

## Struktura czynnikowa objawów w Krakowskim Inwentarzu Depresyjnym KID IO „B1” w grupie 15-latków

### Factor structure of symptoms in the Krakow Depression Inventory KID IO “B1” among 15-year-olds

Jacek Bomba, Renata Modrzejewska, Andrzej Beauviale

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

#### Summary

**Aim.** The aim of the article is to partially verify the theoretical concept of depressive symptoms in adolescents, based on KID IO “B1”, as well as to check the accuracy of the questionnaire.

**Method.** The KID results from an untreated sample population of 15-year-olds were statistically analysed. Of the 1118 KID IO “B1” questionnaires submitted, 594 (246 boys and 348 girls) underwent factor analysis, of which 297, i.e. half, gained a result higher than the diagnostic threshold for depression. In search of the presence of general factors, as well as to verify the principles used to categorise depressive symptoms according to clinical criteria, analysis of the factors using methods consisting of oblimin, quatrimax and varimax rotations was carried out separately and combined for both genders.

**Results.** The following new factors were distinguished for boys: I – lowered mood, and anxiety, II – self-destruction, III – apathy, cognitive disturbances, IV – somatic symptoms, V – somatisation, apathy, self-destruction, VI – boredom and avoidance of social contact, and for girls: I – lowered mood, lack of consideration for future repercussions, II – lowered drive, learning difficulties, cognitive and motivational disturbances, III – anxiety, IV – dysphoria with self-destruction, V – self-destruction, VI – eating pattern disturbances.

**Conclusions.** Depression, as derived from factor analysis of the KID IO “B1” questionnaire positions, is heterogeneous. Theoretical division of symptom groups, relating to the specific scale in the questionnaire, was confirmed to a very small degree through the analysis of the factors. The list of factors in genders differs. The groups of symptoms appearing in both genders gained from analysis are different in boys and girls with one exception, which may partially result from the different factor overviews of depressive symptoms in both genders.

**Słowa kluczowe:** depresja u młodzieży, Krakowski Inwentarz Depresyjny (KID), analizy czynnikowe

**Key words:** adolescent depression, Kraków Depression Inventory (KID), factor analyses

W połowie lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku Antoni Kępiński przedstawił, opierając się na jakościowej analizie doświadczenia klinicznego, koncepcję depresji młodzieńczej [1]. Depresja młodzieńcza jest, w jego ujęciu, związana z rozwojowym

przełomem bio-psycho-społecznym, a jej objawy jakościowo są nieodróżnialne od objawów zaburzeń psychicznych rozpoczynających się u dojrzewających osób. Kępiński wskazywał także na przełomy okołoporodowy i inwolucyjny, jako sytuacje kryzysowe, którym towarzyszyć mogą swoiste depresje. Depresja młodzieńcza w rozumieniu autora koncepcji sama nie powinna być traktowana jako zaburzenie psychiczne, może natomiast utrudniać rozpoznanie zaburzeń psychicznych. Nie będąc chorobą, wymaga jednak pomocy terapeutycznej, ponieważ jest sygnałem zwiększonych trudności pokonywania przełomu rozwojowego oraz czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania.

Empiryczna weryfikacja koncepcji Kępińskiego została przeprowadzona w badaniu klinicznym adolescentów hospitalizowanych w szpitalu psychiatrycznym po raz pierwszy oraz w pięcioletniej katamnezie tych osób. W badaniu tym stwierdzono bardzo wysokie wskaźniki rozpowszechnienia zespołu objawów depresyjnych w grupie leczonych (94,12%). Bezpośrednie przyczyny hospitalizacji psychiatrycznej i ustalone w wyniku obserwacji klinicznej rozpoznania nozograficzne pozostawały bez wpływu na obecność i obraz depresji. W pięcioletniej obserwacji prospektywnej osób, u których w pierwszym etapie badania (w czasie hospitalizacji) nie rozpoznawano schizofrenii, zaburzeń jedzenia ani zaburzeń związanych z uszkodzeniem mózgu, nie obserwowano pojawiania się zaburzeń afektywnych [2].

