na znaczenie czynnika wieku w kształtowaniu obrazu klinicznego depresji.

Również H. Witkowska-Ulatowska [27] potwierdziła bardzo duże podobieństwo obrazu klinicznego dużej depresji u młodzieży w okresie adolescencji (uczniowie klas VII) i depresji osób dorosłych. Zespół dużej depresji

Tablica 2. Częstość występowania wybranych objawów i cech depresji typu endogennego (w przebiegu chorób afektywnych) w zależności od wieku (E. Pużyńska)

Objaw, cecha	Wiek (%)	
	13-15 lat (N=41)	16-18 lat (N=76)
<b>I. Depresyjne zaburzenia nastroju</b>		
smutek, przygnębienie	97.6	94,7
placz	75.6	73,7
zniechęcenie do życia, myśli samobójcze, próby S	12.2	48,7
<b>II. Lęk</b>		
napięcie, niepokój, objawy	72.4	63.4
fobie	3.9	12,2
<b>III. Zahamowanie</b>		
spowolnienie ruchowe	95.7	97.4
spowolnienie myślenia	95.1	96.1
<b>IV. Zaburzenia myślenia</b>		
poczucie winy	39.0	27.1
niska samoocena	75.6	84.2
oceny hipochondryczne	48.8	46.1
urojenia depresyjne (winy, kary, grzeszności)	7.3	28.9
<b>V. Zaburzenia aktywności złożonej</b>		
trudności w nauce	92.7	96.1
izolowanie się od otoczenia	36.6	47.4
bezczyność	87.8	85.5
<b>VI. Zaburzenia rytmów biologicznych</b>		
bezsenna	75.6	89.5
senność w ciągu dnia	19.5	14.5
<b>VII. Objawy somatyczne</b>		
brak łaknienia	68.3	60.5
osłabienie, zmęczenie	31.7	22.4
bóle głowy	43.9	22.4
zaparcia	14.6	2.6
bóle brzucha	12.2	1.3
wzmoczona potliwość	17.1	2.6

u młodzieży według H. Witkowskiej-Ulatowskiej cechują: nastrój depresyjny, anhedonia, obniżenie napędu psychoruchowego, zaburzenia łaknienia, zaburzenia snu (nadmierna senność), obniżona samoocena, myśli i tendencje samodestrukcyjne.

Do zbliżonych wniosków dochodzą Carlson i Kashani [5], którzy na podstawie badań prze-

prowadzonych w dużej liczbie dzieci i młodzieży (95 w wieku przedpokwitaniowym, 92 w okresie pokwitania, 100 osób dorosłych, a ponadto 9 dzieci w wieku przedszkolnym) dochodzą do wniosku, że podstawowe objawy depresji (nastrój depresyjny, obniżona zdolność koncentracji, bezsenność i myśli samobójcze) występują ze zbliżoną częstością niezależnie od

wieku, w miarę dorastania wzrasta zaś częstość takich objawów depresji, jak: anhedonia, dobowe wahania samopoczucia, zahamowanie ruchowe, poczucie beznadziejności, a maleje - częstość występowania dolegliwości somatycznych, depresyjnego wyglądu, niskiej samooceny. Autorzy podkreślają, że wiek wywiera wpływ zmieniający częstość występowania objawów depresji, nie zmienia jednak ich podstawowego profilu.

Wyniki dotychczasowych badań obrazu klinicznego depresji u dzieci i młodzieży wydają się uprawniać do następujących wniosków.

1. Obraz kliniczny depresji u dzieci i młodzieży wykazuje pewne cechy specyficzne związane z wiekiem, dotyczy to głównie jej przejawów behawioralnych.
2. Cechy te nie zmieniają obrazu klinicznego zespołów depresyjnych w sposób, który uniemożliwia identyfikację podstawowych (osiowych) cech depresji występującej u osób dorosłych. W depresji u dzieci i młodzieży występują wszystkie podstawowe cechy przypisywane typowej depresji osób dorosłych: zaburzenia podstawowego nastroju, zaburzenia napedu psychoruchowego (zahamowanie), lęk, zaburzenia rytmów biologicznych oraz dolegliwości somatyczne.
3. W miarę dorastania - obraz kliniczny depresji upodobnia się do obserwowanego u dorosłych.

