

Współwystępowanie objawów depresyjnych, zaburzeń jedzenia oraz obsesyjno-kompulsyjnych a używanie substancji psychoaktywnych w populacji 17-letniej młodzieży wielkomiejskiej

Comorbidity in adolescence: simultaneous declaration of depressive, eating, obsessive-compulsive symptoms and use of psychoactive substances in the general population of 17 year old students in a big city

Renata Modrzejewska

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

Summary

Aim. To determine whether the following symptoms: depressive symptoms, eating disorder symptoms and obsessive-compulsive symptoms among adolescents in Kraków secondary schools are associated with an increased risk of psychoactive substance use.

Method. A representative sample of the population of Kraków secondary school pupils was tested. A two-stage draw method identified a group of 2034 2nd form pupils of all types of secondary schools: grammar schools, technical schools and vocational schools (17-year olds). They were tested using the following screening questionnaires: Beck Depression Scale, EAT-26 eating disorders scale, Obsessive-compulsive disorder (Leyton) scale and the author's drug questionnaire.

Results. The incidence of depressive symptoms among boys and girls is associated with an increased risk of alcohol use (74.8% among depressive boys versus 65.8% in the depressive group of girls), cigarette smoking (42.7% vs. 46.7%) and drug use (29.0% vs. 18.6%). All of the relationships are statistically significant in both sexes. 41.7% depressive boys admit to smoking, vs. only 32.6% in the non-depressive group. In the girls' group, these relationships are as follows: 46.7% versus 32.1%. The relationships are statistically significant in both sexes.

The incidence of eating disorder symptoms among boys and girls is associated with a higher risk of alcohol use (respectively: 73.5% vs. 61.9%), cigarette smoking (42.1% vs. 46.9%), and drug use (31.6% versus 21.5%). Compared with a group of young people without eating disorder symptoms, the relationships are of statistical significance.

Conclusions. Comorbidity of the following symptoms was found: depressive symptoms, eating disorder symptoms, obsessive-compulsive symptoms and symptoms of psychoactive substance use. The presence of depressive symptoms increases the risk of the use of psychoactive substances, especially alcohol and tobacco, to a lesser extent – drugs, both in the boys and in the girls. The presence of eating disorder symptoms increases the risk of smoking and drug use among both boys and girls.

Słowa kluczowe: badania epidemiologiczne, współwystępowanie

Key words: epidemiological studies, comorbidity

Wyniki badań populacyjnych i klinicznych wskazują, że wyróżnione w systemach klasyfikacyjnych zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania rzadko występują w sposób izolowany. Przeciwnie, często opisuje się równoczesne występowania objawów traktowanych jako charakterystyczne dla różnych zaburzeń. Zapewne dlatego badania nad współwystępowaniem zaburzeń psychicznych cieszą się w ostatnich latach dużym zainteresowaniem i prowadzone są zarówno w dużych grupach populacji ogólnej dzieci i młodzieży, jak i w grupach klinicznych.

Konsekwencją rozwoju badań nad współwystępowaniem różnych zaburzeń psychicznych są rozważania wyjaśniające to zjawisko [1, 2, 3, 4]. Istnieją próby poszukiwania wspólnej etiologii, czynników ryzyka oraz wzajemnych relacji między badanymi jednostkami chorobowymi. Próby te nawiązują do modeli etiologicznych, na przykład Cloningera i wsp. [5]. W przypadku badań nad współwystępowaniem chorób i zaburzeń psychicznych są to modele współwystępowania (models of comorbidity). Modele takie tworzone są z myślą o wyjaśnieniu zarówno zjawiska współwystępowania zaburzeń psychicznych, jak i poszczególnych jednostek chorobowych (np. jadłowstrętu psychicznego i zaburzeń depresyjnych).

W 1991 roku Caron i Rutter [1] dokonali metaanalizy badań dotyczących współwystępowania zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. W swojej pracy zaproponowali pojęcie prawdziwego współwystępowania (true comorbidity) i przedstawili możliwe wyjaśnienia tego zjawiska. Rozpatrywali współistnienie dwóch lub więcej rzeczywiście oddzielnych zaburzeń. Tak więc badania comorbidity musiałyby być poprzedzone dokładną walidacją badanych zaburzeń, która pomogłaby ustalić, czy są one rzeczywiście oddzielne, czy też mamy do czynienia z jednym zaburzeniem o odmiennych objawach psychopatologicznych.

Wittchen [6] zaproponował model comorbidity oparty na poszukiwaniu potencjalnych mechanizmów przyczynowych. Wyróżnił cztery możliwe wyjaśnienia zjawiska: 1) jedno zaburzenie predysponuje do wystąpienia drugiego zaburzenia (np. zaburzenia lękowe predysponują do wystąpienia zaburzeń depresyjnych); 2) oba zaburzenia wykazują wzajemne predyspozycje (np. zaburzenie lękowe predysponuje do wystąpienia zaburzenia depresyjnego i odwrotnie); 3) istnieje wspólny czynnik poprzedzający wystąpienie obu zaburzeń (np. zaburzenia osobowości czy neurotyzm – dla zaburzeń lękowych i dla zaburzeń depresyjnych); 4) istnieje złożony wzór interakcji wielu czynników predysponujących do wystąpienia określonej choroby lub zaburzenia psychicznego, a w przypadku chorób i zaburzeń współwystępujących jeden lub kilka czynników jest wspólnych [również: 7].

Zwiększone ryzyko pojawiania się objawów depresyjnych w okresie rozwojowym zaczyna się we wczesnej fazie adolescencji i rośnie wraz z wiekiem.