Dalszy krok empirycznej weryfikacji koncepcji Kępińskiego wymagał badania dorastających nie leczonych psychiatrycznie. Badania takie zostały podjęte na przełomie lat siedemdziesiątych. Zainteresowanie badawcze zaburzeniami afektywnymi u dzieci i młodzieży pojawiło się dopiero w tym czasie. Epidemiologia psychiatryczna nie dysponowała wówczas narzędziem do przesiewowej diagnozy depresji na podstawie obecności jej objawów, jakim można by się posłużyć w badaniach dzieci i młodzieży w kolejnych fazach procesu dorastania. Zespół Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży AM w Krakowie podjął się zadania opracowania takiego narzędzia<sup>1</sup>. Zamiarem było skonstruowanie narzędzia umożliwiającego identyfikację obecności u osób badanych objawów uważanych za objawy depresji u dzieci i młodzieży. Objawy te określono na podstawie opisów psychopatologii depresji u dzieci i osób dorastających przedstawionych przez Kępińskiego [1], Bombę [2, 3], Nissena [4, 5], Poznansky [6], Cytryna i McKnew [7], Albert i Becka [8], Pużyńską [9], Witkowską-Roszkę [10]. Opisy manifestacji objawów dostosowano do swoistych form ekspresji psychopatologicznej w poszczególnych fazach rozwoju i zestawiono w formie kwestionariusza adresowanego do badanych oraz w formie arkusza obserwacyjnego adresowanego do opiekunów dziecka. Kwestionariusz objawów przeznaczony jest dla dorastających we wczesnej, średniej i późnej fazie adolescencji, arkusz obserwacyjny – dla rodziców i opiekunów dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym wieku szkolnym. Badanie trafności diagnostycznej i rzetelności Krakowskiego Inwentarza Depresyjnego (KID) prowadzono analizując: zgodność wyników testu z wynikami bezpośredniego badania klinicznego, strukturę testu, wartość dyskryminacyjną jego pozycji. Porównano także

<sup>1</sup> Prace wykonano korzystając z grantu resortowego IPiN 12/R/81/501/3/4.

wyniki badania tych samych adolescentów w późnej fazie dorastania testem KID i testem Becka w wersji dla młodzieży [11]. Niskie wskaźniki trafności i rzetelności narzędzia dla dzieci w wieku przedszkolnym (KID AO „A”) oraz inwentarza, który wypełniały same dzieci w młodszym wieku szkolnym (KID IO „B”), spowodowały zaniechanie ich dalszego stosowania.

Zadowolające wskaźniki uzyskano dla następujących wersji Krakowskiego Inwentarza Depresyjnego (KID):

Arkusza Obserwacyjnego AO „B1” – dla dzieci w młodszym wieku szkolnym (7–12 lat),

Inwentarza Objawowego IO „B1” – dla młodzieży we wczesnej i średniej fazie dorastania (13–15 lat),

Inwentarza Objawowego IO „C1” – dla młodzieży we późnej fazie dorastania (16–19 lat).

KID w założeniu, prócz diagnozy przesiewowej, miał także umożliwić ewidencję możliwie szerokiego spektrum doznań, przeżyć i zachowań składających się na depresję u dzieci i młodzieży lub wiążących się z nią. W miarę dorastania zmienia się zdolność introspekcji, rozpoznawania i nazywania własnych emocji, repertuar umiejętności, relacji i zachowań, czemu w psychopatologii odpowiada zmiana ekspresji objawów. Chcąc osiągnąć możliwie pełną ewidencję objawów, jakimi wyraża się depresja młodzieńcza, zdecydowano pozostawić w kwestionariuszach wszystkie pozycje, także te o niskiej wartości dyskryminacyjnej. W konsekwencji poszczególne wersje KID są obszernie i różnią się liczbą pozycji.

Przyporządkowując opisy przeżyć, doznań i zachowań do obszarów objawowych, kierowano się teoretycznym założeniem o związku przeżycia (zachowania) z funkcjami: nastroju, lęku, czynności intelektualnych (poznawczych), poziomu aktywności (napęd). Wyodrębniono też dwa swoiste obszary objawowe: zachowania autodestrukcyjne i somatyzacje. KID dzielił się w konsekwencji na sześć obszarów objawowych:

- A. Zaburzenia nastroju
- B. Lęk
- C. Zaburzenia poznawcze
- D. Zaburzenia napędu
- E. Autodestrukcja
- F. Somatyzacje

Opracowano skale stenowe, zarówno ogólną, jak i dla poszczególnych obszarów objawowych.

