

TARTU JAAN POSKA GÜMNAASIUM

MARI-LIIS LINDRE

11.C

DEPRESSIOON NOORUKITEL

JUHENDAJA MERIKE HEIN

SISSEJUHATUS

Depressioon on kogu maailmas levinud psüühikahäire, mis halvendab inimeste elukvaliteeti ja toimetulekuvõimet. Probleemi aktuaalsust kinnitab 2016. aasta aprillis WHO (*World Health Organization*) tehtud uuring, kus selgitati välja, et umbes 350 miljonit inimest üle kogu maailma kannatab depressiooni all. Häire tõsidust tõestab ka see, et depressioon võib viia inimese suitsiidini. Enesetapp ehk suitsiid on suuruselt teine 15–29-aastaste inimeste surmapõhjus.

Teema on valitud depressiooni all kannatavate noorte mõistmiseks. Autor soovib teada saada, miks tänapäeval järjest rohkem noori langeb depressiooni ning milline on selle häire olemus. Töö eesmärk on välja selgitada, milline häire on depressioon, milline on selle häire olemus noortel ja kuidas see neil avaldub, millised on noorukite depressiooni tekkepõhjused ning kuidas seda häiret ravida.

Töö koosneb kahest osast, millest esimene on jaotatud neljaks peatükiks. Neis antakse ülevaade depressiooni definitsioonist, sümptomitest ja raskusastmetest. Samuti nimetatakse depressiooni tekkepõhjuseid noorukitel. Käsitletakse depressiooni olemust noortel ja kirjeldatakse depressiooni ravi ning selle ennetamist. Praktiline osa koosneb Tartu Jaan Poska gümnaasiumi (edaspidi TJPG) c-klasside õpilaste seas tehtud depressioonisümptomite esinemise küsimustiku vastuste analüüsist. Valimi moodustasid 68 TJPG c-klasside õpilast.

Uurimistöö kirjutamisel olid põhiallikateks Fredrik Almqvisti jt „Laste- ja noortepsühhiaatria“, Eila Laukkaneni jt „Kuidas aidata psüühikaprobleemidega noorukit“ ja Jouko Lönnqvisti jt „Psühhiaatria“. Tööd tehti Wordi ja Exceli programmide abil ning küsitluse korraldamiseks kasutati Google Drive'i keskkonda ja õppeinfosüsteemi Stuudium.

Uurimistöö autor soovib tänada õpetajat ja töö juhendajat Merike Heina.

SISUKORD

ABSTRACT	19
SISSEJUHATUS	1
1. NOORUKIEA DEPRESSIOON	3
1.1. Definitsioon, sümptomid ja raskusastmed	4
1.2. Depressiooni põhjused noortel	5
1.2.1. Pärilikud tegurid	5
1.2.2. Psühholoogilised tegurid	5
1.2.3. Sotsiaalsed tegurid	6
1.3. Depressiooni olemus noortel	6
1.3.1. Esinemissagedus ja sooline erinevus	7
1.3.2. Riskid ja komorbiidsus	7
1.4. Ennetamine ja ravi	9
2. TARTU JAAN POSKA GÜMNAASIUMI DEPRESSIOONI-SÜMPTOMITE ESINEMINE C-KLASSIDES	11
KOKKUVÕTE	17
KASUTATUD MATERJALID	20
LISAD	21
Lisa 1. Ankeetküsitlus	21
Lisa 2. Kutcheri ankeetküsitlus	23

1. NOORUKIEA DEPRESSIOON

Depressioon on noorukitel üks sagedamini esinevaid tervisehäireid. See raske haigus on siiski veel aladiagnoositud ja ravile jõutakse sageli pärast pikka viivitust. (Laukkanen jt, 2006, 62) Noorukiea depressiooni on vahel raske eristada teismeea kriisist, mistõttu võib depressioon jääda selles eas diagnoosimata (Almqvist jt, 2004, 218). Noorukiea vanusevahemik on määratletud erinevates allikates erinevalt. WHO järgi algab noorukiiga 10. eluaastaga ning lõpeb 19. eluaastaga. (WHO, 2017)

Noorukite ja täiskasvanute depressiooni sümptomid on peaaegu samad (Almqvist jt, 2004, 218). Peamiselt on nendeks masendus, naudingutunde kadumine ja väsimus. Depressiooni sümptomiks on keskendumisraskused, mida märgatakse esimesena tavaliselt koolis, kuna need takistavad õpinguid. Söögiisu muutused ja sellest tulenev kaalu kõikumine, unehäired, psühhomotoorne erutus või aeglus, (sageli ebarealistlikud) väärtusetuse ja süütunded, surmasoov ja/või enesevigastamine, pidev muretsemine oma keha ja välimuse pärast – need kõik on samuti levinud depressiooni sümptomid. (Laukkanen jt, 2006, 62) Häire süvenemise käigus tugevnevad tavaliselt endogeensusega¹ seotud sümptomid, nagu kurvameelsus, psühhootilise depressiooni pilt (nt luulumõtted), enesetapukatsed ja enesetapud (Almqvist jt, 2004, 218).

Ka noorukiea normaalse arengu käigus võib sageli esineda enesehinnanguprobleeme ja/või muretsemist oma suutmatuse pärast, kuid depressiooni korral lisandub sellele veel lootusetus ja abitustunne, mis alandavad enesehinnangut veelgi. Tihti üritab nooruk võidelda madala enesehinnangu vastu näiteks eitamisega või tegelikkusest põgenemisega alkoholi ja narkootikumide abil. Nooruki depressioon võib avalduda ka düssotsiaalse² käitumisena, milleks on näiteks popitegemine, varastamine ja kaklemine. (Almqvist jt, 2004, 218) Raske depressioon mõjutab kindlasti suuremal või väiksemal määral noorukiikka kuuluvaid ja edasiseid eluvalikuid (Laukkanen jt, 2006, 62).

¹ endogeensus – inimese enda mõtetest/tunnetest/taju elamustest/tõlgendustest tekkinud sümptomid. (Almqvist jt, 2004, 218)

² düssotsiaalne – sotsiaalse elu reegleid/kokkuleppeid rikkuv. (Almqvist jt, 2004, 218)

1.1. Definitsioon, sümptomid ja raskusastmed

Depressiooni all mõeldakse tavaliselt masendustunnet, kuid kui seda kogetakse hetkeliselt, on see normaalne tundeelu reaktsioon erinevatele kaotustele, pettumustele ja ebaõnnestumistele. See tunne on loomulik emotsionaalne reaktsioon elu kriisides, mis motiveerib probleeme lahendama. Kui masendustunne on muutunud püsivamaks, nimetatakse seda depressiooniks. Mõõduva tunde asemel kogetakse pikaajalist tundmust. Depressiooni sündroomiga ehk depressiooniga ehk vaimse tervise häirega on tegemist siis, kui depressiivse meeleolu kõrval esinevad ka muud sümptomid. (Lönqvist jt, 1999, 104)

Depressiooni episoodi diagnoosimiseks on vajalik kahe nädala või pikema aja jooksul vähemalt kahe põhisümptomi ja kahe lisasümptomi esinemine. Seda välja arvatud juhul, kui on tegemist üliägeda algusega ja eriti raske sümptomaatikaga. Depressiooni sümptomid jagatakse RHK-10-s (Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon, 10. versioon) kahte gruppi: põhi- ja lisasümptomid. Depressiooni põhisümptomeid on kolm. Esimeseks on meeleolu alanemine, kus väljendub negatiivsete emotsioonidega tunnete domineerimine pika aja vältel. Teiseks on anhedoonia ehk võimetus rõõmu tunda, huvide ja elurõõmu kadumine. Kolmas põhisümptom on energia vähenemine, mil inimesel tekib mingi(te)st tegevus(t)est kiiremini väsimus või tunneb ta väsimust ja kurnatust kogu aeg. Depressiooni lisasümptomeid on seitse: tähelepanu ja kontsentratsioonivõime alanemine, alanenud enesehinnang ja eneseusaldus, süü- ja väärtusetustunne, trööstitu ja pessimistlik suhtumine tulevikku, enese-kahjustuse või suitsiidimõtted või -teod, häiritud uni, isu alanemine. (Meeleoluhäired, 2016)