Depresja w okresie rozwojowym może być powikłana nadużywaniem substancji psychoaktywnych, a nawet predysponować do zaburzeń związanych z ich używaniem (SUD – substance use disorders). W okresie dojrzewania nasilenie objawów depresyjnych jest związane z używaniem substancji takich, jak papierosy i alkohol, a następnie predysponuje do używania twardych narkotyków [8].

Współwystępowanie objawów depresyjnych z używaniem substancji psychoaktywnych jest zjawiskiem szeroko badanym, znacznie bardziej niż inne problemy. Kandel

i wsp. [9] wykazali, że rozpowszechnienie depresji rośnie od około 5% u niepijących młodych osób do 23,8% u młodzieży, która spożywa alkohol przynajmniej co tydzień, i 24,1% wśród młodzieży przynajmniej raz w roku. Wykazali oni również współwystępowanie zaburzeń nastroju (mood disorders) z szerokim wachlarzem używanych lub nadużywanych substancji psychoaktywnych – od niedawnego palenia papierosów do okazjonalnego używania nielegalnych substancji [8].

Współwystępowanie zaburzeń jedzenia i używania substancji psychoaktywnych jest również szeroko opisywane w próbach klinicznych i populacyjnych [10].

Określa się, że około 12–18% osób z zaburzeniami typu jadłowstrętu psychicznego i 30–70% z bulimią nadużywa alkoholu, tytoniu lub innych substancji psychoaktywnych. Badania dotyczyły głównie dorosłych kobiet i pokazały, że więcej pacjentek z bulimią lub anoreksją o typie bulimicznym (binge/purge) nadużywa substancji psychoaktywnych niż z anoreksją o typie restrykcyjnym i bez zaburzeń jedzenia [10]. W kilku badaniach w grupie adolescentów stwierdzono zwiększone używanie tytoniu, nielegalnych substancji oraz alkoholu, szczególnie w grupie osób z objawami ze spektrum bulimii [11, 12, 13].

Mancebo i wsp. [14], w grupie klinicznej pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, stwierdzili różnice między pacjentami w okresie dojrzewania a pacjentami dorosłymi. W porównaniu z dorosłymi wśród młodzieży byli to w większości chłopcy – relacjonowali oni wcześniejszy początek objawów oraz inną współchorobowość zaburzeń w ciągu życia (deferent lifetime comorbidity patterns). Stwierdzono podwyższony wskaźnik objawów nadpobudliwości psychoruchowej, a niższy zaburzeń nastroju, używania substancji psychoaktywnych oraz zaburzeń jedzenia.

Wyniki badań częstości występowania objawów obsesyjno-kompulsyjnych u obu płci różnią się w zależności od badanej populacji. I tak w badaniach epidemiologicznych podawana jest jednakowa częstość występowania tych objawów w grupie adolescentów oraz osób dorosłych. Badania kliniczne pokazują ich jednakowe rozpowszechnienie wśród dorosłych i zwiększone proporcje chłopców do dziewcząt (61–69%) w grupie młodzieży [15, 16].

Objawy OCD mogą być zaostrzone albo złagodzone przez nadużywanie niektórych leków, narkotyków lub alkoholu [17, 18].

Cel

Określenie, czy występowanie objawów: depresyjnych, zaburzeń jedzenia oraz obsesyjno-kompulsyjnych wśród dorastającej młodzieży krakowskich szkół średnich wiąże się ze zwiększoną częstością oraz rodzajem używanych substancji psychoaktywnych.

Material

Wielkość badanej populacji uczniów klas II szkół średnich uczących się w trybie dziennym wynosiła 16 598 osób. Przy losowaniu szacowano częstość zjawiska na 0,5, błąd oszacowania 0,03. Na podstawie tych założeń wyliczono, że minimalna liczebność próby wynosi 1003 uczniów.

Wylosowano próbę młodzieży w wieku 17 lat: II klasy szkół średnich – 2034 uczniów. Tak duża grupa została wyłoniona ze względu na możliwość śledzenia zjawisk w badaniu longitudinalnym. Zastosowano losowanie zależne, ograniczone warstwowo (stratified sampling) – grupowe (cluster sampling) w wariancie proporcjonalnym, które można uznać za losowanie niepełne wielostopniowe (w zasadzie jednostopniowe, ale dla każdej warstwy oddzielne) [19].

Losowaniem objęto wszystkie dzienne szkoły średnie. Wylosowano: państwowe licea ogólnokształcące – 8 z 34, prywatne licea ogólnokształcące – 9 z 17, technika i licea zawodowe – 9 z 47, zasadnicze szkoły zawodowe – 7 z 35. Zbadani zostali wszyscy uczniowie z klas drugich w wylosowanej szkole. Następnie sprawdzono losowość próby za pomocą testu serii Walda–Wolfowitza, stwierdzając we wszystkich przypadkach ich losowy charakter. Odsetek uczniów nieobecnych podczas badania wynosił 5%. Proporcje dziewcząt i chłopców we wszystkich analizach były zachowane i odpowiadały proporcjom płci w populacji siedemnastolatków – 55% dziewcząt i 45% chłopców.

Metoda

Uczniowie zostali przebadani za pomocą następujących kwestionariuszy screeningowych: skali depresji Becka, skali zaburzeń jedzenia EAT-26, skali zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (Leytona) oraz autorskiego kwestionariusza używek. Badanie przeprowadzono anonimowo, podając wszystkie kwestionariusze spięte razem w jednym zeszyście.