Krakowski Inwentarz Depresyjny, Inwentarz Objawowy „B1” (KID IO „B”1) składa się ze 104 stwierdzeń opisujących zjawiska, których obecność stwierdzają u siebie sami badani. Osiemdziesiąt dziewięć stwierdzeń KID IO „B1” opisuje objawy depresji, z uwzględnieniem swoistości związanej z fazą rozwoju. Wprowadzająca instrukcja odnosi prawdziwość stwierdzeń do miesiąca poprzedzającego badanie. Niektóre pytania (np. dotyczące autoagresji, zwłaszcza prób samobójczych) z natury rzeczy wymuszają refleksję obejmującą dłuższy czas niż wymieniony w instrukcji

testu. W diagnozie depresji na podstawie KID brane są pod uwagę wyniki stenowe dla poszczególnych skal oraz dla skali ogólnej. Współczynnik rzetelności dla skali ogólnej KID IO „B1” alfa Cronbacha = 0,9425; trafność diagnostyczna oceniana na podstawie współczynnika korelacji punktowo-dwuseryjnej  $r = 0,6917$ .

### Cel

Celem artykułu jest częściowa weryfikacja empiryczna koncepcji teoretycznej obrazu objawowego depresji młodzieńczej, leżącej u podstaw budowy KID IO „B1”, oraz sprawdzenie trafności czynnikowej kwestionariusza.

### Opis badanej grupy

Metodą dwustopniowego losowania wybrano reprezentatywną dla populacji piętnastolatków mieszkających w Krakowie grupę uczniów klas III gimnazjów, zachowując odpowiednie proporcje chłopców i dziewcząt (15-latków). Wybraną próbę populacyjną badano, stosując Krakowski Inwentarz Depresyjny (KID), wersję IO „B1”.

Do analiz czynnikowych wybrano kwestionariusze, kierując się wartością ogólnego wyniku stenowego KID IO „B1” (od 3 stena wzwyż). Drogą losowania dobrano kwestionariusze w taki sposób, aby wyniki skali ogólnej IO „B1” miały rozkład zbliżony do normalnego ze średnią około 6,5 stena. Zabiegu tego dokonano oddzielnie dla chłopców i dziewcząt. Z ogólnej liczby 1118 zakwalifikowanych do analizy kwestionariuszy KID IO „B1” analizom czynnikowym poddano 594 arkusze (w tym 246 chłopców i 348 dziewcząt), z których 297, tj. połowa, uzyskała wynik powyżej kryterium przesiewowej diagnozy depresji.

Przeprowadzono analizy czynnikowe metodą głównych składowych z rotacją quartimax oraz varimax i normalizacją Kaisera pozycji KID wersja IO „B1” oddzielnie oraz łącznie dla chłopców i dziewcząt. Ich celem było znalezienie odpowiedzi na pytanie, z jednej strony, o obecność czynnika ogólnego (rotacja quartimax), z drugiej zaś – o zasadność podziału objawów depresyjnych według kryterium klinicznego na 6 grup (rotacja varimax). Dodatkowo sprawdzono wysokość korelacji między wyodrębnionymi czynnikami po zastosowaniu rotacji direct oblmin, aby uzyskać dodatkowy argument przemawiający za istnieniem czynnika ogólnego. Wykrycie czynnika ogólnego mogłoby wskazywać na istnienie wspólnego mechanizmu objawów depresyjnych u młodzieży.

Przeprowadzono także analizę skupień grupującą badane osoby według układu czynników. W ten sposób poddano weryfikacji postaci objawowych manifestacji ewentualnych zaburzeń.

### Wyniki analiz czynnikowych

Analizy czynnikowe przyniosły (według kryterium testu osypiska) rozwiązania 6- lub 2-czynnikowe zarówno w całej grupie badanej, jak i u chłopców i dziewcząt oddzielnie. Z uwagi na zakładaną przy tworzeniu kwestionariusza jego 6-skalową strukturę przyjęto rozwiązania 6-czynnikowe.