Depressioonil on neli raskusastet: kerge, mõõdukas, raske ja psühhootiline. Kahe depressiooni põhisümptomi ja kahe lisasümptomi esinemisel on tegemist kerge depressiooniga. Kui nii põhi- kui ka lisasümptomite arv on vähemalt ühe võrra tõusnud, ja need väljenduvad tugevasti, on tegemist mõõduka depressiooniga. Raske depressioon on märgatava kurbuse või ärevuse korral ja kui on esinenud kolm põhisümptomit ja vähemalt neli lisasümptomit. Erinevalt kahest esimesest raskusastmest ei ole raske depressioonis inimene võimeline jätkama sotsiaalset, tööalast ja kodust tegevust. Psühhootilise depressiooni korral on inimene iseendale ohtlik ja ta ei ole suuteline enda elu enam korraldama. See diagnoositakse siis, kui on esinenud psühhootilised sümptomid nagu luul või/ja hallutsinatsioonid. (Meeleoluhäired, 2016)

1.2. Depressiooni põhjused noortel

Depressioonil on palju põhjuseid, millest mitmed esinevad korruga ning soodustavad haiguse teket (Peaasi, 2015). Depressiooniriski sisaldavad paljud stressitekitavad olukorrad, nagu lähedase inimese kaotus ja kauakestvad peresised tülid. Depressiooni haigestumise põhjused on psüühikat koormavad elusündmused, näiteks koolikiusamine ja psühhiaatrilised haigused, õpiraskused, hoolitsuse ja hoolimise vähesus. (Laukkanen jt, 2006, 64) Depressiooni haigestumise riski tõstab perekondlik eelsoodumus (Serbak, 2015). Kui nooruki vanem põeb/on põdenud depressiooni, suurendab see nooruki haigestumise riski tavalisest kaks kuni neli korda rohkem. Lisaks sellele suurendavad haigestumise riski ärevushäired, eriti sotsiaalfobia, ning kroonilised haigused, nagu diabeet ja epilepsia. Selle vastu kaitsevad head ja soojad sotsiaalsed suhted ning lähedaste toetus ja hool. (Laukkanen jt, 2006, 64)

1.2.1. Pärilikud tegurid

Pärilikke tegureid on uuritud kaksikute, adopteeritute ja separatsiooni- ning suguvõsauuringutes. Adopteeritud laste uuringud on näidanud, et rasket depressiooni põdevate laste bioloogilistel sugulastel esineb / on esinenud depressiooniga kaasnevaid häireid ja enesetappe sagedamini kui nende laste kasuvanematel või nende sugulastel. (Almqvist jt, 2004, 219)

Geneetilise etioloogia uurimine on raske, sest arengut ja haigestumist võivad mõjutada suhted ja kasvatus. Siiski on tõestatud, et depressiooni korral on haigestumise soodumus pärilik. Uuringute põhjal saab väita, et depressiivsete vanemate lastel on rohkem afektiivseid häireid³ kui tervete vanemate lastel. Mida nooremana on vanemad raskesse depressiooni haigestunud, seda suurem on laste haigestumise risk. Depressiooniga seotud spetsiaalset geeni ei ole veel avastatud, aga psühhiaatrilised häired päranduvadki enamasti mitme geeni kaudu ehk polügeenselt. (Almqvist jt, 2004, 219)

1.2.2. Psühholoogilised tegurid

Psühholoogilised tegurid on seotud nooruki eripäraga, kogemustega ja inimsuhetega. Erinevatel kaotustel ja nooruki elu negatiivselt mõjutavatel sündmustel on depressiooni tekkes oluline roll. Nooruk võib tunda hüljatust kohe, kui tema vajadusi või soove ei ole mingil määral arvesse võetud. (Almqvist jt, 2004, 220)

Depressiooni võivad põhjustada pikaajaline stress ja trauma. Mõned inimesed on vastuvõtlikumad stressirohketele elusündmustele, nagu koolikiusamine, vanemate lahusus, tüliderohked inimsuhted, ebaõnnestumised ja üksindus. (Peaasi, 2015)

³ afektiivsed häired – meeleoluhäired. (Almqvist jt, 2004, 219)

Üks tähtis tegur depressiooni tekkes on lähedas(t)e inimsuh(e)te kaotus, eriti lapse- või noorukieas. Alahindamine, allutamine, pilkamine ja iroonia on peamised enesehinnangu alandajad selles eas inimesele, mis teevad ta vastuvõtlikuks depressioonile. Depressioonini võib viia pettumine oma lootustes ning pidev ebaõnnestumine. Oluline faktor on nooruki suhtes kasutatud vägivald, milleks võib siinkohal nimetada nii psüühilist, füüsilist kui ka seksuaalse iseloomuga vägivalda. (Almqvist jt, 2004, 220)

Depressioonis nooruk hoolib ainult nendest keskkonnast tulevatest/olevatest sõnumitest, mis seostuvad ebaõnnestumis(t)e, kaotus(t)e ja tema enda nõrkus(t)ega ning tõlgendab neid enesest lähtuvatena. Positiivseid sündmusi peab ta enamasti juhuslikeks ning ei seosta neid enesega. Peamised tundekogemused on kurbus, viha, enesesüüdistus ja õnnetuolek. Nooruk ei suuda tunda rõõmu kordaminekutest ja/või õnnestumistest ning tegevustest, mis teda varem rõõmustasid. Peamine tundeseisund on abitus ja suutmatus mõjutada oma elu, mille leevendamiseks nooruk kasutab sageli kaitsena eemaletõmbumist. (Almqvist jt, 2004, 220)

1.2.3. Sotsiaalsed tegurid

Sotsiaalsed tegurid on seotud kogu noore inimese ümber oleva ühiskonnaga. Siinkohal on kõige olulisemad noore lähedased/lähimad suhted teiste inimeste ja/või sõpradega. Tähtsad depressiooni põhjustavad tegurid on sotsiaalsete toetusvõrgustike puudumine ja/või inimsuhete nõrk toetus. Noore meeleolu mõjutavad negatiivselt ka perspektiivitu tunne tuleviku suhtes ning pidev motivatsioonipuudus. (Almqvist jt, 2004, 220)

Viimasel ajal on noorte elus oluliseks teguriks kujunenud perekonna sotsiaalsed probleemid, mis on seotud töötuse ja raskete majandusoludega ning/või vaesusega. Depressiooni haigestumise riski võib suurendada perekonna ja muu ühiskonna füüsiliste ning psüühiliste haiguste mõju noorele inimesele. Näiteks ema depressiivsus teeb lapsed ja noorukid depressioonile vastuvõtlikumaks. (Almqvist jt, 2004, 220)

1.3. Depressiooni olemus noortel

Depressioon halvendab oluliselt nooruki elukvaliteeti ning mõjutab negatiivselt tema suhteid teiste inimestega. See häire vähendab noore võimalusi rakendada oma võimeid koolis ja huviringides ning mõjutab selle kaudu kogu tema tulevikku. Tihti on depressiooni ravi pikaajaline, eriti siis, kui see diagnoositakse alles mitu aastat pärast sümptomite ilmnemist. Lapseeas alanuna jätkub häire tavaliselt ka nooruki- ja isegi täiskasvanueani. (Almqvist jt, 2004, 222)

Noorukieas suurendab see peale kordumise riski ka veel ärevushäirete, somaatiliste haiguste, ennasthävitava käitumise, õpiraskuste ja suhteprobleemide riski hilisemas nooruki- ja täiseas.