Skala (inwentarz) depresji Becka (BDI) pochodzi z 1961 roku. Składa się z 21 pytań. Głównie jest używana w badaniach klinicznych stanów depresyjnych oraz do oceny skuteczności leków przeciwdepresyjnych. Wypełnia ją badany (skala samooceny), dokonując wyboru jednego z czterech zdań twierdzących, opisujących samopoczucie [20, 21].

Kryterium zaliczenia do grupy jest uzyskanie więcej niż 15 punktów, zgodnie z rekomendacją Kendalla dla badań prowadzonych w populacji nie leczonej [22, 23, 24].

EAT-26 jest skalą pochodzącą z roku 1982. Została utworzona przez D. Garnera i P. Garfinkela. Jest to 26-itemowa wersja skali do badania postaw i zachowań związanych z odżywianiem się. Stosowana zarówno w badaniu osób z rozpoznaniem klinicznym, jak i – jako najpopularniejsze narzędzie – w badaniach przesiewowych. Autorem polskiej standaryzacji narzędzia jest K. Włodarczyk-Bisaga [25, 26]. Kryterium zaliczenia do grupy jest uzyskanie 20 punktów i więcej.

Kwestionariusz Leytona (LOI-CV) jest narzędziem do badań przesiewowych wykrywających obecność objawów obsesyjno-kompulsyjnych. Stwarza też możliwość oceny wpływu objawów na sposób i jakość funkcjonowania pacjenta. Składa się z 20 pytań dotyczących obecności objawów obsesyjno-kompulsyjnych. Autorem polskiej wersji jest A. Bryńska i T. Wolańczyk [27, 28].

Kryteria LOI-CV ustalone zostały na podstawie badań Berga i wsp. [29]. Autorzy zwracają uwagę na to, że kwestionariusz jest przydatny przede wszystkim w badaniach dużych populacji w celu wyłonienia grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, a nie do diagnozowania samego schorzenia. Przy wyznaczaniu kryteriów uwzględniono psychopatologię schorzenia, zakładając jednocześnie,

że do grupy podwyższonego ryzyka kwalifikowana jest duża liczba osób z subkliniczną postacią zaburzenia. Kryterium zaliczenia do takiej grupy jest zaznaczenie 15 lub więcej odpowiedzi „tak” i uzyskanie poniżej 10 punktów w skali wpływu objawów na funkcjonowanie albo uzyskanie 25 lub więcej punktów w skali wpływu zachowania na funkcjonowanie danej osoby, niezależnie od liczby zaznaczonych odpowiedzi „tak”.

Ankieta przyjmowania leków i używek to autorskie narzędzie do oceny rozpowszechnienia przyjmowania substancji psychoaktywnych (substancji stymulujących, leków, używek, narkotyków).

Metody statystyczne zastosowane do analizy danych: Test χ^2 dla tabel wielopolowych.

Grupa bada

Wśród uczniów II klas wszystkich typów szkół średnich rozprawdano 1933 egzemplarze anonimowych ankiet. Po odrzuceniu ankiet, na których badani nie zaznaczyli płci (42 osoby, tj. 2,2%), w dalszej analizie statystycznej uwzględniono następującą liczbę kwestionariuszy: skala Becka – 1798 ankiet (93,0%), skala EAT-26 – 1793 (92,8%), skala Leytona – 1738 egzemplarzy (89,9%) oraz 1869 ankiet przyjmowania leków i używek, co stanowiło 96,7% ogólnej liczby. Proporcja dziewcząt i chłopców we wszystkich analizach była zachowana i odpowiadała proporcjom płci w populacji siedemnastolatków – 55% dziewcząt i 45% chłopców.

Od 1602 adolescentów (82,9% próby wyjściowej, w tym 707 chłopców i 895 dziewcząt) uzyskano informacje o częstości picia alkoholu oraz występowaniu objawów depresyjnych. Uczniowie depresyjni, zarówno chłopcy (74,8%) jak i dziewczęta (65,9%) częściej przyznawali się do picia alkoholu niż niedepresyjni (chłopcy 65,2%, a dziewczęta 56,1%). Testy istotności statystycznej zarówno dla danych jakościowych jak i porządkowych w przypadku dziewcząt dały wyniki statystycznie istotne, natomiast u chłopców jedynie w przypadku danych porządkowych (współczynnik korelacji rang Spearmana $r = 0,079$, $p = 0,036$, test dwustronny), co oznacza, że występowanie objawów depresyjnych u obu płci zwiększa ryzyko picia alkoholu.

Tabela 1. Depresja a picie alkoholu

Płeć		Częstość picia alkoholu										Razem	
		nie piją		1x w roku		1x w miesiącu		1x w tygodniu		codziennie			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chłopcy	ND	203	34,8	102	17,5	154	26,4	118	20,2	7	1,2	584	100,0
	D	31	25,2	23	18,7	36	29,3	29	23,6	4	3,3	123	100,0
Razem		234	33,1	125	17,7	190	26,9	147	20,8	11	1,6	707	100,0
Dziewczęta	ND	264	43,9	136	22,6	135	22,4	65	10,8	2	0,3	602	100,0
	D	100	34,1	67	22,9	76	25,9	47	16,0	3	1,0	293	100,0
Razem		364	40,7	203	22,7	211	23,6	112	12,5	5	0,6	895	100,0

Chłopcy: $\chi^2 = 6,518$, $df = 4$, $p = 0,164$; dziewczęta: $\chi^2 = 11,638$, $df = 4$, $p = 0,020$

1747 uczniów szkół średnich (90,4% próby wyjściowej, w tym 786 chłopców i 961 dziewcząt) udzieliło informacji o paleniu papierosów oraz występowaniu objawów depresyjnych. Uczniowie depresyjni, zarówno chłopcy (41,7%) jak i dziewczęta (46,7%) częściej przyznawali się do palenia papierosów niż niedepresyjni (chłopcy 32,6%, a dziewczęta 32,1%). Testy istotności statystycznej zarówno dla danych jakościowych jak i porządkowych w przypadku obu płci dały wyniki statystycznie istotne, choć zależności korelacyjne były słabe (Spearmana współczynnik korelacji rang, $\rho < 0,160$).