Wyniki analiz czynnikowych wskazują na znaczne różnice między strukturami czynnikowymi kwestionariusza u chłopców i dziewcząt. Z uwagi na to, że nie udało się uzyskać przejrzystej macierzy współczynników korelacji między ładunkami czynnikowymi u chłopców i dziewcząt, nie można było określić rzetelności międzypopulacyjnej wyodrębnionych czynników dla całej badanej próby. Jednocześnie okazało się, że w przypadku 6 czynników wyodrębnionych oddzielnie dla chłopców i dziewcząt rozkład ładunków czynnikowych był zróżnicowany, nawet kiedy można im było nadać podobną interpretację kliniczną. W tej sytuacji zrezygnowano z prezentacji wyników analiz czynnikowych dla całej próby.

### Wyniki analiz czynnikowych dla chłopców

Całkowita wyjaśniona wariancja dla rozwiązania 6-czynnikowego wynosiła 32%, miara adekwatności doboru próby  $KMO = 0,794$  przy bardzo istotnych statystycznie wartościach testu sferyczności Bartletta ( $p < 0,0005$ ). Rotacja osiągnęła zbieżność odpowiednio: w przypadku quartimax w 25 iteracjach, oblimin – w 37 i varimax – w 11. Prawie połowa pozycji (53) kwestionariusza ma ładunki czynnikowe powyżej przyjętego kryterium (wartość 0,30) w 1 czynniku po rotacji quartimax.

Największe ładunki uzyskano dla pozycji A071 (Często czuję się przygnębiona/y – 0,669), A090 (Nawet będąc wśród ludzi życzliwych, czuję się samotna/y – 0,624) i B083 (Ciągłe się czegoś boję – 0,600), a także w czynniku 3 dla C003 (Nie mogę się skupić nad książkami – 0,642) oraz w czynniku 5 dla E020 (Niekiedy miewam ochotę skończyć ze sobą – 0,608) i E038 (Często myślę o tym, żeby odebrać sobie życie – 0,681).

Analiza z rotacją quartimax przyniosła wyniki raczej podważające hipotezę o istnieniu czynnika ogólnego. Rotacja direct oblimin doprowadziła do wyodrębnienia sześciu słabo lub bardzo słabo skorelowanych ze sobą czynników. Współczynniki korelacji są na tyle niskie, że można odrzucić hipotezę o istnieniu czynnika ogólnego.

Wyodrębnione w rotacji varimax składowe mają wystarczająco wysokie ładunki umożliwiające interpretację treściową. Sumy kwadratów ładunków po rotacji były w przypadku poszczególnych składowych podobne (od 4,8 do 6,3% wyjaśnionej wariancji).

Czynnik 1, zidentyfikowany jako obniżenie nastroju, apatia, brak rzutowania się w przyszłość miał najwyższe ładunki w pozycjach: A071 – Często czuję się przygnębiona/y (0,714), A042 – Jest mi stale smutno (0,550) i B062 – Często nie mogę sobie znaleźć miejsca (0,548). Rozkład liczby pozycji w przypadku poszczególnych skal przedstawiał się następująco: 8 pozycji w skali A, 7 pozycji w skali B, 3 pozycje w skali D, 2 pozycje w skali E i po jednej pozycji w skalach E i F.

Czynnik 1 – obniżenie nastroju i lęk: A042 – Jest mi stale smutno; A043 – Bez wyraźnego powodu zmienia mi się humor; A060 – Ostatnio nic mnie nie cieszy; A071 – Często czuję się przygnębiona/y; A072 – Nawet głupstwa doprowadzają mnie do rozpaczki; A082 – Nikomu na mnie nie zależy; A090 – Nawet będąc wśród ludzi życzliwych, czuje się samotna/y; B045 – Boję się, że nigdy nie będę miał/a swojego przyjaciela/swojej przyjaciółki; B047 – Często czuję, że nie jestem w porządku wo-

bec innych; B062 – Często nie mogę sobie znaleźć miejsca; B073 – Czasem boję się, sam/a nie wiem czego; B083 – Ciągłe się czegoś boję; B089 – Boję się, że nie poddam swoim obowiązkom; B093 – Mimo że jem regularnie, często nagle czuję głód; C064 – Nie jestem z siebie zadowolona/y; C087 – Często czuję się winna/y, nawet gdy inni uważają, że nie ma ku temu powodów; D077 – Na nic nie mam siły.

Czynnik 2 charakteryzuje się wysokim ładunkiem w pozycjach: E038 (Często myślę o tym, żeby odebrać sobie życie – 0,719), E020 (Niekiedy miewam ochotę skończyć ze sobą – 0,674), E014 (Często myślę o śmierci – 0,643). Zdecydowana większość ładunków czynnikowych powyżej 0,30 znajduje się w pozycjach skali E (8), a kolejno w 3 pozycjach skali B, 2 pozycjach skali A i 1 pozycji w skali D.

