

Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych i używania substancji psychoaktywnych w populacji 17-letniej młodzieży wielkomejskiej

Prevalence of mental disorders and psychoactive substance use in metropolitan 17-year old youth population

Renata Modrzejewska, Jacek Bomba

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

Summary

Aim. To determine the extent to which mental disorders (depressive disorders, anxiety disorders, eating disorders) and psychoactive substance use are prevalent among Krakow secondary school adolescents in the late adolescent phase.

Method. A representative sample of the population of Krakow secondary school pupils was tested. Two-stage draw method identified a group of 1933 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. Girls declared symptoms of mental disorders twice as often as boys (41.2% vs. 22.7%). Among girls, the most common disorders were: depressive symptoms (33.6%), eating disorder symptoms (18.7%) and obsessive-compulsive disorders (5.4%). And in the boys group: depressive symptoms (22.7%), eating disorder (7.3%) and obsessive-compulsive symptoms (3.4%). Findings were obtained concerning the prevalence of substance use in the boys and girls group (73% vs. 68%), mainly alcohol, as well as alcohol and cigarettes and alcohol, cigarettes and drugs.

Conclusions. The prevalence of mental disorders in the population of 17-year-olds is significant; it concerns especially depressive symptoms and eating disorder symptoms. A significant prevalence of psychoactive substance use was found in this age group, mainly alcohol and mixed type substance use: alcohol and cigarettes and alcohol, cigarettes and drugs

Słowa kluczowe: rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, objawy depresyjne, zaburzenia jedzenia, objawy obsesyjno-kompulsyjne, używanie substancji psychoaktywnych, badania epidemiologiczne

Key words: prevalence of mental disorders, depressive symptoms, eating disorder symptoms, obsessive-compulsive symptoms, symptoms of psychoactive substance use, epidemiological studies

W pierwszym badaniu przeprowadzonym na Isle of Wight częstość występowania różnych zaburzeń psychicznych określono na 7%, co wydaje się niskim wskaźnikiem. W większości kolejnych badań stwierdzano, że zaburzenia psychiczne występują u 10–15% dzieci, a w niektórych pracach odsetek ten szacowano aż na 50%. Te alarmujące wskaźniki są prawdopodobnie zbyt wysokie i odzwierciedlają nieadekwatność kryteriów DSM-III i DSM-III-R. Do czasu wprowadzenia ostatniego wydania kryteria DSM były spełnione, jeśli dziecko prezentowało określony „zestaw” objawów, niezależnie od tego, czy te objawy miały istotny wpływ na funkcjonowanie (w znaczeniu upośledzenia funkcjonowania społecznego, dyskomfortu psychicznego lub zakłócenia innych obszarów). Dlatego też wiele dzieci, które spełniały kryteria DSM-III i DSM-III-R pod względem listy objawów, nie wymagało leczenia, a obraz ich zaburzeń nie odpowiadał temu, co lekarze określali jako „przypadek kliniczny”. Tak więc często dzieci, określane w badaniach epidemiologicznych opartych na DSM-III i DSM-III-R jako zaburzone psychicznie, nie były w żadnym sensie „prawdziwymi przypadkami chorobowymi”. Ponieważ obecnie klasyfikacje DSM-IV i ICD-10 oprócz kryteriów objawowych wprowadziły kryterium wpływu na funkcjonowanie, więc w przyszłości wskaźniki częstości występowania zaburzeń psychicznych u dzieci mogą spaść do realnych wartości (pod warunkiem, że uda się rozwiązać problemy związane z rzetelnym i trafnym określeniem wpływu objawów na funkcjonowanie) [1].

Badania nad rozpowszechnieniem zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży są nieliczne, a ich wyniki – bardzo odmienne.

Angold (1988) [2], robiąc zestawienie wyników badań epidemiologicznych dotyczących depresji okresu rozwojowego, wskazał na dwie główne przyczyny ich dużej rozbieżności. Po pierwsze, istotne jest podejście terapeutyczne, które implikuje wybór narzędzia badawczego, po drugie – źródło informacji, z którego korzystali badacze.

Przegląd wczesnych badań pozwala określić rozpowszechnienie objawów depresyjnych wśród adolescentów na poziomie mniejszym niż 1% do 6% [3]. Ostatnio przeprowadzone badania potwierdzają te wskaźniki: od 1% w badaniach Simonoff i wsp. w 1997 roku [4] poprzez 3% w badaniach Cohena i wsp. (1993) [5] oraz Lewinsohna i wsp. (1998) [6] do 6% w badaniach Olsson i von Knorring w 1999 roku [7] dla dużej depresji połączonej z upośledzeniem funkcjonowania. Jeżeli weźmie się pod uwagę wszystkie rodzaje zaburzeń depresyjnych, wówczas wskaźniki rozpowszechnienia są wyższe: 10% w badaniach Angolda i wsp. (1998) [8] i w przedziale 10%–20% w badaniach Lewinsohna i wsp. (1998) [6], Oldehinkel i wsp. (1999) [9] oraz Olsson i von Knorring (1999) [7].