Kuni kolmandikul rasket depressiooni põdevatest noorukitest võib kujuneda välja bipolaarne meeleoluhäire. (Laukkanen jt, 2006, 67) Depressioon oma eri vormides võib olla sageli kanaliks teiste psüühikahäirete nagu käitumishäirete ja alkoholi kuritarvitamise tekkimisele. Häire varane diagnoosimine ning ravi vähendavad ennekõike nooruki inimlikke kannatusi, kuid seda võib pidada ka rahvamajandusele kasulikuks tegevuseks. (Almqvist jt, 2004, 222)

Suurem osa depressiooni haigestunud noorukitest paraneb aasta jooksul. Ravile tulnud noorukite raske depressioon kestab tavaliselt umbes seitse kuni üheksa kuud, kuid see võib hiljem korduda. Uuringute andmetel kordub see umbes pooltel noorukitest viie aasta jooksul pärast esimest depressiooni episoodi. (Laukkanen jt, 2006, 67) Uuringud on näidanud, et raske depressioon noorukieas ei ole kindlasti akuutne häire, mis kestab lühikest aega. Sümptomid võivad ilmneda kiiresti, kuid nad muutuvad kiiresti pikaajaliseks ning krooniliseks. (Almqvist jt, 2004, 222)

1.3.1. Esinemissagedus ja sooline erinevus

Umbes viiendik noorukitest kannatab depressiooni sümptomite all, millega ei saa veel panna diagnoosi. Lastel esineb rasket depressiooni harva, kuid noorukieas on see tavaline psüühikahäire. 0,5–2% lastest esineb enne teismeiga depressiooni, poistel ja tüdrukutel umbes ühepalju. Kümnenda eluaasta paiku hakkavad tüdrukud rohkem haigestuma kui poisid. Depressiooni all kannatab 30–50% noortest psühhiaatrilistest patsientidest. (Laukkanen jt, 2006, 64)

Alates puberteedist esineb tüdrukutel depressiooni kaks kuni kolm korda rohkem kui poistel (Serbak, 2015). Selle põhjused pole otseselt teada, kuid mõne teoreetilise mudeli järgi on neiud noormeestest haavatavamad negatiivsete elujuhtumite suhtes. Inimsuhetes võib väga raske olla näiteks poiss-sõbrast lahkumine. (Laukkanen jt, 2006, 64) Depressiooni tuvastades on tüdrukutel depressiooni sümptomitest rääkida kergem kui poistel. Poisid sellest tavaliselt rääkida ei taha ning väljendavad depressiooni pigem käitumise kaudu. (Laukkanen jt, 2006, 63) Depressiooni käitumuslikud sümptomid nagu üldine passiivsus, irdumine suhetest eakaaslastega, elurõõmu kaotus, loobumine endale olulistest asjadest (nt harrastustest), õpi- ja keskendumisraskused, mis võivad põhjustada kehvemaid õpitulemusi, puudulik hügieen, huvi kadumine oma riietuse ja tervise vastu, enesevigastamine ehk lõikumine, ravimite üledoseerimine, pidev purjusolekut taotlev alkohoolitarvitamine, riskikäitumine liikluses ja söögiisu muutused ning uinumis- ja uneprobleemid võivad esineda nii poistel kui ka tüdrukutel. (Laukkanen jt, 2006, 62)

1.3.2. Riskid ja komorbiidsus

Noorukite üks peamiseid surmapõhjuseid on suitsiid (Serbak, 2015). Depressiooniga kaasneb tähelepanuväärselt kõrge enesetapurisk, mis on reeglina seda suurem, mida raskem on

depressioon (Lönqvist jt, 1999, 111). See kasvab veelgi, kui noorel esineb mitu häiret korraga, näiteks meeleluhäire ja iseloomulikud jooned düssotsiaalsele käitumisele (Laukkanen jt, 2006, 63). Eriti ohtlik on see, kui depressiooniga samaaegselt esineb alkoholisõltuvus või uimastiprobleem. Meeste suitsiidid on kaks korda sagedasemad kui naiste, mis tähendab, et meeste enesetapurisk on tunduvalt suurem. (Lönqvist jt, 1999, 111)

Raske depressiooni korral esineb noortel suitsiidmõtteid ning -katseid kolm korda sagedamini. 7–19% noortest vigastab end tahtlikult ilma suitsiidi kavatsuseta, kuid psühhiaatrilistest patsientidest (k.a depressiooni all kannatajad) kuni 60%. Tahtlik enesevigastamine, nagu löikumine, põletamine, kriimustamine, löömine ja hammustamine, pakub tavaliselt emotsionaalselt rahuldust, mille käigus vabanetakse negatiivsetest mõtetest/tunnetest, leevendatakse tuimus- või tühjustunnet, karistatakse end või tekitatakse lihtsalt mingit tunnet isegi, kui see on valu. Enesevigastamisel võib olla ka sotsiaalne funktsioon olukorra üle kontrolli saavutamiseks, teises inimeses reaktsioonide esilekutsumiseks, abi saamiseks ja vältimaks ebameeldivat tegevust või karistust. Kõik see tõstab suitsiidiriski. (Serbak, 2015)

Depressioon põhjustab tegutsemisvõime vähenemist (Laukkanen jt, 2006, 63), mis tähendab, et depressiivsete noorte toimetulek on häiritud mitmes eluvaldkonnas. Eriti hakkab see silma koolis, sest depressiooniga kaasnevad madal õpimotivatsioon ja keskendumisraskused. Suhted eakaaslastega halvenevad, sotsiaalne toimetulek ja suhted kaaslastega nõrgenevad, sest aktiivsus väheneb ja huvid kaovad. (Eensalu, 2016) Raske depressioon võib tugevasti mõjutada noorukiikka kuuluvaid eluvalikuid. Noorukite pikaajaline depressiivsus, mis kestab kauem, on tavaliselt kergemate sümptomitega, kuid põhjustab realiseerimata võimete tõttu krooniliselt kehvi tulemusi ja tegutsemisvõime halvenemist. (Laukkanen jt, 2006, 63)

Sagedamini kui täiskasvanutel (Almqvist jt, 2004, 219), kaasnevad noorukitel depressiooniga tihti ka muud psüühikahäired. 40–80% rasket depressiooni põdevatest noorukitest põeb samal ajal veel vähemalt ühte häiret. Kõige tavalisem neist on düstüümia, mis on krooniline meeleolu langus ja on leebem kui korduv kerge depressioon, mida esineb 40–100%. Tihti kaasnevad psüühikahäired on veel ärevushäired, käitumishäired, tähelepanuhäired ja uimastisõltuvushäired. (Laukkanen jt, 2006, 63) Käitumishäired tekivad tavaliselt depressiooni komplikatsioonina ja säilivad ka pärast depressioonist paranemist. Üle 60% juhtudest kaasneb nooruki depressiooniga isiksushäire, kuid pärast depressioonist paranemist kaovad isiksushäire sümptomid. (Almqvist jt, 2004, 219)

Depressioon võib esineda ka füüsiliste puuete korral (Serbak, 2015) ning sagedamini koos krooniliste haigustega nagu astma ja diabeet. Ka kohanemishäirega võib kaasneda depressioon. (Almqvist jt, 2004, 219) Ainult sümptomeid võib esineda ka teatud ravimite (nt kontraseptiivid) kõrvaltoimena (Serbak, 2015).