Czynnik 2 – autodestrukcyjna: B061 – W przyszłości nie czeka mnie nic dobrego; B074 – Wydaje mi się, że wszystko źle się skończy; B098 – Niekiedy ogarnia mnie tak silny lęk, że nie mogę sobie z nim poradzić; D095 – Życie jest takie, że nawet nie warto wstawać z łóżka, ubierać się; E014 – Często myślę o śmierci; E020 – Niekiedy miewam ochotę skończyć ze sobą; E027 – Gdy myślę o przyszłości, nie widzę celu, do którego mogłabym/mógłbym dążyć; E038 – Często myślę o tym, żeby odebrać sobie życie; E057 – Nie mogę przestać myśleć o samobójstwie; E079 – Czasami chciałabym/chciałbym umrzeć; E081 – Moje życie nie ma sensu; E091 – Moim zdaniem życie w ogóle nie ma sensu.

Czynnik 3 ma najwięcej znaczących ładunków w skalach C (7) i D (7), a po jednym ładunku w skalach A, E i F. Najsilniej związana jest z nim pozycja C003 (Nie mogę się skupić nad książkami – 0,638).

Czynnik 3 – apatia, trudności poznawcze: A010 – W niczym mi się nie wiedzie; C003 – Nie mogę się skupić nad książkami; C012 – Gdy się uczę, nic nie wchodzi mi do głowy; C016 – Zauważyłam/em, że ostatnio bardzo wolno pracuję, gdy rozwiązuję zadania; C033 – Mimo że uczę się tyle samo, mam coraz gorsze stopnie; C048 – Ostatnio nie mogę się zabrać do nauki; C076 – Nauka przestała mnie interesować; D013 – Często nic nie robię; D053 – Z niczym nie mogę nadażyć; D058 – Nawet gdy krótko się uczę, jestem bardzo zmęczona/y; D065 – Jestem stale tak zmęczona/y, że nie mogę się zabrać do niczego; D080 – Wydaje mi się, że wszędzie jest daleko; D096 – Przestałam/em w ogóle uczyć się; E104 – Wszystko jedno co robię, byle było fajnie; F069 – Nawet jeśli śpię całą noc, jestem rano zmęczona/y.

Czynnik 4 nie ma ładunków wyraźnie dominujących. Najwięcej związanych z nim pozycji jest w skali F (7), w tym pozycja o najwyższym ładunku F008 (Często boli mnie głowa – 0,572), pięć ładunków powyżej 0,30 w pozycjach skali A, cztery w skali B, trzy w skali E.

Czynnik 4 – objawy somatyczne: A001 – Często bywam rozdrażniona/y bez wyraźnej przyczyny; A007 – Z byle powodu płaczę lub złościę się; A018 – Często płaczę z byle powodu B006 – Miewam uczucie, że brak mi powietrza; B032 – Często czuję bicie serca; E025 – Zdarza mi się zrobić sobie coś złego (pociąć się, poparzyć); F008 – Często boli mnie głowa; F015 – Miewam bóle brzucha; F021 – Ciągłe mi coś dolega; F036 – Wieczorem długo nie mogę zasnąć; F039 – Wydaje mi się, że chyba jestem chora/y.

Czynnik 5 ma najwyższy ładunek w pozycji B075 (Często miewam biegunki – 0,616) i ładunki rozproszone w różnych skalach (pięć w skali F, po trzy w skalach A i D, po dwa w B, C i E).

Czynnik 5 – somatyzacja, apatia, autodestrukacja: A088 – Nie interesuje mnie, co ze mną będzie; A100 – Z niczym nie mogę sobie poradzić; B044 – Często cała/y się trzęsę; B075 – Często miewam biegunki; C059 – Niczego nowego nie dowiaduję się od innych ludzi; D019 – Ostatnio nie myję się i nie dbam o swój wygląd; E067 – Zdarzyło mi się, że próbowałam/em odebrać sobie życie, bo nie mogłam/em dłużej wytrzymać; E085 – Wiele razy usiłowałam/em popełnić samobójstwo; F051 – Obawiam się, że mogę się rozchorować; F056 – Często miewam przykre sny; F068 – Ciągłe myślę o tym, co mi dolega; F070 – Ostatnio bardzo schudłam/em.