Tabela 2. Depresja a palenie papierosów

Płeć		Częstość palenia papierosów										Razem	
		nie palą		rzadziej niż 1x w tygodniu		kilka razy w tygodniu		codziennie		kilka razy dziennie			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chłopcy	ND	433	67,4	31	4,8	28	4,4	24	3,7	126	19,6	642	100,0
	D	84	58,3	4	2,8	7	4,9	4	2,8	45	31,3	144	100,0
Razem		517	65,8	35	4,5	35	4,5	28	3,6	171	21,8	786	100,0
Dziewczęta	ND	436	67,9	45	7,0	39	6,1	26	4,0	96	15,0	642	100,0
	D	170	53,3	26	8,2	27	8,5	12	3,8	84	26,3	319	100,0
Razem		606	63,1	71	7,4	66	6,9	38	4,0	180	18,7	961	100,0

Chłopcy: $\chi^2 = 10,271$, $df = 4$, $p = 0,036$; dziewczęta: $\chi^2 = 24,148$, $df = 4$, $p < 0,0005$

Od 1728 adolescentów (89,4% próby wyjściowej, w tym 763 chłopców i 965 dziewcząt) uzyskano informacje o braniu narkotyków oraz występowaniu objawów depresyjnych. Uczniowie depresyjni, zarówno chłopcy (29,0%) jak i dziewczęta (18,6%) częściej przyznawali się do brania narkotyków niż niedepresyjni (chłopcy 17,8%, a dziewczęta 11,0%). Podobnie jak w przypadku palenia papierosów, związek depresji z braniem narkotyków u obu płci jest stosunkowo słaby (Spearmana współczynnik korelacji rang, $\rho < 0,115$), choć statystycznie istotny.

Tabela 3. Depresja a branie narkotyków

Płeć		Częstość brania narkotyków										Razem	
		nie biorą		kilka razy w roku		kilka razy w miesiącu		kilka razy w tygodniu		codziennie			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chłopcy	ND	514	82,2	54	8,6	34	5,4	16	2,6	7	1,1	625	100,0
	D	98	71,0	16	11,6	16	11,6	3	2,2	5	3,6	138	100,0
Razem		612	80,2	70	9,2	50	6,6	19	2,5	12	1,6	763	100,0
Dziewczęta	ND	576	89,0	45	7,0	24	3,7	2	0,3	0	0,0	647	100,0
	D	259	81,4	35	11,0	17	5,3	6	1,9	1	0,3	318	100,0
Razem		835	86,5	80	8,3	41	4,2	8	0,8	1	0,1	965	100,0

Chłopcy: $\chi^2 = 13,956$, $df = 4$, $p = 0,007$; dziewczęta: $\chi^2 = 15,416$, $df = 4$, $p = 0,004$

1594 uczniów szkół średnich (82,5% próby wyjściowej, w tym 712 chłopców i 882 dziewcząt) udzieliło informacji o występowaniu objawów zaburzeń jedzenia i picia alkoholu. Adolescenci z zaburzeniami jedzenia, zarówno chłopcy (73,5%) jak i dziewczęta (61,9%) częściej przyznawali się do picia alkoholu niż osoby, które nie prezentowały objawów (chłopcy 66,5%, a dziewczęta 58,9%). Zależność istotną statystycznie uzyskano wyłącznie w grupie dziewcząt ($u > 0,10$).

Tabela 4. Zaburzenia jedzenia a picie alkoholu

Płeć		Częstość picia alkoholu										Razem	
		nie piją		1x w roku		1x w miesiącu		1x w tygodniu		codziennie			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chłopcy	NEAT	222	33,5	119	17,9	180	27,1	134	20,2	8	1,2	663	100,0
	EAT	13	26,5	9	18,4	10	20,4	15	30,6	2	4,1	49	100,0
Razem		235	33,0	128	18,0	190	26,7	149	20,9	10	1,4	712	100,0
Dziewczęta	NEAT	297	41,1	168	23,3	176	24,4	79	10,9	2	0,3	722	100,0
	EAT	61	38,1	32	20,0	34	21,3	29	18,1	4	2,5	160	100,0
Razem		358	40,6	200	22,7	210	23,8	108	12,2	6	0,7	882	100,0

Chłopcy: $\chi^2 = 6,494$, $df = 4$, $p = 0,165$; dziewczęta: $\chi^2 = 16,481$, $df = 4$, $p = 0,002$

Od 1736 adolescentów (89,8% próby wyjściowej, w tym 791 chłopców i 945 dziewcząt) uzyskano informacje o objawach zaburzeń jedzenia i paleniu papierosów. Uczniowie z zaburzeniami jedzenia, zarówno chłopcy (43,1%) jak i dziewczęta (46,9%), częściej przyznawali się do palenia papierosów niż uczniowie bez zaburzeń (chłopcy 32,7%, a dziewczęta 34,8%). Testy istotności statystycznej zarówno dla danych jakościowych jak i porządkowych w przypadku obu płci dały wyniki statystycznie istotne, choć zależności korelacyjne były słabe (Spearmana współczynnik korelacji rang, $\rho < 0,08$).