1.4. Ennetamine ja ravi

Depressiooni raviviisid jaotatakse tavaliselt kolmeks: bioloogilised meetodid, psühholoogiline ravi ja sotsiaalse võrgustikuga seotud toetus. Bioloogilised meetodid hõlmavad eelkõige ravi depressiooni antidepressantidega. (Almqvist jt, 2004, 221) Sellist ravi kasutatakse tavaliselt mõõduka ja raske depressiooni puhul, kuid psühhoteraapiat kergetel ning mõõduka raskusega juhtudel. Tegelikult on juba mõõduka depressiooni korral soovitatav kasutada medikamente⁴ koos psühhoteraapiaga. Enamasti kergetel juhtudel piisab vaid psühhoteraapiast, kuid kui selleks puudub võimalus, on antidepressantide kasutamine põhjendatud ja soovitatav kerge depressiooni korral. Enamasti saadakse parim tulemus ravimeetodite kombineerimisel. (Lönqvist jt, 1999, 121)

Nooruki depressiooniravis on tihti tähtsaimal kohal sotsiaalne toetus (Laukkanen jt, 2006, 65). Peale perekonna võib terapeutilisse võrgustikku kaasata ka kooli ning huviringid, mis toetavad noort tema probleemides, püüavad tõsta enesehinnangut ja/või parandada tema arusaamist iseendast. Sotsiaalses võrgustikus olevatelt inimestelt palutakse käitumise tasakaalukust ja võimet taluda depressioonis oleva noore põhjustatud võimalikke ärritavaid tundeid. Noorukite ravis on eakaaslaste moodustatud võrgustikul tähtis roll. (Almqvist jt, 2004, 222)

Psühholoogiline ravi tähendab mitmesuguste psühhoteraapia vormide kasutamist. Levinud on nii psühhodünaamilised kui ka kognitiiv-käitumuslikud ravimeetodid. (Almqvist jt, 2004, 221) Teraapia peab toetama noore inimese arengut nii, et see annab talle võimaluse muuta arusaamist iseendast. Sellisel juhul õpib alaväärsustunde ja vähese enesekindluse all kannatav patsient end hindama, uskuma oma võimetesse ja oskustesse ning pidama end sama tubliks nagu teised. Ravi alustades on eriti tähtis pöörata tähelepanu nooruki enesehävituslikule käitumisele ja arvestada võimalikku enesetapuriski ning valida sellele vastav ravimeetod. (Almqvist jt, 2004, 222)

Peale depressiooni diagnoosimist tuleb mõelda, kas noorukile piisab ambulatoorsest ravist või on vaja ka haiglaravi. Valikut mõjutavad depressiooni raskusaste ja perekonna jõuvarud. Näiteks väga enesehävitusliku käitumisega patsient, kelle perekonnal on niigi palju muresid, vajab sageli ravi alguses haiglaravi. Depressioonis noore ravis on oluline, et ka ravipersonal pikema aja jooksul ei vahetuks. (Almqvist jt, 2004, 222)

Ravi kavandades tuleb arvestada nooruki vanust ning psühhosotsiaalset ja kognitiivset arengutaset. Ravimeetodite valikut mõjutavad kindlasti depressiooni raskus ja kestus, samaaegsed teised psüühikahäired ja suitsiidioht. Nooruki perekondlikud olud, saadav

⁴ medikament – ravim. (Lönqvist jt, 1999, 121)

sotsiaalne tugi ja depressiooniga seotud võimalike stressitegurite iseloom ja raskus mõjutavad samuti ravi. Akuutsel perioodil⁵ on ravi eesmärk sümptomite leevendamine, nooruki tegutsemisvõime taastamine ning uute depressioonisümptomite ennetamine. (Laukkanen jt, 2006, 65)

Üle poole depressiivsetest häiretest tõenäoliselt kordub. Iga depressiooniga kaasneb inimliku kannatuse kõrval suur negatiivsete tagajärgede risk ning on loomulik, et depressiooni taastamise vältimine on üks tähtsamaid ravi eesmärke. Negatiivsete tagajärgede all mõeldakse siin näiteks töövõimetust, peresuhete probleeme, ennasthävivat käitumist. Kindlaid andmeid positiivsest toimest on nii kognitiivsest psühhoterapeutilisest ravist⁶ kui ka interpersonaalsest psühhoteraapia⁷ järelravist, mida rakendatakse üks kord kuus. Kõige paremaid tulemusi on andnud medikamentoosse ravi kasutamine.

Pikaajalised kliinilised uuringud on näidanud, et kui jätkata antidepressantraviga veel vähemalt kuus kuud peale seda, kui nooruki enesetunne on paranenud, pakub see head kaitset depressiooni kordumise vastu tulevikus. Ühe kuni kolme aasta jooksul kordub depressioon platseeboravi kasutades 80–90% patsientidest, kuid ennetavat ravi saavatest patsientidest ainult 10–20%-il. (Lönqvist jt, 1999, 131)

Depressiooni vältimise võimaluste üle on palju arutletud, kuid veel ei ole teada abinõusid, millega saaks selle ilmnemist elanikkonna tasemel märkimisväärselt vältida. Oluline on, et esmatasandi arst märkaks häiret, samuti on tähtsad eriravi kvaliteet ning efektiivsus. See on oluline ka depressiooni kahe peamise negatiivse tagajärje vältimiseks, milleks on psühhosotsiaalne tegevusvõimetus ja suitsiid. Tulevikus muutub aina tähtsamaks ka häirega kaasneva haigestumise piiramine, näiteks kasutades korduva depressiooni ravis ratsionaalselt depressiooniravimeid. (Lönqvist jt, 1999, 132)

⁵ akuutne periood – depressioonisümptomite äge avaldumine. (Laukkanen jt, 2006, 65)

⁶ kognitiivne psühhoteraapia – baseerub ideel, et isiku mõtted, tunded ja käitumised on omavahel seotud ning ühte neist mõjutades on võimalik tekitada muutus teises. (Lönqvist jt, 1999, 131)

⁷ interpersonaalne psühhoteraapia – sellise ravi eesmärk on aidata isikul mõista ja korraldada oma suhteid lähikondlastega, mille läbi leevendub depressioon. (Lönqvist jt, 1999, 131)

2. TARTU JAAN POSKA GÜMNAASIUMI DEPRESSIOONI-SÜMPTOMITE ESINEMINE C-KLASSIDES

Uurimistöö eesmärk on uurida depressiooni ja selle olemust noortel: kuidas see neil avaldub, miks see tekib ja kuidas seda ravida. Selgitamaks välja, milline on depressiooni häire avaldumine noortel, tehti uurimistöö raames anonüümne veebipõhine ankeetküsitlus (vt lisa 1), mis edastati kooli õppeinfosüsteemi Stuudium kaudu Tartu Jaan Poska gümnaasiumi 10.c, 11.c ja 12.c klasside õpilastele ajavahemikus 09.12.2016–19.01.2017. Vastuseid kogunes 68 õpilaselt 98st. Vastajatest 47 olid tüdrukud ja 21 poisid. 10. klassist vastas küsimustikule 31, 11. klassist 21 ja 12. klassist 16 õpilast.

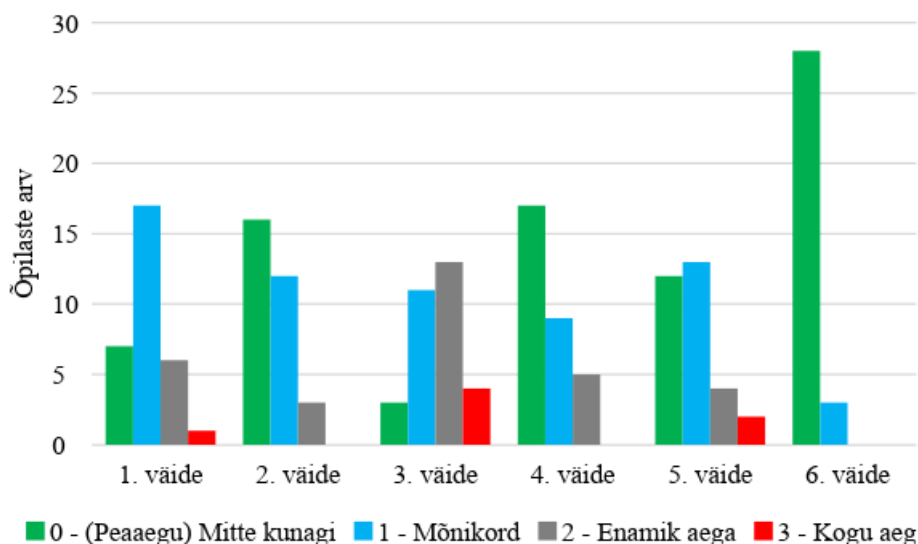
Uurimistöös kasutati Kutcheri nooruki depressiooni 6-osalist skaalat (6-ITEM Kutcher Adolescent Depression Scale: KADS-6, vt lisa 2). See skaala on loodud spetsiaalselt noorukite depressiooni diagnoosimiseks ja tõsiduse hindamiseks.