Również wyniki badań biochemicznych oraz neurofizjologicznych wskazują m. in. na znaczne podobieństwo zaburzeń metabolicznych występujących w depresjach u dzieci i młodzieży oraz u osób dorosłych. Dotyczy to m. in. wyników takich testów jak hamowanie sekrecji kortyzolu przez deksametazon, sekrecji TRH po podaniu TSH, obrazu poligraficznego snu nocnego [2].

Badania przebiegu chorób afektywnych zaliczanych tradycyjnie do endogennych (zwłasz-

cza choroby afektywnej dwubiegunowej) wykazują, że chociaż zaburzenia te występują w okresie rozwojowym rzadziej niż u osób dorosłych - to wbrew temu, co dawniej sądzono, nie są wcale dużą rzadkością, a w okresie adolescencji pojawiają się bądź poronne formy zaburzeń (dystymia, cyklotymia, bądź też pierwsze typowe fazy depresyjne lub maniakalne [11, 20]. Stwierdzono również, że w okresie wczesnej adolescencji i później wyodrębnić można obserwowane u dorosłych podstawowe i atypowe formy przebiegu zaburzeń dwubiegunowych, m. in. przebieg sezonowy [22], naprzemienny, typu *rapid cycling* [11].

## KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE

Koncepcja pokrewieństwa depresji i zaburzeń afektywnych występujących u dzieci i młodzieży oraz u osób dorosłych nie jest nowa. Bardziej wnikliwi obserwatorzy od dawna postulowali ujednoczenie kryteriów diagnostycznych - co wcale nie musi oznaczać pomijania specyficznych uwarunkowań zaburzeń nastroju i obrazu klinicznego właściwych dla okresu rozwojowego.

Przypomnieć warto, że już przed 35 laty Anthony i Scott [1] zaproponowali, w celu weryfikacji opisów kazuistycznych zaburzeń afektywnych zamieszczonych w literaturze, następujące kryteria rozpoznawania psychozy maniakalno-depresyjnej u dzieci i młodzieży:

1. obecność zespołu depresyjnego według kryteriów Kraepelina (tzn. typowej depresji endogennej osób dorosłych),
2. "obciążenie rodzinne" psychozą maniakalno-depresyjną,
3. cyklotymiczne lub ekstrawertywne cechy osobowości, cyklotymiczny typ reakcji egzogennych,
4. dwa epizody chorobowe o podobnym obrazie klinicznym przedzielone stanem zdrowia,
5. dwufazowy charakter zaburzeń (mania-depresja),

6. endogeny charakter zaburzeń afektywnych (brak związku między ich pojawieniem się a chorobami somatycznymi, zmianami organicznymi OUN),
7. chorobowy charakter zaburzeń afektywnych (dezorganizacja aktywności, potrzeba leczenia).

Na początku lat siedemdziesiątych Ling, Offedal i Weinberg [16] opracowali kryteria diagnostyczne depresji dziecięcej zmodyfikowane następnie przez Weinberga i wsp. [26], znane potem pod nazwą *The Bellevue Index of Depression*. W zmodyfikowanych kryteriach Weinberg i wsp. [26] uwzględnili następujące objawy i cechy:

1. Nastroj dysforyczny (depresyjny) oraz niska samoocena.
2. Dwa spośród następujących objawów:
  - a/ zachowanie agresywne,
  - b/ zaburzenia snu,
  - c/ zredukowane kontakty ze środowiskiem,
  - d/ zmiana postawy wobec obowiązku szkolnego,
  - e/ pogorszenie postępów w nauce,
  - f/ dolegliwości somatyczne,
  - g/ zmniejszenie energii,
  - h/ zaburzenia łaknienia lub zmiana masy ciała.
3. Pojawienie się objawów u dziecka, które dotychczas takich cech nie przejawiało.
4. Utrzymywanie się zaburzeń przez okres jednego miesiąca.