Tabela 5. Zaburzenia jedzenia a palenie papierosów

Płeć		Częstość palenia papierosów										Razem	
		nie pałą		rzadziej niż 1x w tygodniu		kilka razy w tygodniu		codziennie		kilka razy dziennie			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chłopcy	NEAT	493	67,3	35	4,8	28	3,8	30	4,1	147	20,1	733	100,0
	EAT	33	56,9	0	0,0	4	6,9	1	1,7	20	34,5	58	100,0
Razem		526	66,5	35	4,4	32	4,0	31	3,9	167	21,1	791	100,0
Dziewczęta	NEAT	502	65,2	57	7,4	46	6,0	30	3,9	135	17,5	770	100,0
	EAT	93	53,1	13	7,4	19	10,9	8	4,6	42	24,0	175	100,0
Razem		595	63,0	70	7,4	65	6,9	38	4,0	177	18,7	945	100,0

Chłopcy: $\chi^2 = 10,964$, $df = 4$, $p = 0,027$; dziewczęta: $\chi^2 = 11,579$, $df = 4$, $p = 0,021$

Od 1719 adolescentów (88,9% próby wyjściowej, w tym 770 chłopców i 949 dziewcząt) zebrano informacje o braniu narkotyków oraz występowaniu objawów zaburzeń jedzenia. Uczniowie prezentujący objawy, zarówno chłopcy (31,6%) jak i dziewczęta (21,5%), częściej przyznawali się do brania narkotyków niż młodzież bez objawów zaburzeń jedzenia (chłopcy 18,7%, a dziewczęta 11,5%). Podobnie jak w przypadku palenia papierosów, związek występowania objawów zaburzeń jedzenia z braniem narkotyków u obu płci jest słaby (Spearmana współczynnik korelacji rang, $\rho < 0,15$), choć statystycznie istotny.

Tabela 6. Zaburzenia jedzenia a branie narkotyków

Płeć		Częstość brania narkotyków										Razem	
		nie biorą		kilka razy w roku		kilka razy w miesiącu		kilka razy w tygodniu		codziennie			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chłopcy	NEAT	580	81,3	68	9,5	41	5,8	17	2,4	7	1,0	713	100,0
	EAT	39	68,4	4	7,0	7	12,3	1	1,8	6	10,5	57	100,0
Razem		619	80,4	72	9,4	48	6,2	18	2,3	13	1,7	770	100,0
Dziewczęta	NEAT	683	88,5	53	6,9	30	3,9	6	0,8	0	0,0	772	100,0
	EAT	139	78,5	24	13,6	10	5,6	3	1,7	1	0,6	177	100,0
Razem		822	86,6	77	8,1	40	4,2	9	0,9	1	0,1	949	100,0

Chłopcy: $\text{Chi}^2 = 33,635$, $\text{df} = 4$, $p < 0,0005$; dziewczęta: $\text{Chi}^2 = 16,297$, $\text{df} = 4$, $p = 0,003$

Przeprowadzono również podobną analizę dla występowania związku objawów obsesyjno-kompulsyjnych z – kolejno – piciem alkoholu, paleniem papierosów i braniem narkotyków. Nie stwierdzono żadnego związku statystycznie istotnego zarówno w grupie chłopców jak i dziewcząt. Przy czym w przypadku alkoholu w grupie dziewcząt wynik testu Chi^2 jest wprawdzie statystycznie istotny, ale rozkład częstości w poszczególnych kategoriach picia alkoholu jest niesystematyczny. Analiza zależności jest trudna z uwagi na niewielką liczebność grupy.

Dyskusja

W przeprowadzonym badaniu udało się potwierdzić współwystępowanie deklarowanych objawów depresyjnych, zaburzeń jedzenia oraz objawów obsesyjno-kompulsyjnych i używania niektórych substancji psychoaktywnych w populacji dużego miasta uniwersyteckiego.

Określono, że występowanie deklarowanych objawów depresyjnych wśród chłopców oraz dziewcząt wiąże się ze zwiększonym ryzykiem picia alkoholu (odpowiednio wśród depresyjnych chłopców 74,8% versus 65,8% w grupie depresyjnych dziewcząt), paleniem papierosów (42,7% versus 46,7%) oraz używaniem narkotyków (29,0% versus 18,6%). I tak porównując grupy chłopców deklarujących objawy depresyjne i niedepresyjnych zależności te przedstawiają się następująco: w odniesieniu do alkoholu – pije 74,8% depresyjnych chłopców, podczas gdy w grupie niedepresyjnych jedynie 65,2%, natomiast wśród

dziewcząt odpowiednio: 65,9% versus 56,1%. Wszystkie związki są statystycznie istotne u obu płci. Z wcześniejszych badań wiadomo, że w tej grupie wiekowej picie alkoholu jest zjawiskiem dość powszechnym oraz że stwierdza się duży odsetek osób codziennie pijących alkohol, a więc uzależnionych [30]. Potwierdzają to również przedstawione powyżej badania. W badanej grupie jest 3,3% chłopców i 1% dziewcząt deklarujących objawy depresyjne, którzy przyznają się do codziennego picia alkoholu.