W Polsce pierwsze badania nad rozpowszechnieniem depresji wśród dzieci i młodzieży prowadzone były w Krakowie od roku 1982 przez Bombę i współpracowników w latach 1984, 1985, 1986, 1988. Wyniki badań epidemiologicznych reprezentatywnej, nie leczonej populacji dzieci i młodzieży od 5 do 17 lat pozwoliły na ustalenie wskaźników rozpowszechnienia depresji: w grupie 5-latków 6,66%, w grupie 10-latków 11,34%, wśród 13-latków 28,15% oraz wśród 17-latków 19,35%. W podsumowaniu badań autorzy zwracają uwagę na możliwość błędnej oceny rozpowszechnienia depresji w grupie 17-latków wynikającej z nieobjęcia badaniami młodzieży, która się nie uczy [10].

Drugim dużym badaniem epidemiologicznym przeprowadzonym wśród nie leczonej populacji 13-latków jest badanie Witkowskiej-Ulatowskiej w 1995 roku [11]. Badanie przesiewowe reprezentatywnej populacji uczniów szkół warszawskich za pomocą Krakowskiego Inwentarza Depresyjnego wg Bomby dotyczyło 1689 osób. Zaburzenia psychiczne o obrazie zespołu depresyjnego stwierdzono u 326 uczniów (19,3%) [patrz też: 12].

Uważa się, że anoreksja występuje u 0,5% do 1% dziewcząt w okresie adolescencji. Zdarza się ona 20 do 40 razy częściej w grupie dziewcząt niż chłopców. Natomiast rozpowszechnienie jej wśród młodych kobiet, które nie spełniają wszystkich kryteriów diagnostycznych, określa się na blisko 5%. Rozpowszechnienie bulimii ocenia się na 1–3% wśród młodych kobiet – występuje ona w tej grupie około 10 razy częściej niż anoreksja. Izolowane epizody napadów jedzenia oraz przeczyszczenia zdarzają się u 40% studentek college'ów [13]. W badaniach epidemiologicznych rozpowszechnienie anoreksji oceniono na 0,1% do 1% w zależności od wieku badanych, wybranych metod przesiewowych oraz kryteriów diagnostycznych. Badania za pomocą kwestionariuszy wykazały występowanie bulimii u 1% do 3% populacji ogólnej. I tak w badaniu przeprowadzonym wśród włoskich adolescentów anoreksja występowała u 0,2%, a bulimia u 2,3%. Ponadto 3,8% badanych prezentowało częściowe objawy, a 10,7% postać subkliniczną zaburzeń jedzenia [14].

W Szwajcarii przeprowadzono badanie w grupie 14–17-letnich adolescentek i ustalono występowanie anoreksji na poziomie 0,7%, a bulimii 0,5% [15].

Ostatnio prowadzone badania w Hiszpanii potwierdziły określone wcześniej wskaźniki. I tak Morande i wsp. [16] ustalili występowanie anoreksji w grupie dziewcząt w Madrycie na poziomie 0,7% a bulimii na poziomie 1,2%. Perez-Gaspar i wsp., przeprowadzając badania w rejonie Nawarry wśród dziewcząt w wieku 12–21 lat, ocenili, że wskaźniki dla anoreksji wynoszą 0,3%, a dla bulimii – 0,8%. Natomiast w Saragossie wynosiły one dla anoreksji 0,14%, dla bulimii 0,55%, a dla innych zaburzeń jedzenia 3,83% [za: 17].

W 1988 Berg i wsp. [18] przeprowadzili dwuetapowe badania uczniów amerykańskich szkół średnich, mające określić rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania się, depresyjnych oraz obsesyjno-kompulsyjnych. W pierwszym etapie badania jako narzędzie przesiewowe został użyty m.in. kwestionariusz The Leyton Obsessional Inventory – Child Version (LOI-CV) [19] w wersji przystosowanej do badań epidemiologicznych. Weryfikacja rozpoznania została przeprowadzona w drugim etapie przez Flamenta i wsp. [20]. Ostatecznie 0,35% populacji badanej spełniało kryteria diagnostyczne dla zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych wg DSM III-R. Esser i wsp. [21] w 1990 r. przebadali grupę niemieckich dzieci w wieku 8 lat i stwierdzili u 4,6% umiarkowane nasilenie cech bądź objawów obsesyjno-kompulsyjnych, a u 2,8% bogatą symptomatologię lub ciężki przebieg tego schorzenia. W rozpoznaniu tego zaburzenia nie uwzględniono kryteriów diagnostycznych wg DSM III-R. W 1993 roku Thomsen [22], używając kwestionariusza LOI-CV, wykazał istnienie subklinicznej lub klinicznej postaci zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego u 4% duńskich adolescentów [22]. Wyniki nie zostały jednak zweryfikowane klinicznie. Badania Zohara i wsp. [23], przeprowadzone w 1992 roku w populacji 16- i 17-letniej młodzieży izraelskiej