Nie ulega wątpliwości, że propozycje diagnostyczne Weinberga i wsp. oraz wywodzący się z tych kryteriów *The Bellevue Index of Depression* były pierwszym krokiem w kierunku zbliżenia zasad rozpoznawania depresji u dzieci i młodzieży do kryteriów stosowanych u dorosłych, sprecyzowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w systemie diagnostycznym, znanym pod skróconą nazwą DSM.

Skale i inwentarze depresji u dzieci i młodzieży, których konstrukcję wzorowano na zasadach DSM-III pojawiły się w latach osiemdziesiątych [7, 13, 17, 19]. Zastosowano je w badaniach klinicznych i epidemiologicznych. Wyniki tych badań, jak również tych, w których stosowano "surowe" (niezmodyfikowane) kryteria dużej depresji (*major depressive episode*) według DSM-III i DSM-III-R na ogół zgodnie wskazują na ich przydatność w rozpoznawaniu depresji u dzieci w wieku szkolnym, a szczególnie w adolescencji [5, 8, 23].

Zwrócono też uwagę na wyraźnie mniejszą ich przydatność w wykrywaniu i ocenie zaburzeń depresyjnych w okresie przedszkolnym i wczesno-szkolnym (do 9 r.ż.) [12].

Najnowsza edycja omawianego systemu (DSM-IV) [6] kontynuuje tradycje poprzednich wersji, nie wyodrębniono w niej odrębnych kryteriów diagnostycznych depresji dziecięcej i młodzieżowej ani też zaburzeń afektywnych wieku rozwojowego. Autorzy DSM-IV odsyłają użytkowników systemu do kryteriów opracowanych dla osób dorosłych. Dotyczy to wszystkich postaci klinicznych zaburzeń nastroju (według europejskiej terminologii - zespołów chorobowych) oraz form przebiegu (chorób). Charakter i rozmiary tego opracowania wykluczają możliwość przytoczenia kryteriów rozpoznawania podstawowych postaci zaburzeń nastroju. Przytoczę tylko w formie skróconej kryteria diagnostyczne dużej depresji (*major depressive episode*), która jest głównym tematem tego opracowania:

- A. Pięć (lub więcej) następujących objawów w okresie tego samego dwutygodniowego okresu, będących nowym zjawiskiem w porównaniu z poprzednim funkcjonowaniem, w tym co najmniej jeden z dwóch wymienionych na początku: 1. nastrój depresyjny, 2. utrata zainteresowań lub przeżywania przyjemności. Uwaga: nie należy uwzględniać objawów, które

są wyraźnie zależne od schorzenia somatycznego lub urojeń i omamów nie związanych z obniżeniem nastroju.

1. Nastroj depresyjny.

U dzieci i w okresie pokwitania - może występować nastroj drażliwy.

2. Obniżenie zainteresowań, potrzeby przeżywania przyjemności.

3. Utrata masy ciała lub przyrost masy ciała lub też zmniejszenie lub zwiększenie apetytu. U dzieci mogą być trudności z oceną masy ciała.

4. Bezsenność lub hipersomnia.

5. Zahamowanie lub podniecenie psychoruchowe.

6. Zmęczenie, utrata energii.

7. Poczucie małej wartości lub winy.

8. Obniżona zdolność myślenia lub koncentracji lub niezdecydowanie.

9. Powracające myśli o samobójstwie, plany samobójcze lub próby samobójcze.

B. Objawy nie spełniają kryteriów "epizodu mieszanego".

C. Objawy wywołują następstwa w postaci cierpienia o nasileniu klinicznym, zaburzają funkcjonowanie zawodowe w grupie społecznej.