Do palenia papierosów przyznaje się 41,7% chłopców deklarujących objawy depresyjne, a w grupie niedepresyjnych tylko 32,6%. W grupie dziewcząt zależności te przedstawiają się następująco: 46,7% versus 32,1%. Są to związki statystycznie istotne u obu płci. Do codziennego palenia papierosów przyznaje się 31,3% chłopców oraz 26,3% dziewcząt deklarujących objawy depresyjne. W grupie depresyjnych chłopców 3,6% przyznaje się do codziennego brania narkotyków; zjawisko to nie jest tak powszechne w grupie dziewcząt deklarujących objawy depresyjne. Różnice te są statystycznie istotne w porównaniu z grupą młodzieży bez objawów depresyjnych.

Z przeprowadzonych po 15 latach, w populacji krakowskiej, badań uzyskano informację o związku objawów depresyjnych w grupie dziewcząt z ogólnym stanem zdrowia oraz paleniem papierosów (związki te były statystycznie istotne) [31].

Występowanie deklarowanych objawów zaburzeń jedzenia wśród chłopców i dziewcząt wiąże się z częstym picciem alkoholu (odpowiednio: 73,5% versus 61,9%) oraz paleniem papierosów (42,1% versus 46,9%), braniem narkotyków (31,6% versus 21,5%), w porównaniu z grupą młodzieży, która nie deklaruje objawów zaburzeń jedzenia. Są to zależności istotne statystycznie. Interesujące jest, że obecność objawów zaburzeń jedzenia o typie bulimicznym (subkliniczne postaci bulimii lub anoreksji o typie bulimicznym) wiąże się z codziennym paleniem papierosów zarówno u dziewcząt jak i chłopców [32]. Są to wyniki podobne do rezultatów badań Piran i Robinson [11] w Kanadzie; zostały również potwierdzone w obszernym przeglądzie 51 badań, przeprowadzonych w ciągu 15 lat, nad współwystępowaniem zaburzeń jedzenia z używaniem substancji psychoaktywnych, dokonany przez Holderness i wsp. [10].

Wnioski

1. Stwierdzono współwystępowanie deklarowanych objawów depresyjnych, zaburzeń jedzenia, objawów obsesyjno-kompulsyjnych z używaniem substancji psychoaktywnych.
2. Obecność deklarowanych objawów depresyjnych zwiększa ryzyko używania środków psychoaktywnych, zwłaszcza alkoholu oraz tytoniu, w mniejszym stopniu narkotyków, zarówno u chłopców jak i u dziewcząt.
3. Obecność deklarowanych objawów zaburzeń jedzenia zwiększa ryzyko palenia papierosów i używania narkotyków, w grupie chłopców i dziewcząt.

Сосуществование депрессивных симптомов нарушений питания и компульсивно-обсессивных при приеме психоактивных субстанций среди 17-летней молодежи больших городов

Содержание

Задание. Определение положения появления депрессивных симптомов, нарушения питания и обсессивно-компульсивных проявлений среди подростков краковских школ. Существует ли связь между этими состояниями и приемом психоактивных средств.

Метод. Обследована репрезентативная проба популяции учеников краковских средних школ. Методом двухступенной выборки выделена группа 2034 учащихся II классов всех типов средних школ, т.е. лицей, техникумы, профессиональных училищ (17-летние ученики). Все учащиеся были обследованы следующими глоссариями: шкала депрессии Бекка, шкала нарушений питания ЕАТ-26, шкала обсессивно-компульсивных нарушений Лейтона и авторским глоссарием применения субстанций.

Результаты. Появление депрессивных симптомов среди мальчиков и девочек связывается с увеличенным риском приема алкоголя (соответственно среди депрессивных мальчиков 74, % и 65,8% среди девочек, курения табака среди 42,7% мальчиков и 46,7% девочек, приема наркотиков 29,0% мальчиков и 18,6% девочек. Все связи статистически значимы для обоих полов. Курение табака отмечено у 41,7% мальчиков с симптомами депрессии, а в группе мальчиков без симптомов депрессии отмечено только 32,6% курящих. Среди девочек эти зависимости представляются следующим образом: 46,7% и 32,1%.

Все связи статистически значимы для обоих полов. Появление симптомов нарушений питания среди мальчиков и девочек связываются с большим риском употребления алкоголя (соответственно 73,5% и 61,9%) курение табака – 42,1% у мальчиков и 46,9% среди девочек, приема наркотиков отмечено у 31,6% мальчиков и в 21,5% среди девочек. В сравнение с группой молодежи без наличия нарушений питания эти зависимости статистически значимы.

Выводы. Отмечено сосуществование депрессивных симптомов, нарушений питания у обсессивно-компульсивных проявлений с применением психоактивных субстанций. Присутствие депрессивных симптомов увеличивает риск приема психоактивных препаратов, особенно алкоголя и табака, но в меньшей степени наркотиков как у мальчиков, так и у девочек. Присутствие симптомов нарушений питания увеличивает риск курения табака и приема наркотиков в обеих группах обследованных, т.е. у мальчиков и у девочек.

Verbreitung der psychischen Störungen und Gebrauch der psychotropen Substanzen bei 17-jährigen Jugendlichen einer Großstadt

Zusammenfassung

Ziel. Bestimmung, wie weit die psychischen Störungen (depressive Störungen, Angststörungen, Essstörungen) und der Missbrauch von psychotropen Substanzen bei den Jugendlichen der Krakauer Oberschulen in später Adoleszenzphase verbreitet sind.