przyjmowanej do służby wojskowej, wykazały, że częstość tego zaburzenia w tej grupie wynosiła 3,6%. Jednocześnie 1,25% badanych podawało, że występujące objawy obsesyjno-kompulsyjne nie wpływają negatywnie na ich prawidłowe funkcjonowanie. W badaniach Aptera i wsp. [24] z 1996 roku, ukierunkowanych na określenie nasilenia objawów wśród osób chorujących – przeprowadzonych ponownie w populacji młodzieży wstępującej do służby wojskowej – uzyskano podobne wartości (2,3% badanych z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi, 3,9% z subkliniczną postacią tego zaburzenia).

Grupa badaczy amerykańskich, pod kierownictwem Valleni-Basile [25, 26], w dwuetapowej pracy, której zasadniczym celem było określenie częstości występowania depresji w populacji adolescentów, otrzymała inne wyniki, a mianowicie rozpowszechnienie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych w tej grupie wynosiło 3%, a subkliniczna postać tego schorzenia aż 19%. Warto podkreślić, że w tym badaniu podjęto też próbę oceny współwystępowania obu tych zaburzeń.

W badaniach Douglass i wsp. z 1995 roku [27], analizując dokumentację zdrowotną dzieci w Nowej Zelandii od momentu narodzin do 18 roku życia, określono rozpowszechnienie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych na 4%, a większość przypadków spełniała kryteria współchorobowości (comorbid disorder) – w 62% była to depresja, w 38% fobia społeczna i uzależnienie od substancji (alkohol 24%, marihuana 19%).

W badaniu populacji uczniów VII i VIII klas szkół podstawowych na terenie gminy Warszawa Ursynów przeprowadzonym przez Bryńską w 1999 roku [28] zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne jest schorzeniem występującym u przynajmniej 0,38% osób [patrz też: 29]. Najprawdopodobniej jednak wartość rozpowszechnienia określona w tych badaniu jest zaniżona.

Cel

Celem badań było określenie, w jakim stopniu rozpowszechnione są zaburzenia psychiczne (zaburzenia depresyjne, lękowe, zaburzenia jedzenia) oraz używanie substancji psychoaktywnych wśród dorastającej młodzieży krakowskich szkół średnich.

Material

Wielkość badanej populacji uczniów klas II szkół średnich, uczących się w trybie dziennym, wynosiła 16 598 osób. Przy losowaniu szacowano częstość badanego 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 interesujących nas 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) [30].

Losowaniem objęto wszystkie dzienne szkoły średnie. W przypadku szkół średnich 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 zweryfikowano 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 w Krakowie – 55% dziewcząt i 45% chłopców.

Przeprowadzono analizę nieobecności uczniów w zależności od typu szkoły i klasy. Odsetek nieobecnych uczniów był podobny we wszystkich typach szkół. Nie stwierdzono istotnych różnic w odsetku osób nieobecnych podczas badania w zależności od płci.

Metoda

Uczniowie zostali przebadani za pomocą następujących kwestionariuszy screeningowych: skali depresji Becka, skali zaburzeń jedzenia EAT-26, kwestionariusza zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (Leytona) oraz autorskiego kwestionariusza używek. Badanie przeprowadzono anonimowo, podając wszystkie kwestionariusze spięte razem w jednym zeszytcie. Wyłączone zostały ankiety, w których nie udzielono odpowiedzi na więcej niż 20% pytań.

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 leków przeciwdepresyjnych. Wypełnia ją badany (skala samooceny), dokonując wyboru jednego z czterech zdań twierdzących, opisujących samopoczucie [31, 32]. Kryterium zaliczenia do grupy jest uzyskanie więcej niż 15 punktów, zgodnie z rekomendacją Kendalla dla badań prowadzonych w populacji nie leczonej [33, 34, 35]. Wskaźnik α Cronbacha wynosi 0,87 [36]. Swoistość testu wynosi 73% – jest wyższa u dziewcząt niż u chłopców [7, 37].