D. Objawy nie są wynikiem używania substancji lub choroby somatycznej.

E. Objawy nie są przejawem reakcji żałoby, zawodu emocjonalnego.

W komentarzu, autorzy DSM-IV zwracają uwagę, że:

*Podstawowe (osiowe) objawy dużego epizodu depresyjnego są takie same u dzieci i "adolescentów", chociaż dysponujemy danymi wskazującymi, że nasilenie charakterystycznych objawów może zmieniać się z wiekiem. Niektóre objawy, jak dolegliwości (skargi) somatyczne, drażliwość i wycofywanie się ze związków z otoczeniem są szczególnie częste u dzieci, podczas gdy zahamowanie psychoruchowe, hipersomnia i urojenia występują rzadziej w okresie przedpokwitaniowym niż w okresie adolescencji i u dorosłych. W okresie przedpokwitaniowym duży epizod de-*

*presyjny występuje częściej łącznie z innymi zaburzeniami psychicznymi (zwłaszcza z zaburzeniami zachowania, uwagi, lękowymi), niż jako samodzielne zaburzenie. W okresie pokwitania (adolescencji) duży epizod depresyjny jest często związany z zaburzeniami zachowania (destrukcyjnymi?), zaburzeniami uwagi, lękowymi, zaburzeniami związanymi z używaniem substancji uzależniających, zaburzeniami łaknienia.*

W odniesieniu do zespołów maniakalnych twórcy amerykańskiego systemu diagnostycznego podkreślają, że:

*Epizod maniakalny w okresie adolescencji częściej obejmuje objawy psychotyczne i może wiązać się z opuszczaniem zajęć szkolnych, zachowaniami antysocjalnymi, trudnościami w nauce, używaniem substancji uzależniających. Nieliczni przejawiają wymienione zaburzenia zachowania przed pojawieniem się epizodu maniakalnego. Pozostaje sprawą niejasną, czy zaburzenia te należy traktować jako fazę prodromalną manii, czy też jest to niezależne zaburzenie.*

Omówienie epizodu hipomaniakalnego u młodzieży (zwłaszcza w okresie adolescencji) zawiera zaburzenia zachowania podobne do występujących w manii. Autorzy DSM-IV zalecają różnicowanie epizodu maniakalnego i hipomaniakalnego z zaburzeniami uwagi i nadaktywnością ruchową, za rozpoznaniem ostatniego zaburzenia przemawia wczesny początek (przed 7 r.ż.), raczej przewlekły niż epizodyczny przebieg, brak wyraźnego początku zachorowania, nieobecność wyraźnie podwyższonego nastroju lub objawów psychotycznych.

W omówieniu epizodu mieszanego (zaburzenia, w których objawy zespołu depresyjnego i maniakalnego występują jednocześnie przez okres co najmniej jednego tygodnia), zwracają uwagę, że zaburzenie to występuje częściej w młodym wieku.

Zaburzenia depresyjne nawracające (*recurrent depressive disorders*) w okresie adolescencji występują dwukrotnie częściej u dziewcząt niż u chłopców i często przechodzą potem w zaburzenia dwubiegunowe. Te ostatnie często są poprzedzone zaburzeniami cyklotymicznymi, których początek przypada najczęściej na okres adolescencji lub wczesny

wiek dojrzały (u 15-50% osób z takimi zaburzeniami występuje choroba dwubiegunowa).

W odniesieniu do zaburzeń dystymicznych (*dysthymic disorder*) autorzy DSM-IV zwracają uwagę, że taka przewlekła subdepresja, w której obrazie równie często występuje obniżenie nastroju, jak też drażliwość jest często związana (lub jest wynikiem) trudności w nauce lub zaburzeń "interakcji socjalnych". Również w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) [24] oraz Kryteriach Diagnostycznych, które są uzupełnieniem tej klasyfikacji [25] nie wyodrębniono oddzielnych zasad rozpoznawania zaburzeń nastroju u dzieci i młodzieży i zalecono stosowanie kryteriów dla osób dorosłych.