Czynnik 6 ma najwyższy ładunek w pozycji D011 (Rzadziej i niechętnie spotykam się z koleżankami/kolegami – 0,629). Najwięcej znaczących ładunków ma w skalach D (5), w skalach C i F (4), trzy ładunki w skali A i dwa ładunki w skali B.

Czynnik 6 – nuda i unikanie kontaktów społecznych: A030 – Nie potrafię znaleźć dla siebie ciekawego zajęcia; A084 – Rzadko się śmieję; B031 – Stale obawiam się, że stanie się coś złego; C046 – Gdy mam coś zrobić, żadne pomysły nie przychodzą mi do głowy; C066 – Wszystko, co mówię i myślę, jest nieciekawe; D011 – Rzadziej i niechętnie spotykam się z koleżankami/kolegami; D049 – poruszam się wolniej niż zazwyczaj; D086 – nie chce mi się ani nic wymyślać, ani nic robić; D099 – Zrezygnowałam/em z zabawy, w której zawsze lubiłam/em uczestniczyć; D102 – Najchętniej nie biorę udziału w grach i zabawach, które dawniej lubiłam/em; F022 – Budzę się wcześniej i nie mogę zasnąć; F024 – Nie mogę zmusić się do zjedzenia czegokolwiek; F035 – Nie mam apetytu; F054 – Ostatnio nic mi nie smakuje.

### Wyniki analiz czynnikowych dla dziewcząt

Całkowita wyjaśniona wariancja dla rozwiązania 6-czynnikowego wynosiła 35%, miara adekwatności doboru próby KMO = 0,864 przy bardzo istotnych statystycznie wartościach testu sferyczności Bartletta ( $p < 0,0005$ ). Rotacja osiągnęła zbieżność odpowiednio: w przypadku quartimax w 8 iteracjach, oblmin – w 31, i varimax – w 10. Prawie połowa pozycji (56) kwestionariusza ma ładunki czynnikowe powyżej przyjętego kryterium (wartość 0,30) w 1 czynniku po rotacji quartimax.

Największe ładunki uzyskano dla pozycji B074 (Wydaje mi się, że wszystko źle się skończy – 0,697), E081 (Moje życie nie ma sensu – 0,676) i B061 (W przyszłości nie czeka mnie nic dobrego – 0,672), a także w czynniku 4 dla E085 (Wiele razy usiłowałam/em popełnić samobójstwo – 0,637).

Podobnie jak u chłopców, analiza z rotacją quartimax przyniosła wyniki raczej podważające hipotezę o istnieniu czynnika ogólnego. Rotacja direct oblmin doprowadziła do wyodrębnienia sześciu słabo lub bardzo słabo skorelowanych ze sobą czynników. Współczynniki korelacji są na tyle niskie, że można odrzucić hipotezę o istnieniu czynnika ogólnego.

Wyodrębnione w rotacji varimax składowe mają wystarczająco wysokie ładunki umożliwiające interpretację treściową. Sumy kwadratów ładunków po rotacji w przy-

padku poszczególnych składowych wynosiły: dla pierwszej – 8,4% wyjaśnionej wariancji, dla drugiej – 7,1%, dla trzeciej – 5,5%, dla czwartej – 5,3%, dla piątej – 4,8% i dla szóstej – 3,6%.

Czynnik 1, zidentyfikowany jako obniżenie nastroju, apatia, brak rzutowania się w przyszłość, miał najwyższe ładunki w pozycjach: E081 (Moje życie nie ma sensu – 0,652), A010 (W niczym mi się nie wiedzie – 0,609) i B061 (W przyszłości nie czeka mnie nic dobrego – 0,602). Rozkład liczby pozycji w przypadku poszczególnych skal przedstawiał się następująco: 9 pozycji w skali A, 6 pozycji w skali B i E, 3 pozycje w skali C i D, jedna pozycja (z odwróceniem kierunku) w skali F.