EAT-26 jest skalą pochodzącą z roku 1982. Została utworzona przez D. Garnera i P. Garfinkela. Jest to 26-itemowa wersja skali przeznaczona do oceny postaw i zachowań wobec odżywiania się, stosowana zarówno do badania osób z rozpoznaniem klinicznym, jak i w badaniach przesiewowych. Autorem polskiej standaryzacji narzędzia jest K. Włodarczyk-Bisaga. Kryterium zaliczenia do badanej grupy jest uzyskanie 20 punktów i więcej. Rzetelność α Cronbacha dla całości skali wynosi 0,84 [38, 39].

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 [28, 29]. Wyniki uzyskane w LOI-CV zostały opisane przez Berga i wsp. [19], którzy zwracają uwagę na to, że kwestionariusz jest przydatny przede wszystkim do stosowania w dużych populacjach 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 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”. Rzetelność α Cronbacha dla całości skali wynosi 0,81 [40].

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

Metoda statystyczna zastosowana do analizy danych: test χ^2 dla tabel wielopolo-
lowych.

Grupa badana

Wśród uczniów II klas wszystkich typów szkół średnich rozprawdzono 1933 egzemplarze anonimowych ankiet. Po odrzuceniu ankiet, na których badani nie zaznaczyli płci (42 osoby, tj. 2,2%), w dalszej analizie statystycznej uwzględniono następującą liczbą kwestionariuszy: skala Becka – 1798 ankiet (93,0%), skala EAT-26 – 1793 (92,8%), kwestionariusz 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 w przybliżeniu proporcjom płci w populacji siedemnastolatków – 55% dziewcząt i 45% chłopców.

Tabela 1. Próba populacyjna i liczba zebranych informacji

Rodzaj kwestionariusza	Liczebność próby wyjściowa	Liczba zwróconych wypełnionych arkuszy	%
skala Becka	1933	1798	93,0
skala EAT-26	1933	1793	92,8
kwestionariusz Leytona	1933	1738	89,9
ankieta dotycząca używek	1933	1869	96,7

Zebrano 1933 ankiety z danymi dotyczącymi występowania objawów depresyjnych, objawów obsesyjno-kompulsyjnych oraz zaburzeń jedzenia. Ze względu na niekompletność danych z dalszej analizy wyłączono 292 ankiety (15,1%).

W analizowanej grupie wyżej wymienione objawy prezentowało 22,7% chłopców i 41,2% dziewcząt. Różnica ta jest statystycznie istotna i wynosi $\chi^2 = 63,33$, $df = 1$, $p < 0,0005$. W grupie młodzieży prezentującej objawy w rozkładzie procentowym występowania jednego rodzaju objawów i współwystępowania objawów depresyjnych, zaburzeń jedzenia i obsesyjno-kompulsyjnych stwierdzono różnicę między dziewczętami a chłopcami na granicy istotności statystycznej ($\chi^2 = 12,29$, $df = 6$, $p = 0,056$).

Tabela 2. **Rozpowszechnienie objawów w badanej populacji**

Płeć	Bez objawów		Prezentują objawy		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Chłopcy	575	77,3	169	22,7	744	100,0
Dziewczęta	527	58,8	370	41,2	897	100,0
Ogółem	1102	67,2	539	32,8	1641	100,0

Rozpowszechnienie objawów depresyjnych ocenianych na podstawie skali Becka w grupie 17-letnich dziewcząt było statystycznie istotnie większe niż w grupie chłopców ($\chi^2 = 54,16$, $df = 1$, $p < 0,0005$) i w badanej próbie wynosiło odpowiednio dla dziewcząt 33,6%, a dla chłopców 18,2%.

Rozpowszechnienie objawów zaburzeń jedzenia badanych za pomocą skali EAT-26 w grupie 17-letnich dziewcząt wynosiło 18,7%, a wśród chłopców 7,3% (różnica statystycznie istotna: $\chi^2 = 49,61$, $df = 1$, $p < 0,0005$).

Rozpowszechnienie objawów obsesyjno-kompulsyjnych ocenianych na podstawie kwestionariusza Leytona w tej samej grupie wynosiło: wśród dziewcząt 5,4%, natomiast wśród chłopców 3,4% (różnica na granicy istotności statystycznej: $\chi^2 = 1,11$, $df = 1$, $p = 0,052$).