Veebipõhises ankeetküsitluses esitati kuus väidet, kus igale väitele oli võimalik vastus anda nelja valikuvariandi hulgast. Nendeks on: „(peaaegu) mitte kunagi“ ehk 0 punkti, „mõnikord“ ehk 1 punkti, „enamik aega“ ehk 2 punkti ning „kogu aeg“ ehk 3 punkti. Kui vastaja kogu punktisumma oli 5 või alla selle, siis ei ole ilmselt tegemist depressiooniga. Kui summa oli 6 või üle selle, on noorukile vaja teha põhjalikum uuring, sest sellise punktisumma korral on depressioon võimalik.

Et saada infot, milline oli küsimustikule vastaja emotsionaalne seisund vastamise ajal, esitati kõikide väidete alguses küsimus: „Olete te viimase nädala jooksul tundnud tavalisest või keskmisest rohkem alljärgnevalt nimetatud tundeid?“. Esimeses väites uuriti alanenud meeleolu kohta: „Alanenud meeleolu, halb tuju, kurbus, tüdimus, rahulolematus. Lihtsalt ei viitsi, kõik on tüütu.“ Teine väide käis alaväärsustunde kohta: „Alaväärsustunne, lootusetus. Tunne, et veate inimesi alt, ei ole hea inimene.“ Kolmanda väitega uuriti väsimust ja motiveerimatust: „Väsimus, kurnatus, motiveerimatus. Teil on vähe energiat ning millegi tegemine nõuab suurt pingutust. Te tahate tavalisest rohkem puhata ja magada.“ Neljandaga uuriti nooruki arvamust enda elust: „Te tunnete, et elu ei ole enam eriti lõbus. Te ei tunne end enam hästi/mugavalt olukordades, kus varem tundsite. Teile ei paku enam varem meeldinud tegevused rõõmu.“ Viiendas küsiti murelikkuse ja närvilisuse kohta: „Murelikkus, närvilisus, paanika, pinge, rahutus, ärevus.“ Kuuendaga uuriti enesetapu ja -vigastamise kohta: „Enesetapu ja/või enesevigastamise mõtted, plaanid ja/või teod.“ (Fertsch 2014)

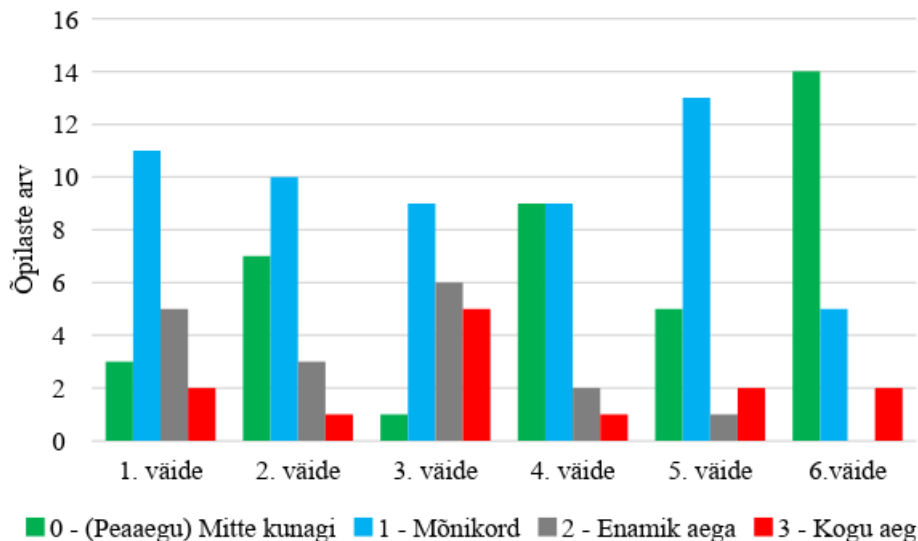
10. klassist vastas küsimustikule 38 õpilasest 31, kellest 23 olid tüdrukud ja 8 poisid. Tulemuste järgi nendest 19 (14 tüdrukut ja 5 poissi) ei ole ilmselt depressioonis, kuid 12 õpilase (9 tüdruku ja 3 poisi) punktisumma oli 6 või üle selle, mis tähendab võimalikku depressiooni

või selle sümptomeid. Kõige kõrgem punktisumma oli 14 ning 0 punkti oli ühel õpilasel. Viimasele väitele, kus uuriti, kas vastaja on viimase nädala jooksul kogenud tavalisest või keskmisest rohkem enesetapu ja/või enesevigastamise mõtteid, plaane ja/või tegusid, vastas kolm õpilast variandiga „mõnikord“, mis tõstab kindlasti depressiooniriski, kuna nendel õpilastel oli ka punktisumma 6 või üle selle. Joonisel 1 on toodud kõigi väidete vastused.



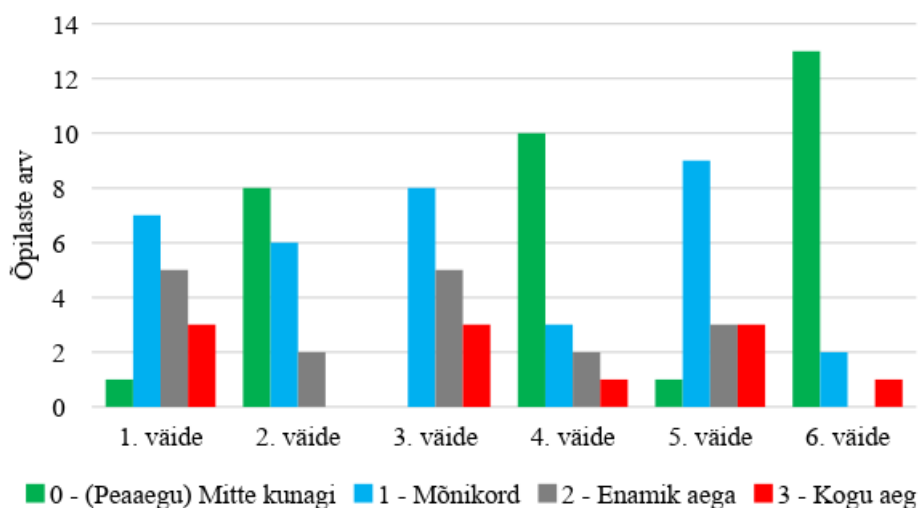
Joonis 1. 10. klassi vastused (n=31)

11. klassist vastas küsimustikule 29 õpilasest 21, kellest 12 olid tüdrukud ja 9 poisid. Nendest 10 õpilast, kellest 5 olid poisid ja 5 tüdrukud, ei ole ilmselt depressiivsed. 11 õpilast ehk 7 tüdrukut ja 4 poissi võivad olla / on depressiivsed. Kõige kõrgem punktisumma oli 18, mis on ühtlasi ka kõrgeim võimalik punktisumma. Siinkohal on tegemist kõrge depressiooni riskiga, mida peaks kindlasti põhjalikumalt uurima. Mitte ühelgi õpilasel ei olnud punktisumma 0. Joonisel 2 on näha, et vastusevariant „mõnikord“ on neljal korral ülekaalus. Kolmandas väites, kus uuriti, kas vastaja on viimase nädala jooksul tundnud tavalisest rohkem väsimust, kurnatust, motiveerimatust ja tunneb soovi rohkem puhata ja magada, vastas variandiga „(peaaegu) mitte kunagi“ ainult üks inimene. Variandiga „kogu aeg“ vastas 5 inimest. Kolmas väide on nii selle klassi kui ka kõikide lendude puhul ainuke väide, millele on 11. klassis variandiga „kogu aeg“ nii palju vastatud.