Methode. Es wurde eine repräsentative Populationsprobe untersucht – Schüler der Krakauer Oberschulen. Mit Hilfe eines zweistufigen Ziehungsverfahrens wurde die Gruppe von 1933 Schülern der 2. Klasse aller Typen der Oberschulen gewählt: allgemeinbildende Oberschulen, Techniken, Berufsschulen (17-Jährige). Sie wurden mit folgenden Screening - Fragebögen untersucht: Beck – Depression - Inventar, Skala zur Erfassung von Essstörungen EAT-26, Skala zur Erfassung der obsessiv – kompulsiven Störungen (Leyton) und einem autorisierten Fragebogen zur Erfassung von Genussmitteln.

Ergebnisse. Die Mädchen deklarierten zweimal häufiger die Symptome der psychischen Störungen als die Jungen (41,2% vs. 22,7%). Die Mädchen nannten am häufigsten solche Störungen: Depressionssymptome (33,6%), Essstörungen (18,7%), Symptome der obsessiv – kompulsiven Störungen (5,4%). Unter den Jungen waren es: Depressionssymptome (22,7%), Symptome der Essstörungen (7,3%), und obsessiv – kompulsive Symptome (3,4%). Es wurden die Angaben zur Verbreitung von Genussmitteln in der Gruppe der Jungen und Mädchen gesammelt (73% vs. 68%), hauptsächlich Alkohol, Alkohol und Zigaretten, Alkohol, Zigaretten und Drogen.

Schlussfolgerungen. Die Verbreitung der psychischen Störungen in der Population der 17-Jährigen ist signifikant, sie betrifft insbesondere die Depressionssymptome und Symptome der Essstörungen. Es wurde eine wesentliche Verbreitung des Missbrauchs von psychotropen Substanzen in dieser Altersgruppe festgestellt, hauptsächlich Alkohol und Substanzen vom Mischtyp: Alkohol, Zigaretten und Alkohol, Zigaretten und Drogen.

La comorbidité des symptômes : dépressifs, compulsifs-obsessifs, des troubles des conduites alimentaires et d'usage des substances psychoactives chez les adolescents de 17 ans vivant dans la grande ville

Résumé

Objectif. Déterminer si les symptômes : dépressifs, compulsifs-obsessifs, troubles des conduites alimentaires corrélent avec le plus grand risque de l'usage des substances psychoactives par les adolescents des écoles secondaires de Cracovie.

Méthode. On examine le groupe représentatif des élèves des écoles secondaires de Cracovie. On tire deux fois au sort le groupe de 2034 élèves de tous les types d'écoles : lycées, collèges, lycées professionnels (ayant 17 ans). Ils sont examinés avec les testes suivants : Beck Depression Scale, EAT-26 eating disorder scale, Obsessive-compulsive disorder (Leyton) scale, questionnaire de l'auteur concernant les drogues.

Résultats. Les symptômes dépressifs chez les filles et chez les garçons se lient avec : plus grand risque de l'abus de l'alcool (74,8 % des garçons, 65,8% des filles), cigarettes (42,7% versus 46,7%, drogues (29,0% versus 18,6%). Toutes ces corrélations sont valables statistiquement chez les élèves de deux sexes. 41,7% des garçons dépressifs fument les cigarettes (et seulement 32,6% des garçons sans les symptômes dépressifs). Dans le groupe de filles respectivement 46,7% versus 32,1%. Les troubles du comportement alimentaire corrélent aussi avec plus grand risque de l'abus de l'alcool (respectivement 73,5% versus 61,9%), cigarettes (42,1% versus 46,9%), drogues (31,6% versus 21,5%). Toutes ces corrélations sont valables statistiquement en comparaison avec le groupe sans ces troubles.

Conclusions. On note les corrélations des symptômes dépressifs, obsessifs- compulsifs et des troubles des conduites alimentaires et de l'usage des substances psychoactives. La présence des symptômes dépressifs augmente le risque de l'usage des substances psychoactives (surtout du tabac et de l'alcool) chez les filles et chez les garçons. La présence des symptômes des troubles des conduites alimentaires augmente le risque de fumer les cigarettes et de prendre les drogues par les filles et par les garçons.

Piśmiennictwo

1. Caron C, Rutter M. *Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies*. J. Child Psychol. Psychiatry 1991; 32: 1063–1080.
2. Wittchen H-U. *Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders*. Brit. J. Psychiatry 1996; 168: 9–16.
3. Wittchen H-U. *What is comorbidity – fact or artifact?* Brit. J. Psychiatry 1996; 168: 7–8.
4. Van Praag HM. *Comorbidity (psycho)analyzed*. Brit. J. Psychiatry 1996; 168, suppl. 30: 129–134.
5. Cloninger CR i in. *The empirical structure of psychiatric comorbidity and theoretical significance*. W: Maser JD, Cloninger CR, red. *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington D.C.: APP; 1990, s. 83–112.
6. Wittchen H-U. *Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders*. Brit. J. Psychiatry 1996; 168, suppl. 30: 9–16.
7. Żechowski C. *Współwystępowanie zaburzeń psychicznych*. Wiad. Psychiatr. 2004; 7: 139–145.
8. Armstrong TD, Costello EJ. *Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity*. Consult. Clin. Psychol. 2002; 70: 1224–1239.
9. Kandel DB, Johnson JG, Bird HR, Canino G, Goodman SH, Lahey BB, Regier DA, Schwab-Stone M. *Psychiatric disorders associated with substance use among children and adolescents:*