Tabela 3. **Populacja 17-latków – rozpowszechnienie objawów depresyjnych, zaburzeń jedzenia i obsesyjno-kompulsyjnych**

Płeć	Skala Becka				Skala EAT-26				Kwestionariusz Leytona			
	Depresyjni		Niedepresyjni		Objawy występują		Objawy nie występują		Objawy występują		Objawy nie występują	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chłopcy	146	18,2	658	81,8	59	7,3	754	92,7	27	3,4	761	96,6
Dziewczęta	334	33,6	660	66,4	183	18,7	797	81,3	51	5,4	899	94,6
Razem	480	26,7	1318	73,3	242	13,5	1551	86,5	78	4,5	1660	95,5

Zebrano kompletne dane dotyczące picia alkoholu od 1674 uczniów (86,6%), palenia papierosów od 1832 uczniów (94,8%) oraz używania narkotyków od 1809 uczniów (93,6%). W całej badanej grupie 62,8% uczniów deklaroowało picie alkoholu, 35,5% – palenie papierosów i 16,2% – używanie narkotyków. Statystycznie istotne różnice między chłopcami a dziewczętami zaznaczyły się w spożywaniu alkoholu (67,3% chłopców versus 59,3% dziewcząt, $\chi^2 = 11,31$, $df = 1$, $p = 0,001$) oraz w używaniu narkotyków (20,0% chłopców versus 13,2% dziewcząt, $\chi^2 = 14,95$, $df = 1$, $p < 0,0005$). Natomiast palenie papierosów deklaroowało 34,2% chłopców i 36,6% dziewcząt (różnica statystycznie nieistotna).

Tabela 4. **Populacja 17-latków – rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych**

Płeć	Ankieta przyjmowania leków i używek – alkohol				Ankieta przyjmowania leków i używek – papierosy				Ankieta przyjmowania leków i używek – narkotyki			
	piją		nie piją		pałą		nie pałą		przyjmują		nie przyjmują	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chłopcy	497	67,3	242	32,7	281	34,2	540	65,8	159	20,0	637	80,0
Dziewczęta	554	59,3	381	40,7	370	36,6	641	63,4	134	13,2	879	86,8
Razem	1051	62,8	623	37,2	651	35,5	1181	64,5	293	16,2	1516	83,8

W dalszej analizie uwzględniono tych badanych, którzy odpowiedzieli na pytanie o częstość stosowania używek. Ogółem było to 1743 uczniów (90,2% zwróconych ankiet), w tym 777 chłopców (44,6%) i 966 dziewczynek (55,4%). Sięganie po używki deklarowało 569 chłopców, co stanowiło 73,2% badanej grupy chłopców, oraz 656 dziewcząt, co stanowiło 67,9% badanej grupy dziewcząt. Różnica między chłopcami a dziewczętami jest statystycznie istotna ($\chi^2 = 5,838$ $df = 1$ $p = 0,016$).

Tabela 5. **Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych**

Płeć	Nie stosują używek		Stosują używki		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Chłopcy	208	26,8	569	73,2	777	100,0
Dziewczęta	310	32,1	656	67,9	966	100,0

$\chi^2 = 5,838$ $df = 1$ $p = 0,016$

W dalszej analizie uwzględniono ankietę, w których badani odpowiedzieli twierdząco na jedno z trzech pytań dotyczących stosowania używek (picie alkoholu, palenie papierosów, używanie narkotyków). Ogółem było to 1058 uczniów. Dziewczęta stanowiły 54,2%, a chłopcy 45,8% omawianej grupy, co odpowiada rozkładowi procentowemu płci w grupie młodzieży, która odpowiadała na pytanie o stosowanie używek. Największą grupę wśród młodzieży sięgającej po używki stanowili uczniowie wyłącznie pijący alkohol (wśród chłopców 45,9%, wśród dziewcząt 41,5%). Następną grupę co do liczności stanowi młodzież pijąca alkohol i paląca papierosy (23,6% chłopców i 32,1% dziewcząt). Trzecią co do liczności grupę stanowią uczniowie pijący alkohol, palący i biorący narkotyki (18,0% chłopców i 13,9% dziewcząt). Pozostałe grupy są wyraźnie mniej liczne i ich analiza z tego względu wydaje się niecelowa. Rozkład liczności w poszczególnych podgrupach jest statystycznie istotnie różny dla obu płci ($\chi^2 = 28,705$, $df = 6$, $p < 0,0005$).