Joonis 2. 11. klassi vastused (n=21)

12. klassist vastas küsimustikule 31 õpilasest 16 (joonis 3), kellest 12 olid tüdrukud ja 4 poisid. Nendest 9 õpilast, kellest 6 olid tüdrukud ja 3 poisid, ei ole ilmselt depressiivsed. 7 õpilasel võib olla kalduvus depressioonile, kellest 6 on tüdrukud ja 1 on poiss. Küsimustiku alusel saab öelda, et kõigil vastanutel esines mingil määral depressiooni sümptomeid, kuna mitte ükski õpilane ei vastanud kõigile väidetele variandiga „(peaaegu) mitte kunagi“. Madalaim punktisumma oli 2, mille vastanuks oli tüdruk, ning kõrgeim oli 16, mille vastanuks oli poiss.



Joonis 3. 12. klassi vastused (n=16)

Esimesele väitele: “Olen viimase nädala jooksul tundnud tavalisest või keskmisest rohkem alanenud meeleolu, halba tuju, kurbust, tüdimust, rahulolematust, ma lihtsalt ei viitsi ja kõik on tüütu”, vastasid küsitluses osalenud enamasti variandiga „mõnikord“. 10. klassis ja 11. klassis on vastatud varianti „(peaaegu) mitte kunagi“ rohkem kui „kogu aeg“, kuid 12. klassis on variant

„(peaaegu) mitte kunagi“ viimasel kohal. Mõnikord on halva tuju ja kurbuse tundmine täiesti normaalne ning üldiselt ei takista inimese elu.

“Olen viimase nädala jooksul tundnud tavalisest või keskmisest rohkem alaväärsustunnet ja lootusetust, tunnen, et vean teisi inimesi alt ja ei ole (olnud) hea inimene” väitele vastas üks 11. klassi õpilane variandiga „kogu aeg“. Selle väite korral oli vastusevariant „mõnikord“ selles klassis ülekaalus. 10. ja 12. klassis oli ülekaalus vastus „(peaaegu) mitte kunagi“, millele järgnes vastus „mõnikord“ ning sellele „enamik aega“. Ilmselt ei ole nendest klassides alaväärsustundega probleeme, mis tähendab, et õpilased on pigem enesekindlad.

Kolmanda väite tulemused olid kõige kriitilisemad, kuid see on ka mingil määral arusaadav, sest küsitluse korraldamise aja sisse jäi ka arvestuste nädal, mis on tavaliselt õpilaste jaoks raske ning stressirohke. Kolmandas väites küsiti väsimuse, motiveerimatuse ja energia vähesuse kohta. Vastusevarianti „(peaaegu) mitte kunagi“ on valitud 10. ja 11. klassis kõige vähem ning 12. klassis ei ole seda keegi valinud. 11. ja 12. klass tundis neid tundeid pigem „mõnikord“, kuid 10. klass „enamik aega“. Tegelikult on mingil ajahetkel või perioodil elus väsimuse, kurnatuse ja/või motiveerimatuse tundmine täiesti normaalne ning vältimatu elu osa. Siiski on see oluline depressiooni sümptom ning kui see kestab pikemat aega ja/või esineb koos mõne muu sümptomiga, on oluline sellele tähelepanu pöörata.

Neljas väide käis anhedoonia ehk elurõõmu kadumise kohta. 10. klassil ei ole sellega ilmselt probleeme, kuna tunnet „kogu aeg“ ei esinenud kellelgi, ning tunne „(peaaegu) mitte kunagi“ oli samuti tugevalt ülekaalus, kuid esines ka õpilasi, kes tundsid anhedoonia sümptomeid „mõnikord“ või „enamik aega“. 11. klasside õpilaste seas esines kõiki vastusevariante, kuid võrdselt olid ülekaalus „(peaaegu) mitte kunagi“ ja „mõnikord“, mõlemat oli valinud üheksa õpilast. Kaks õpilast olid tundnud anhedoonia sümptomeid „enamik aega“ ja üks „kogu aeg“. 12. klassi õpilastel esines samuti erinevaid tundeid, kuid suuresti ülekaalus oli „(peaaegu) mitte kunagi“. Saab öelda, et õpilaste rõõmu tundmise võime ei ole enamasti häiritud.

Eelviimane ehk viies väide oli järgmine: „Olen viimase nädala jooksul tundnud tavalisest või keskmisest rohkem murelikkust, närvilisust, paanikat, pinget, rahutust ja ärevust.“ 51% vastanutest tundsid neid tundeid „mõnikord“ ning see variant oli igas klassis ülekaalus. 10. klassis oli variante „(peaaegu) mitte kunagi“ ja „mõnikord“ valitud üsna võrdselt, kuid viimast ühe võrra rohkem. Esines ka teisi variante, kuid oluliselt vähem. Üle poole 11. klassi vastanutest oli tundnud neid tundeid „mõnikord“, viis õpilast „(peaaegu) mitte kunagi“, üks õpilane „enamik aega“ ning kaks õpilast „kogu aeg“. 12. klassis oli neid tundeid „(peaaegu) mitte kunagi“ tundnud ainult üks õpilane, kuid „mõnikord“ samuti üle poole vastanutest. Vastusevariante „enamik aega“ ja „kogu aeg“ valiti mõlemat kolm korda. 10. klassis on palju õpilasi, kes murelikkust ja närvilisust ei tunne, kuid on ka neid, kes seda tunnevad. 11. ja 12.

klassis on esineb neid sümptomeid märgatavalt rohkem, kus enamik õpilasi tunneb mõnikord ehk paar korda nädalas murelikkust, närvilisust, paanikat, pinget, rahutust ja ärevust. Gümnaasiumiõpilase puhul võib olla see normaalne. Õpilased, kes vastasid väitele variandiga „enamik aega“ või „kogu aeg“ on kindlasti suurema riski all ning nende meeleolulist seisundit võiks täiendavalt kontrollida.

Viimane väide käis suitsiidi ja enesevigastamise kohta. Mitte keegi ei vastanud sellele väitele variandiga „enamik aega“. 10. klassi õpilastest 90% ehk enamikul ei ole ilmselt selliseid mõtteid, kuna nad vastasid „(peaaegu) mitte kunagi“, ülejäänud aga „mõnikord“. 11. klassis õppivatest vastanutest samuti rohkem kui pooltel ei olnud neid mõtteid „(peaaegu) mitte kunagi“ esinenud. Siiski vastas 5 õpilast väitele variandiga „mõnikord“ ning 2 õpilast variandiga „kogu aeg“. Viimased tulemused olid kõige rohkem murettekitavamad, kuna üks kolmandik vastanutest oli selliste mõtetega kokku puutunud. Need sümptomid suurendavad tugevasti riski depressioonile ning on inimesele endale ohtlikud. 12. klassist 81% ei olnud selliste mõtetega kokku puutunud, kuid kahel õpilasel esines selliseid mõtteid „mõnikord“ ning ühel õpilasel „kogu aeg“. Selle sümptomi olemasolu tähendab kindlasti suuremat riski depressioonile.