- Findings from the methods for the epidemiology of child and adolescent mental disorders (MECA) study.* J. Abnorm. Child Psychol. 1997; 25: 121–132.
10. Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP. *Comorbidity of eating disorders and substance abuse. Review of the literature.* Int. J. Eating Disord. 1994; 16: 1–34.
 11. Piran N, Robinson SR. *Associations between disordered eating behaviors and licit and illicit substance use and abuse in a university sample.* Addict. Behav. 2006; 31: 1761–1775.
 12. Ross HE, Ivis F. *Binge eating and substance use among male and female adolescents.* Int. J. Eating Disord. 1999; 26: 245–260.
 13. Striegel-Moore RH, Huydic ES. *Problem drinking and symptoms of disordered eating in female high school students.* Int. J. Eating Disord. 1993; 14: 417–425.
 14. Mancebo MC, Garcia AM, Pinto A, Freeman JB, Przeworski A, Stout R, Kane JS, Essen JL, Rasmussen SA. *Juvenile-onset OCD: clinical features in children, adolescents and adults.* Acta Psychiatr. Scand. 2008; 118: 149–159.
 15. Hanna GL. *Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents.* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995; 34: 19–27.
 16. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases.* Arch. Gen. Psychiatry 1989; 46: 335–341.
 17. Delgado PL, Moreno FA. *Different roles for serotonin in anti-obsessional drug action and the pathophysiology of obsessive-compulsive disorder.* Brit. J. Psychiatry 1998 (supl.); 35: 21–25.
 18. Crum RM, Anthony JC. *Cocaine use and other suspected risk factors for obsessive-compulsive disorder: a prospective study with data from the Epidemiologic Catchment Area surveys.* Drug Alcohol Depend. 1993; 31: 281–295.
 19. Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych.* Warszawa: PWN; 1997, s. 231–246.
 20. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression.* Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
 21. Puzyński S, Wciórka J. *Diagnostyka psychiatryczna.* W: Bilikiewicz A. red. *Psychiatria.* Wrocław: Urban i Partner; 2002, s. 453–526.
 22. Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CL, Ingram RE. *Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory.* Cogn. Ther. Res. 1987; 11: 289–299.
 23. Gorenstein C, Andrade L, Vieira Filho AHG, Tung TC, Artes R. *Psychometric properties of the Portuguese version of the Beck Depression Inventory on Brazilia college students.* J. Clin. Psychol. 1999; 55: 553–562.
 24. Olsson G, von Knorring A-L. *Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences.* Acta Psychiatr. Scand. 1997; 95: 277–282.
 25. Włodarczyk-Bisaga K, Dolan B. *A two-stage epidemiological study of abnormal eating attitudes and their prospective risk factors in Polish schoolgirls.* Psychol. Med. 1996; 26: 1021–1032.
 26. Włodarczyk-Bisaga K. *Ocena własności psychometrycznych EAT-26 dla populacji dziewcząt nastoletnich.* W: *Zaburzone postawy i zachowania wobec odżywiania się.* Nieopublikowana rozprawa doktorska. IPiN Warszawa 1992.
 27. Bryńska A, Wolańczyk T. *Metody oceny zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego u dzieci i młodzieży – część I. Polska wersja kwestionariusza The Leyton Obsessional Inventory – Child Version. Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży.* Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000, s. 65–71.
 28. Bryńska A. *Badania epidemiologiczne, obraz kliniczny i metody oceny zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego u dzieci i młodzieży.* Praca doktorska. Warszawski Uniwersytet Medyczny Warszawa 1999.
 29. Berg CJ, Rapoport JL, Flament MF. *The Leyton Obsessional Inventory-Child Version.* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1986; 141: 363–369.

30. Modrzejewska R. *Depresyjny przebieg dorastania jako czynnik ryzyka powstawania zaburzeń psychicznych, uzależnień i patologii społecznej*. Streszczenia prac XL Zjazdu Naukowego Psychiatrów Polskich. Psychiatr. Pol. 2003; 1: 57.
31. Bomba J, Modrzejewska R, Pilecki M. *Depresyjny przebieg dorastania jako czynnik ryzyka powstawania zaburzeń psychicznych – piętnastoletnie badania prospektywne*. Psychiatr. Pol. 2003; 1: 57–69.
32. Pilecki M. *Zasadność stosowania zmiennej zaburzeń odżywiania się w badaniach naukowych – analiza wyników badań psychometrycznych*. Psychiatria i psychologia kliniczna. Suplement 1/2008, 53. *Od genów do rodzicielstwa, od rodziny do instytucji*. XXIII Ogólnopolska Konferencja Psychiatrów Dzieci i Młodzieży. Warszawa, 28–30.03.2008.

Adres: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 4.03.2010
Zrecenzowano: 12.04.2010
Otrzymano po poprawie: 17.05.2010
Przyjęto do druku: 12.07.2010

PSYCHOTERAPIA

NR 3 (154) 2010

Index Copernicus 3,96
Liczba punktów MNiSW — 6

SPIS TREŚCI

Jacek Bomba

Superwizja psychoterapii z perspektywy psychodynamicznej

Barbara Józefik

Superwizja — perspektywa systemowa

Jerzy W. Aleksandrowicz

Superwizja w kształceniu psychiatrów

Kazimierz Bierzyński, Jacek Bomba

Program szkolenia superwizorów połączonego z oceną ich kompetencji

Jacek Bomba

Badania nad efektywnością psychoterapii w leczeniu zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży

Przemysław Marcinek, Andrzej Peda

Leczenie sprawców przestępstw seksualnych — kompleksowy program terapii

Hugh Fox

Dobry obywatel: zastosowanie terapii narracyjnej w kontekście traumy

Komunikaty

Kodeks etyczny psychoterapeuty

KRAKÓW — JESIEŃ 2010