Tabela 6. Struktura przyjmowania substancji psychoaktywnych

Płeć	Stosowane używki (A – alkohol, P – papierosy, N – narkotyki)														Ogółem	
	A		A+P		A+P+N		A+N		P		P+N		N			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chłopcy	222	45,9	114	23,6	87	18,0	38	7,9	10	2,1	9	1,9	4	0,8	484	100,0
Dziewczęta	238	41,5	184	32,1	80	13,9	21	3,7	34	5,9	10	1,7	7	1,2	574	100,0

$$\text{Chi}^2 = 28,705 \quad \text{df} = 6 \quad \text{p} = 0,0005$$

Dyskusja

W przeprowadzonym badaniu udało się określić wskaźniki rozpowszechnienia niektórych deklarowanych objawów zaburzeń psychicznych występujących w grupie młodzieży w późnej fazie adolescencji. Dwukrotnie częściej uwzględnione w badaniu zaburzenia psychiczne zgłaszały dziewczęta (41,2%) niż chłopcy (22,7%). Zgodnie z oczekiwaniami najczęstszymi zaburzeniami w grupie dziewcząt, które ustalono za pomocą metod screeningowych, są objawy depresyjne (33,6%), objawy zaburzeń jedzenia (18,7%) i objawy obsesyjno-kompulsyjne (5,4%). W grupie chłopców uzyskano następujące wskaźniki: dla objawów depresyjnych 22,7%, objawów zaburzeń jedzenia 7,3% oraz objawów obsesyjno-kompulsyjnych 3,4%. Różnice między dziewczętami a chłopcami w strukturze zaburzeń najwyraźniej zaznaczają się w przypadku deklarowanych zaburzeń jedzenia (relatywna częstość 2-krotnie większa u dziewcząt) oraz izolowanych objawów depresyjnych (o około 10% częściej w grupie dziewcząt). Wskaźniki rozpowszechnienia objawów depresyjnych w grupie dziewcząt i chłopców, określone na podstawie skali Becka, pokrywają się z wynikami otrzymanymi za pomocą Krakowskiego Inwentarza Depresyjnego w wersji IO, „C1” w 2001 roku. W grupie dziewcząt wskaźnik ten wynosił 34,9%, a w grupie chłopców 19,1% [41]. Są one zbliżone do wskaźników określonych w badaniach epidemiologicznych obejmujących wszystkie rodzaje zaburzeń depresyjnych [6, 9, 7].

Uzyskane metodą screeningową wskaźniki rozpowszechnienia deklarowanych objawów zaburzeń jedzenia (dla dziewcząt – 18,7% i dla chłopców 7,3%) to głównie subkliniczne postacie bulimii lub anoreksji o typie bulimicznym; podobne wyniki otrzymał Pilecki [42].

Wskaźniki rozpowszechnienia zgłaszanych objawów obsesyjno-kompulsyjnych są podobne do wyników uzyskanych przez badaczy izraelskich.

Deklarowane sięganie po używki jest podobne w obu grupach (chłopcy – około 73%, dziewczęta – 68%). Uzyskane wyniki są niepokojące i świadczą o znacznym rozpowszechnieniu rozmaitych substancji psychoaktywnych wśród młodzieży szkół średnich. Z prowadzonych wcześniej badań wynika, że w tej grupie duża część uczniów codziennie pije alkohol (17%), pali papierosy (3,9%) oraz bierze narkotyki (1,5%), a więc można mówić o takim samym odsetku osób uzależnionych [43]. Niepokojącym zjawiskiem jest stosunkowo duże przyznawanie się do picia alkoholu oraz palenia papierosów w grupie dziewcząt.

Deklarowany rodzaj stosowanych używek przedstawia się następująco: alkohol około 42–46%, alkohol w połączeniu z papierosami około 24–32%, alkohol w połączeniu z papierosami i narkotykami około 14–18% i alkohol w połączeniu z narkotykami między 4% a 8%. Pozostałe kategorie stosowanych używek są marginalne. Różnice między chłopcami a dziewczętami są tutaj niewielkie, choć statystycznie istotne (największa około 9% w przypadku spożywania alkoholu z paleniem papierosów, relatywnie częściej u dziewcząt).

Wnioski

1. Rozpowszechnienie deklarowanych objawów zaburzeń psychicznych w populacji 17-latków jest znaczne – dotyczy ono szczególnie objawów depresyjnych oraz objawów zaburzeń jedzenia.
2. Deklarowane używanie substancji psychoaktywnych, w stopniu znacznym w tej grupie wiekowej, głównie dotyczy alkoholu, alkoholu w połączeniu z papierosami oraz alkoholu, papierosów i narkotyków łącznie.

Ograniczenia przeprowadzonego badania

Wszystkie zastosowane metody badawcze są metodami self-report, a więc opierają się jedynie na materiale, który przekazują badane osoby. Badania zostały zaplanowane tak, aby kontynuować wcześniej prowadzone prace nad nie leczoną populacją w różnych grupach wiekowych. Na obecnym etapie nie było planowane przeprowadzanie badań klinicznych, co niesie w sobie ograniczenie dotyczące dalszej weryfikacji zaburzeń w grupie adolescentów zaliczonych do grupy ryzyka w badaniu przesiewowym. Natomiast otrzymane dane pozwalają na porównanie z wcześniej uzyskanymi wynikami, co ułatwia śledzenie dynamiki zjawiska w zmieniających się warunkach społeczno-polityczno-ekonomicznych.