Saadud tulemused kirjeldavad üldiselt kolme gümnaasiumiastme klassi õpilaste meeleolu depressioonisümptomitest lähtuvalt. Autori arvates on tulemused küll usaldusväärsed, kuid nende põhjal ei ole võimalik mingisugust diagnoosi panna, sest uuring oli anonüümne ja küsitlus ainult mõnenädalase perioodi kohta. Sellepärast ei võimaldanud valitud meetod teha ka põhjalikumat analüüsi, mille eelduseks oleks individuaalne lähenemine, pikaajaline uuring, pädev tagasiside ning mis kaasab rohkem inimesi.

Praeguse uurimistöö uuring langes paljudes aspektides kokku teoreetilise osaga. Küsitlusele vastas meessoost isikuid üle poole vähem kui naissoost isikuid, mis vastab teooriale – tüdrukutel on depressioonisümptomitest kergem rääkida kui poistel. Asjaolu, et tüdrukutel esineb depressiooni kaks kuni kolm korda rohkem kui poistel, ei saa hinnata, sest vastanud poiste ja tüdrukute arv oli niivõrd varieeruv, et selle põhjal ei saa adekvaatset võrdlust ning järeldust teha. Väsimuse, motiveerimatuse ja vähese energia sümptomite domineerivust võivad põhjustada mitmed asjaolud. Gümnaasiumi esimeses klassis võivad esineda veel kohanemiskasvatused, sest uue keskkonnaga harjumine võtabki aega, kuid tuleb teada, et ka kohanemishäiretega võib kaasneda depressioon või selle sümptomid. 11. klassi õpilased kogesid samuti kõige rohkem väsimust, motiveerimatust, kurbust ja ka murelikkust ning närvilisust. Selles klassis võib keskmisest rohkem pingeid põhjustada uurimistöö tegemine, mille sooritamine on üks eeldustest kooli lõpetamisel. Abiturientide vastustest oli näha, et nad on tundnud kurbust, alanenud meeleolu, väsimust, energia vähesust. Oluline on meeles pidada, et perspektiivitu tunne tuleviku suhtes ja pidev motivatsioonipuudus mõjutavad samuti

noore meeleolu negatiivselt. Siinkohal on jälle oluline mõista, kas on tegemist ajutise tundega või on see pikemaajaline nähtus.

Depressioonisümptomite esinemist, nagu kurbust, väsimust või murelikkust, võib tunda meist igaüks ja mingitel perioodidel elus on nende esinemine täiesti tavaline ja normaalne. Arvestada tuleb seda, et umbes viiendik noortest kannatab depressiooni sümptomite all, mille alusel ei saa veel diagnoosi panna.

KOKKUVÕTE

Uurimistöös käsitleti noorukiea depressiooni olemust ning selle tõsidust. Üks kõige sagedasemaid noorukiea tervisehäireid on depressioon, mis takistab noorel inimesel elus hakkama saamist. Depressiooni uurimise olulisust kinnitab see, et häire suurim risk on suitsiid, mis on üks peamisi noorte inimeste surmapõhjuseid.

Töö eesmärk oli välja selgitada, milline häire on depressioon, milline on selle häire olemus noortel ja kuidas see neil avaldub, millised on noorukite depressiooni tekkepõhjused ning, kuidas seda häiret ravida.

Uurimistöö käigus uuriti depressiooni definitsiooni, sümptomeid ja raskusastmeid. Suure osa teoreetilisest osast moodustasid noorte depressiooni põhjused, kus esitati erinevad tegurid, mis seda häiret põhjustavad, ning depressiooni olemus noortel, kus kirjeldati esinemissagedust, soolist erinevust, häirest tulenevaid riske ja komorbiidsust. Teemaatika lõpus käsitleti depressiooni ennetamist ja ravi.

Praktiline osa töös sisaldas depressioonisümptomite esinemise küsitlust Tartu Jaan Poska gümnaasiumi c-klassi õpilaste seas ning selle analüüsi. Küsitluses kasutati spetsiaalset Kutcheri nooruki depressiooni 6-osalist skaalat. Analüüsides selgus, et kõige rohkem depressioonisümptomeid vastanute hulgas oli 11.c klassis. 52% õpilastest esines neid normist rohkem, mis tähendab depressioonile kalduvust või selle võimalikku olemasolu. 10.c klassis oli see protsent 39 ning 12.c klassis 44.

Küsitlus koosnes kuuest väitest, millest kõige rohkem kinnitati väidet väsimuse, kurnatuse, motiveerimatuse ja vähese energia sümptomite kohta. See on teatud mõttes loogiline ja normaalne, sest ankeetküsitlus saadeti vastamiseks õpilastele küllaltki pingelisel perioodil, ainete arvestuste tegemise ajal ehk arvestuste nädalal. Lisaks sellele kirjutasid 11. klasside õpilased uurimistööid ja pidid kaitsma oma tehtut uurimistööde vaheseminaril. 10. klassides võib lisapingeid ja stressi tekitada ka uude kooli sisse elamine ning uute koolikorralduste ja koolisüsteemidega harjumine. 12. klassi õpilastel võivad pingeid ja stressi tekitada kooli lõpetamisega seotud tegevused ja asjaolud: valmistumine eksamiteks, ülikooli ja eriala valik või muud tulevikuplaanid.

Veebiküsitluse vastuseid analüüsides ei saa diagnoosi panna. Mõningate sümptomite esinemine mingil lühikesel perioodil elus on normaalne ning täiesti inimlik. Selgema pildi saamiseks on vaja inimesega individuaalselt suhelda ning taustauuringuid teha.

Arvestades asjaoluga, et uurimistöö protsess oli kiire ja autor ei jõudnud küsitluses osalenutele tagasisidet anda, siis praeguse uurimistöö tegijalt soovitus: kui järgmised uurimistöö tegijad teevad küsitlusi, siis peale töö esitamist oleks hea uuringus osalenud isikuid tänada ja samas

anda ka teemast lähtuvalt nõuandeid. Praegust uurimisteemat arvestades võiks rääkida sellest, kuidas toime tulla enesetapumõtetega või depressiooniga. Tervisega seotud teemade korral võiks uuringu korraldajad oma tulemustest teavitada ka kooli psühholoogi, sest tema on siiski pädevam isik taolistel teemadel kõnelema, ja teha temaga koostööd näiteks tagasiside edastamisel.

Praegusest uurimistööst lähtuvalt võiks uurida õpilaste depressioonisümptomeid põhjalikumalt, neid analüüsida ja leida nende põhjuseid. Võiks veel süüvida depressiooni ennetamise ning ravimisse noorte hulgas. Kuna selle töö autori küsitlus oli üldine, siis konkreetsete väidete tegemiseks sellest ei piisa.

Lisaks võiks teha samal teemal uuringuid, kuhu on kaasatud (kohustuslikus korras) kõik õpilased. Kõikidelt õpilastelt vastuste saamine on väga oluline, sest siis on võimalik teha põhjalik ülevaade olukorrast terves koolis. Praeguse uurimistöo uuring oli küll anonüümne, kuid järgnevad uuringud võiksid olla mitteamonüümsed ehk nimelised. See võimaldab individuaalselt läheneda nendele õpilastele, kes vajavad abi ja/või toetust. Huvitav oleks ka uuringut korraldada ühes ja samas grupis kaks korda, näiteks koolitee alguses ja lõpus, ning siis tulemusi ja muutuseid analüüsida.

ABSTRACT

The research paper has been written on the topic of “Adolescent Depression” by Mari-Liis Lindre. The aim of the research was to find out which kind of mental and emotional disorder adolescent depression is. The other purpose of the paper was to find out if the students of Tartu Jaan Poska Gymnasium (TJPG) suffer from the symptoms of depression.

The research was carried out in two parts. The first part is the theoretical part which consists of four chapters. There are explained the definition of depression, its symptoms and the severity of them. Also, it discusses different causes of adolescent depression, provides an overview of adolescent depression and describes prevention and treatment of adolescent depression. The second part is the practical part which includes the questionnaire carried out among the students of TJPG c-classes and the analysis of it. The inquiry was carried out from the 9th of December 2016 to the 19th of January 2017 among 68 students of TJPG.