Ocenę przydatności zasad diagnostycznych DSM (III i III-R) w rozpoznawaniu zaburzeń nastroju u dzieci i młodzieży przeprowadziło kilka zespołów badawczych [m. in. 10, 27]. Badania te na ogół zgodnie wskazują na dużą wartość tych kryteriów zwłaszcza w okresie adolescencji, a również przydatność w okresie przedpokwitaniowym.

Badania te potwierdzają poprzednie obserwacje z których wynikało, że w stanach depresyjnych tego okresu życia występują podstawowe objawy i cechy depresji osób dorosłych [5,

21]. Jednak coraz liczniejsi autorzy zwracają uwagę, że kryteria DSM-III są mniej przydatne w rozpoznawaniu zaburzeń depresyjnych u dzieci w wieku przedszkolnym, u których obraz zaburzeń odbiega istotnie od obserwowanego u dorosłych [12].

Nierozwiązalną sprawą pozostają kryteria rozpoznawania atypowych form zaburzeń depresyjnych (depresje poronne, tzw. depresje maskowane) [4, 18]. Problem ten wykracza poza zakres psychiatrii wieku rozwojowego i dotyczy koncepcji depresji maskowanych oraz zaburzeń zaliczanych do tzw. spektrum chorób afektywnych (uzależnienia, osobowość antysocjalna i inne). Ten ważny problem kliniczny został w zasadzie pominięty zarówno w DSM-IV jak również w ICD-10. Autorzy obu systemów nie przedstawili żadnych propozycji w tej sprawie. Stanowisko takie wynika zapewne z licznych wątpliwości i wciąż nierozstrzygniętych problemów, które wymagają dalszych badań (m. in. badań genetycznych, metabolicznych). Dotyczy to atypowych form depresji u dzieci i młodzieży. Do takich postaci atypowych zalicza się różnorodne zaburzenia zachowania z kręgu psychosomatycznego, których wykaz zestawiono za Carlson i Strober [3] w tablicy 3.

Tablica 3. *Ekwiwalenty depresji u młodzieży (za Carlson i Strober)*

Autor	Objawy
Toolan (1975)	Zaburzenia zachowania (nieposłuszeństwo, wagary, napady złości, ucieczki z domu), znudzenie, niepokój zachowania samodestrukcyjne (tendencje masochistyczne, skłonność do wypadków)
Weiner (1976)	Zmęczenie, znudzenie, niepokój, hipochondria, zaburzenia koncentracji uwagi, zachowania typu <i>acting-out</i> , nadużywanie leków, brak celów, negatywny obraz siebie
Glaser (1968),	<i>Conduct disturbances</i> , przestępczość, fobia szkolna, cechy nerwicowe, dolegliwości psychosomatyczne
Malmquist (1972)	<i>Anorexia nervosa</i> , otyłość, hipochondria, wzmożona aktywność, zachowania typu <i>acting-out</i>
Bakwin (1972)	Agresywność, problemy szkolne, drażliwość, zachowania typu <i>acting-out</i>

Brak kryteriów rozpoznawania tych zaburzeń, jako atypowej formy zaburzeń nastroju utrudnia udzielanie skutecznej pomocy w tych przypadkach, w których zastosowanie odpowiedniego leczenia (w tym farmakologicznego) mogłoby przynieść efekt terapeutyczny.