Распространение психических нарушений и прием психоактивных субстанций в популяции 17-ти летней молодежи больших городов

Содержание

Задание. Определение распространения и его степень, т.е. психических нарушений (депрессивные, фобийные нарушения питания) и приема психоактивных субстанций среди молодежи краковских средних школ в поздней фазе adolescence.

Метод. Обследована ретроспективная группа популяции учеников средних краковских школ. Методом двухступенной выборки выделена группа 1933 учеников вторых классов всех типов средних школ: лицеев, техникумов и профессиональных училищ в возрасте 17 лет. Ученики исследованы следующими глоссариями: шкала депрессии Бекка, шкала нарушений питания EAT-26, шкала обсессивно-компульсивных нарушений (Лейтона), а также авторским глоссарием применения различных веществ.

Результаты. Девушки в два раза чаще жаловались на присутствие симптомов психических нарушений, нежели юноши (41,2% до 22,7%). Среди девушек наиболее частыми нарушениями психического здоровья были: депрессивные симптомы (33,6%), симптомы нарушений питания (18,7%) и симптомы обсессивно-компульсивных нарушений (5,4%). В группе юношей отмечены: депрессивные симптомы у 22,7%, симптомы нарушений питания у

7,3%, a obsesywno-kompulsywne symptomy u 3,4%. Получены данные, относящиеся распространения приема различных веществ в группе юношей и девушек (73% до 68%), г.о. алкоголя, а также алкоголя и папиросов, а также алкоголя, папиросов и наркотиков.

Выводы. Распространение психических нарушений в популяции 17-ти летних учащихся различных школ довольно значительное, а относится оно особенно к депрессивным симптомам и симптомов нарушений питания. Обнаружено значительное распространение приема психоактивных субстанций в этой возрастной группе, г.о. алкоголя и приема субстанций смешанного типа, т.е. алкоголя и папиросов, а также алкоголя, папиросов и наркотиков.

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 corrélaient 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. Goodman R, Scott S. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wrocław: Urban i Partner; 2002, s. 34–42.
2. Angold A. *Childhood and adolescent depression. I: Epidemiological and aetiological aspects*. Brit. J. Psychiatry 1988; 152: 601–617.
3. Fleming JE, Offord DR, Boyle MH. *Prevalence of childhood and adolescent depression in community: Ontario Child Health Study*. Brit. J. Psychiatry 1989; 155: 647–654.
4. Simonoff E, Pickles A, Meyer JM, Silberg J. *The Virginia Twin Study of adolescent behavioral development: influences of age, sex and impairment on rates of disorder*. Arch. Gen. Psychiatry 1997; 54: 801–808.
5. Cohen P, Cohen J, Kasen S. *An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence*. J. Child. Psychol. Psychiatry 1993; 34: 851–867.
6. Lewinshon PM, Rohde P, Seeley JR. *Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications*. Clin. Psychol. Rev. 1998; 18: 765–794.
7. Olsson GI, von Knorring AL. *Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students*. Acta Psychiatr. Scand. 1999; 99: 324–331.
8. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. *Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing*. Psychol. Med. 1998; 28: 51–61.
9. Oldehinkel AJ, Wittchen HU, Schuster P. *Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents*. Psychol. Med. 1999; 29: 655–658.
10. Bomba J, Czaplak E, Józefik B, Michalak R, Piekło J, Wolska M. *Rozpowszechnienie i obraz depresji u młodzieży szkolnej*. Psychoter. 1985; 4/55: 7–18.
11. Witkowska-Ulatowska H. *Zaburzenia psychiczne o obrazie zespołu depresyjnego w nieleczonej populacji młodzieży klas VII szkół warszawskich*. IPN, 1995, praca doktorska.
12. Witkowska-Ulatowska H. *Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. Przegląd badań*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej: *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000, s. 137–144.
13. Kaplan H, Sadock V. *Synopsis of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003, s. 739–755.
14. Cotrufo P, Baretta V, Monteleone P, Maj M. *Full-syndrom, partial-syndrom and subclinical eating disorders: an epidemiological study of female students in Southern Italy*. Acta Psychiatr. Scand. 1998; 98: 112–115.
15. Steinhausen HC, Winkler C, Meier M. *Eating disorders in adolescence in a Swiss epidemiological study*. Int. J. Eat. Disord. 1997; 22: 147–151.