Czynnik 1 – obniżenie nastroju, brak rzutowania się w przyszłość: A010 – W niczym mi się nie wiedzie; A030 – Nie potrafię znaleźć dla siebie ciekawego zajęcia; A042 – Jest mi stale smutno; A060 – Ostatnio nic mnie nie cieszy; A082 – Nikomu na mnie nie zależy; A090 – Nawet będąc wśród ludzi życzliwych, czuję się samotna/y; A100 – Z niczym nie mogę sobie poradzić; B045 – Boję się, że nigdy nie będę miał/a swego przyjaciela/swojej przyjaciółki; B047 – Często czuję, że nie jestem w porządku wobec innych; B061 – W przyszłości nie czeka mnie nic dobrego; B062 – Często nie mogę sobie znaleźć miejsca; B074 – Wydaje mi się, że wszystko źle się skończy; B089 – Boję się, że nie podołam swoim obowiązkom; C064 – Nie jestem z siebie zadowolona/y; C066 – Wszystko, co mówię i myślę, jest nieciekawe; D095 – Życie jest takie, że nawet nie warto wstawać z łóżka, ubierać się; D099 – Zrezygnowałam/em z zabawy, w której zawsze lubiałam/em uczestniczyć; E027 – Gdy myślę o przyszłości, nie widzę celu, do którego mogłabym/mógłbym dążyć; E081 – Moje życie nie ma sensu; E091 – Moim zdaniem życie w ogóle nie ma sensu; F015 – Miewam bóle brzucha (ujemny ładunek).

Czynnik 2, zinterpretowany jako obniżony napęd, trudności w nauce, trudności poznawcze i motywacyjne, charakteryzuje się wysokim ładunkiem w pozycjach: D058 (Nawet gdy krótko się uczę, jestem bardzo zmęczona/y – 0,640), D065 (Jestem stale tak zmęczona/y, że nie mogę się zabrać do niczego – 0,624). Zdecydowana większość ładunków czynnikowych powyżej 0,30 znajduje się w pozycjach skali D (10) oraz skali C (7), w skali B i F po 2 i w A jedna.

Czynnik 2 – obniżony napęd, trudności w nauce, trudności poznawcze i motywacyjne: B093 – Mimo że jem regularnie, często nagle czuję głód; C003 – Nie mogę się skupić nad książkami; C012 – Gdy się uczę, nic nie wchodzi mi do głowy; C016 – Zauważyłam/em, że ostatnio bardzo wolno pracuję, gdy rozwiązuję zadania; C033 – Mimo że uczę się tyle samo, mam coraz gorsze stopnie; C046 – Gdy mam coś zrobić, żadne pomysły nie przychodzą mi do głowy; C048 – Ostatnio nie mogę się zabrać do nauki; C076 – Nauka przestała mnie interesować; D004 – Rano nie mogę wstać z łóżka; D013 – Często nic nie robię; D049 – Poruszam się wolniej niż zazwyczaj; D053 – Z niczym nie mogę nadażyć; D058 – Nawet gdy krótko się uczę, jestem bardzo zmęczona/y; D065 – Jestem stale tak zmęczona/y, że nie mogę się zabrać do niczego; D077 – Na nic nie mam siły; D080 – Wydaje mi się, że wszędzie jest daleko; D086 – Nie chce mi się ani nic wymyślać, ani nic robić; D096 – Przestałam/em w ogóle uczyć się; F040 – Ostatnio wciąż chce mi się spać; F069 – Nawet jeśli śpię całą noc, jestem rano zmęczona/y.



Czynnik 3 ma najwięcej znaczących ładunków w skali B (10), w skali F (6), w skali C (2) oraz jeden ładunek w skali A. Najsilniejszy ładunek ma pozycja B083 (Ciagle się czegoś boję – 0,597) oraz pozycje B098 (Niekiedy ogarnia mnie tak silny lęk, że nie mogę sobie z nim poradzić – 0,548) i B073 (Czasem boję się, sam/a nie wiem czego – 0,542).

Czynnik 3 – lęk: B005 – Obawiam się wszystkich zmian; B006 – Miewam uczucie, że brak mi powietrza; B031 – Stale obawiam się, że stanie się coś złego; B037 – Nie mogę być pewna/pewien co mnie spotka jutro; B044 – Często cała/y się trzęsę; B073 – Czasem boję się, sam/a nie wiem czego; B083 – Ciagle się czegoś boję; B098 – Niekiedy ogarnia mnie tak silny lęk, że nie mogę sobie z nim poradzić; C017 – Gdy muszę o czymś decydować, sprawia mi to trudność; C087 – Często czuję się winna/y, nawet gdy inni uważają, że nie ma ku temu powodów; F021 – Ciagle mi coś dolega; F029 – Zwracam szczególną uwagę na to, jak działa mój organizm; F039 – Wydaje mi się, że chyba jestem chora/y; F051 – Obawiam się, że mogę się rozchorować; F056 – Często miewam przykre sny; F068 – Ciagle myślę o tym, co mi dolega.