In the practical part the questionnaire called 6-ITEM Kutcher Adolescent Depression Scale was used which is specifically designed to diagnose and assess the severity of adolescent depression. The results of the research revealed that 39% of the students of 10th class could suffer from depression or express its symptoms. The same proportion in 11th class was 52% and in 12th class 44%. The questionnaire consisted of six items and the most problematical was the item of “tiredness, fatigue, low energy and hard to get motivated”.

KASUTATUD MATERJALID

Almqvist jt = Almqvist, Fredrik, Hanna Ebeling, Pekka Heinälä, Jari Karhu, Kirsti Kumpulainen, Sirkka-Liisa Linna, Heikki Lyytinen, Esko Länsimies, Esa Mervaala, Irma Moilanen, Mirjami Mäntymaa, Pirkko Nieminen, Marjaterctu Pajulo, Jorma Piha, Saira Piippo, Soili Poijula, Kaija Puura, Päivi Rantanen, Eila Räsänen, Elina Savonlahti, Tuula Tamminen, Kari Uusikylä, Hannu Westerinen 2004. Laste- ja noortepsühhiaatria. Tallinn : Medicina.

Eensalu, Arma 2016. Depressioon. Kättesaadav: <https://kose.edu.ee/depressioon/> (10.04.2019).

Fertsch, Diana 2014. 6-ITEM Kutcher Adolescent Depression Scale: KADS-6. Kättesaadav: http://www.mdaap.org/Bi_Ped_KADS6.pdf (28.11.2016).

Laukkanen jt = Laukkanen, Eila, Mauri Marttunen, Seija Miettinen, Matti Pietikäinen 2006. Kuidas aidata psüühikaprobleemidega noorukit. Tallinn : Medicina.

Lönnqvist jt = Lönnqvist, Jouko, Martti Heikkinen, Markus Henriksson, Mauri Marttunen, Timo Partonen 1999. Psühhiaatria. Tallinn : Medicina.

Meeleoluhäired 2016. Kättesaadav: <http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm> (F32 Depressiivne episood e. depressioon) (04.11.2016).

Peaasi 2015. Kättesaadav: <http://peaasi.ee/miks-depressioon-tekib/> (25.11.2016).

Serbak, Reelika 2015. Depressiooni diagnostika ja ravi noorukitel. Kättesaadav: http://www.lastehaigla.ee/public/vaimse_tervise_keskus/24.04.15_Depressiooni_diagnostika_ja_ravi_noorukitel_R.Serbak.pdf (31.01.2017).

WHO 2017. Kättesaadav: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/ (04.03.2017).

LISAD

Lisa 1. Ankeetküsitlus

Noorukite depressiooni küsimustik

Hea Tartu Jaan Poska Gümnaasiumi õpilane!

Mina olen 11. klassi õpilane Mari-Liis Lindre ja teen uurimistööd teemal "Depressioon noortel ning selle ennetamine ja kaitsvad faktorid". Töö üheks osaks on alljärgnev küsimustik, mille täitmiseks kulub vaid mõni minut. Olen väga tänulik, kui vastate kõikidele küsimustele. Küsimustik on anonüümne ning tulemusi kasutatakse ainult nimetatud uurimistöö jaoks üldistatud kujul.

Aitäh!

Sugu

- mees
- naine

Klass

- 10. klass
- 11. klass
- 12. klass

Olete te viimase nädala jooksul tundnud tavalisest või keskmisest rohkem alljärgnevalt nimetatud tundeid? *

	0 - (Peaaegu) Mitte kunagi	1 - Mõnikord	2 - Enamik aega	3 - Kogu aeg
1. Alanenud meeleolu, halb tuju, kurbus, tüdimus, rahulolematus. Lihtsalt ei viitsi, kõik on tüütu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Alaväärsustunne, lootusetus. Tunne, et veate inimesi alt, ei ole hea inimene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Väsimus, kurnatus, motiveerimatus. Teil on vähe energiat ning millegi tegemine nõuab suurt pingutust. Te tahate tavalisest rohkem puhata ja magada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Te tunnete, et elu ei ole enam eriti lõbus. Te ei tunne end enam hästi/mugavalt olukordades, kus varem tundsite. Teile ei paku enam varem meeldinud tegevused rõõmu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Murelikkus, närvilisus, paanika, pinge, rahutus, ärevus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Enesetapu ja/või enesevigastamise mõtted, plaanid ja/või teod.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lisa 2. Kutcheri ankeetküsitlus

6-ITEM Kutcher Adolescent Depression Scale: KADS-6

NAME: _____ CHART NUMBER: _____

DATE: _____ ASSESSMENT COMPLETED BY: _____

OVER THE LAST WEEK, HOW HAVE YOU BEEN "ON AVERAGE" OR "USUALLY" REGARDING THE FOLLOWING ITEMS:

1. Low mood, sadness, feeling blah or down, depressed, just can't be bothered.

0 - Hardly Ever 1 - Much of The Time 2 - Most of The Time 3 - All of The Time

2. Feelings of worthlessness, hopelessness, letting people down, not being a good person.

0 - Hardly Ever 1 - Much of The Time 2 - Most of The Time 3 - All of The Time

3. Feeling tired, feeling fatigued, low in energy, hard to get motivated, have to push to get things done, want to rest or lie down a lot.

0 - Hardly Ever 1 - Much of The Time 2 - Most of The Time 3 - All of The Time

4. Feeling that life is not very much fun, not feeling good when usually (before getting sick) would feel good, not getting as much pleasure from fun things as usual (before getting sick).

0 - Hardly Ever 1 - Much of The Time 2 - Most of The Time 3 - All of The Time

5. Feeling worried, nervous, panicky, tense, keyed up, anxious.

0 - Hardly Ever 1 - Much of The Time 2 - Most of The Time 3 - All of The Time

6. Thoughts, plans or actions about suicide or self-harm.

0 - Hardly Ever 1 - Much of The Time 2 - Most of The Time 3 - All of The Time

TOTAL SCORE:

1

© Dr Stan Kutcher, 2006

6-ITEM Kutcher Adolescent Depression Scale: KADS-6

OVERVIEW

The Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS) is a **self-report** scale specifically designed to diagnosis and assess the severity of adolescent depression, and versions include a 16-item, an 11 item and an abbreviated 6-item scale.

SCORING INSTRUCTIONS

TOTAL SCORE	SCORE INTERPRETATION
0 – 5	Probably not depressed
6 and ABOVE	Possible depression; more thorough assessment needed

REFERENCE

LeBlanc JC, Almudevar A, Brooks SJ, Kutcher S: Screening for Adolescent Depression: Comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2002 Summer; 12(2):113-26.

Self-report instruments commonly used to assess depression in adolescents have limited or unknown reliability and validity in this age group. We describe a new self-report scale, the Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS), designed specifically to diagnose and assess the severity of adolescent depression. This report compares the diagnostic validity of the full 16-item instrument, brief versions of it, and the Beck Depression Inventory (BDI) against the criteria for major depressive episode (MDE) from the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Some 309 of 1,712 grade 7 to grade 12 students who completed the BDI had scores that exceeded 15. All were invited for further assessment, of whom 161 agreed to assessment by the KADS, the BDI again, and a MINI diagnostic interview for MDE. Receiver operating characteristic (ROC) curve analysis was used to determine which KADS items best identified subjects experiencing an MDE. *Further ROC curve analyses established that the overall diagnostic ability of a six-item subscale of the KADS was at least as good as that of the BDI and was better than that of the full-length KADS. Used with a cutoff score of 6, the six-item KADS achieved sensitivity and specificity rates of 92% and 71%, respectively—a combination not achieved by other self-report instruments. The six-item KADS may prove to be an efficient and effective means of ruling out MDE in adolescents.*