16. Morande G, Celada J, Casas JJ. *Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population*. J. Adolesc. Health 1999; 24: 212–219.
17. Vega Alonso AT, Rasillo Rodriguez MA, Lozano Alonso JE, Rodriguez Carretero G, Martin MF. *Eating disorders: prevalence and risk profile among secondary school students*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2005; 40: 980–987.
18. Berg Cz, Whitaker A, Davies M i in. *The survey form of the Leyton Obsessional Inventory – Child Version: nonus from an epidemiological study*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1988; 27: 759–763.
19. Berg CJ, Rapoport JL, Flament MF. *The Leyton Obsessional Inventory – Child Version*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1986; 25: 84–91.
20. Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, Davies M, Zaremba-Berg C, Kalikow K, Sceery W, Shaffer D. *Obsessive-compulsive disorder in adolescence. An epidemiological study*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1988; 27: 764–771.
21. Esser G, Schmidt MH, Woerner W. *Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children. Results of longitudinal study*. J. Child. Psychol. Psychiatry 1990; 31: 243–263.
22. Thomsen PH. *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Self-reported obsessive symptoms and traits in Danish pupils*. Acta Psychiatr. Scand. 1993; 88: 212–217.
23. Zohar AH, Ratzoni G, Pauls DL, Apter A, Bleich A, Kron S, Rappaport M, Weizman A, Cohen DJ. *An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1992; 31: 1057–1061.
24. Apter A, Fallon TJ Jr, King RA, Ratzoni G, Zohar AH, Binder M, Weizman A, Leckman JF, Pauls DL, Kron S, Cohen DJ. *Obsessive-compulsive characteristics: from symptoms to syndrome*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996; 35: 907–912.
25. Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL, Waller JL, McKeown RE, Addy CL, Cuffe SP. *Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1994; 33: 782–791.
26. Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Waller JL, Addy CL, McKeown RE, Jackson KL, Cuffe SP. *Incidence of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996; 35: 898–906.
27. Douglass HM, Moffitt TE, Dar R, McGee R, Silva P. *Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-years-olds: prevalence and predictors*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995; 34: 1424–1431.
28. Bryńska A. *Badania epidemiologiczne, obraz kliniczny i metody oceny zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego u dzieci i młodzieży*. Praca doktorska, 1999, Akademia Medyczna Warszawa.
29. Bryńska A, Wolańczyk T. *Metody oceny zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego u dzieci i młodzieży – część I. Polska wersja kwestionariusza The Leyton Obsessional Inventory – Child Version*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej: *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000, s. 65–71.
30. Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: PWN; 1997, s. 231–246.
31. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
32. Pużyński S, Wciórka J. *Diagnostyka psychiatryczna*. W: Bilikiewicz A, red. *Psychiatria*. Wrocław: Urban i Partner; 2002, s. 453–526.
33. 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.
34. Gorenstein C, Andrade L, Vieira Filho AHG, Tung TC, Artes R. *Psychometric properties of the Portuguese version of the Beck Depression Inventory on Brasilia college students*. J. Clin. Psychol. 1999; 55: 553–562.

35. 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.
36. Larsson B, Melin L. *Depressive symptoms in Swedish adolescents*. J. Abnorm. Child Psychol. 1990; 18: 91–103.
37. Olsson G, von Knorring A-L. *Depression among Swedish adolescents measured by the self-rating scale Center for Epidemiology Studies – Depression Child (CES-DC)*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 1997; 6: 81–87.
38. 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.
39. Włodarczyk-Bisaga K. *Ocena własności psychometrycznych EAT26 dla populacji dziewcząt nastoletnich*. W: *Zaburzone postawy i zachowania wobec odżywiania się*. Nie opublikowana praca doktorska. 1992 IPIŃ Warszawa.
40. Bryńska A, Wolańczyk T. *Epidemiology and phenomenology of obsessive-compulsive disorder in non-referred young adolescents – a polish perspective*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2005; 14: 319–327.
41. Modrzejewska R, Bomba J. *Porównanie rozpowszechnienia depresji wśród 17-letniej młodzieży krakowskich szkół średnich w latach 1984 i 2001*. Psychiatr. Pol. 2004; 1: 13–27.
42. Pilecki M. *Zasadność stosowania zmiennej zaburzeń odżywiania się w badaniach naukowych – analiza wyników badań psychometrycznych*. Psychiatria i Psychologia Kliniczna. 2008; supl. 1: 53.
43. 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.

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

Otrzymano: 7.04.2009
Zrecenzowano: 7.05.2009
Otrzymano po poprawie: 27.07.2009
Przyjęto do druku: 20.02.2010