## PIŚMIENNICTWO

1. Anthony E.J., Scott P.: Manic-depressive psychosis in childhood. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1960, 1, 53-72.
2. Brent D.A., Ryan N., Dahl R., Birmaher B.: Early-onset mood disorder. W: Blom F.E., Kupfer D.J. (red.): *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. Raven Press, New York 1995, 1631-1642.
3. Carlson G., Strober M.: Affective disorders in adolescence. *Psychiatric Clinic of North America* 1979, 2, 511-526.
4. Carlson G.A., Cantwell D.P.: Unmasking masked depression in children and adolescents. *Am. J. Psychiatry* 1980, 137, 445-449.
5. Carlson G.A., Kashani J.H.: Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *Am. J. Psychiatry* 1988, 145, 1222-1225.
6. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
7. Earls F.: Application of DSM-III in an epidemiological study of preschool children. *Am. J. Psychiatry* 1982, 139, 242-243.
8. Friedman R.C., Clarkin J.F., Corn R., Aronoff M.S., Hurt S.W., Murphy M.C.: DSM-III and affective pathology in hospitalized adolescents. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1982, 170, 511-521.
9. Friedman R.C., Hurt S.W., Clarkin J.F., Corn R., Aronoff M.S.: Symptoms of depression among adolescents and young adults. *J. Affect. Disorders* 1983, 5, 37-43.
10. Gammon G.D., John K., Rothblum E.D., Mullen K., Tischler G.L., Weissman M.M.: Use of a structural diagnostic interview to identify bipolar disorder in adolescent inpatients: frequency and manifestations of the disorder. *Am. J. Psychiatry* 1983, 140, 543-547.
11. Jones P.M., Berney T.P.: Early onset rapid cycling bipolar affective disorder. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1987, 28, 731-738.
12. Kashani J.H., Ray J.S., Carlson G.A.: Depression and depressive-like states in preschool-age children in a child development unit. *Am. J. Psychiatry* 1984, 141, 1397-1402.
13. Kashani J.H., Ray J.S., Carlson G.A.: Symptom checklist for major depressive disorder (derived from DSM-III). *Psychol. Bull.* 1985, 21, 957-958.
14. Kashani J.H., Rosenberg T.K., Reid J.C.: Development perspectives in child and adolescent depressive symptoms in a community sample. *Am. J. Psychiatry* 1989, 146, 871-875.
15. Kovacs M., Akiskal H.S., Gatsonis C., Parrone P.L.: Childhood - onset dysthymic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 1994, 51, 365-374.
16. Ling W., Oftedal G., Weinberg W.: Depressive illness in childhood presenting as severe headache. *Am. J. Dis. Child.* 1970, 120, 122-124.
17. Malmquist C.P.: Major depression in childhood: why don't we know more? *Am. J. Orthopsychiatry* 1983, 53, 262-268.
18. Nissen G.: Masked depression in children and adolescents. W: Kielholz P. (red.): *Masked Depression*. Hans Huber Publ., Bern 1973, 133-152.
19. Orvaschel H., Puig-Antich J.: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Scholl - Age Children Epidemiologic Version (K-SADS-E), 4th version. Western Psychiatric Institute a Clinic, Pittsburg 1987.
20. Powell J.C., Silveira W.R., Lindsay R.: Pre-pubertal depressive stupor: a case report. *Br. J. Psychiatry* 1988, 153, 689.
21. Pużyńska E.: *Obraz kliniczny (w tym przebieg) zaburzeń afektywnych typu endogennego u dzieci i młodzieży*. Maszynopis rozprawy doktorskiej. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1980.
22. Rosenthal N.E., Carpenter L.J., James S.P., Parry B.L., Rogers S., Wehr T.A.: Seasonal affective disorder in children and adolescents. *Am. J. Psychiatry* 1986, 143, 356-358.
23. Ryan N.D., Puig-Antich J., Ambrossini P., Rabinovich H., Nelson B., Iyengar S.: The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Arch. Gen. Psychiatry* 1987, 44, 854-861.
24. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization, Geneva 1992.
25. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research*. World Health Organization, Geneva 1993.
26. Weinberger W.A., Rutman J., Sullivan L. i wsp.: Depression in children referred to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment. *J. Pediatr.* 1973, 83, 1065-1072.
27. Witkowska-Ulatowska H.: *Zaburzenia psychiczne o obrazie zespołu depresyjnego w nieleczonej populacji młodzieży klas VII szkół warszawskich*. Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995.

*Adres: Dr Eliza Pużyńska, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN,  
Al. Sobieskiego 119, 02-957 Warszawa*