Czynnik 4 nie ma wysokich ładunków, a zdecydowana większość średnich i małych ładunków związana jest ze skalami A (7) oraz E (5). Trzy małe ładunki w skali F i jeden mały w skali C. Prawie wszystkie objawy związane z tym czynnikiem można określić jako zmienność nastroju i autodestrukcję.

Czynnik 4 – dysforia z autodestrukcją: A001 – Często bywam rozdrażniona/y bez wyraźnej przyczyny; A007 – Z byle powodu płaczę lub złościę się; A018 – Często płaczę z byle powodu; A043 – Bez wyraźnego powodu zmienia mi się humor; A071 – Często czuję się przygnębiona/y; A072 – Nawet głupstwa doprowadzają mnie do rozpacz; E014 – Często myślę o śmierci; E020 – Niekiedy miewam ochotę skończyć ze sobą; E038 – Często myślę o tym, żeby odebrać sobie życie; E079 – Czasami chciałabym/chciałbym umrzeć; F008 – Często boli mnie głowa; F015 – Miewam bóle brzucha.

Czynnik 5 ma najwyższe ładunki w pozycjach skali E związanych z próbami samobójczymi: E085 (Wiele razy usiłowałam/em popełnić samobójstwo – 0,684) i E067 (Zdarzyło mi się, że próbowałam/em odebrać sobie życie, bo nie mogłam/em dłużej wytrzymać – 0,609). Najwięcej pozycji z ładunkami powyżej 0,30 znajduje się w skali E (6), po dwie pozycje w skali B i D oraz jedna pozycja w skali F.

Czynnik 5 – autodestrukcja: A088 – Nie interesuje mnie, co ze mną będzie; B075 – Często miewam biegunki; D019 – Ostatnio nie myję się i nie dbam o swój wygląd; E025 – Zdarza mi się zrobić sobie coś złego (pociąć się, poparzyć); E057 – Nie mogę przestać myśleć o samobójstwie; E067 – Zdarzyło mi się, że próbowałam/em odebrać sobie życie, bo nie mogłam/em dłużej wytrzymać; E085 – Wiele razy usiłowałam/em popełnić samobójstwo; F070 – Ostatnio bardzo schudłam/em.

Czynnik 6, zidentyfikowany jako zaburzenia jedzenia, ma najwyższe ładunki w pozycjach F035 (Nie mam apetytu – 0,610) i F024 (Nie mogę zmusić się do zjedzenia czegokolwiek – 0,600). Najwięcej ładunków powyżej 0,30 znajduje się w skali F(7), dwie pozycje w skali C, po jednej w skali B i E. Wszystkie pozycje z pozostałych skal, poza F, mają bardzo niskie ładunki.

Czynnik 6 – zaburzone wzory odżywiania się: B032 – Często czuję bicie serca; E052 – Zrezygnowałam/em z czegoś, o czym bardzo marzyłam/em; F022 – Budzę się wcześniej i nie mogę zasnąć; F024 – Nie mogę zmusić się do zjedzenia czegokolwiek; F035 – Nie mam apetytu; F036 – Wieczorem długo nie mogę zasnąć; F054 – Ostatnio nic mi nie smakuje.

### Wyniki analizy skupień

Analizę skupień przeprowadzono metodą k średnich z narzuceniem wyodrębnienia 6 skupień, zarówno u chłopców jak i u dziewcząt.

Wyniki analizy skupień grupy chłopców przedstawiono na rys. 1. (*na następnej stronie*).

Skupienie 6 – 89 badanych (36,2%): 5 czynników ma wyniki w pobliżu pół odchylenia standardowego poniżej średniej. Tylko czynnik 5 (somatyzacja, apatia i autodestrukcja) ma wynik powyżej średniej (o 0,3 odchylenia).

Skupienie 4 – 43 badanych (17,5%): podwyższony poziom czynnika 3 (około 0,8 odchylenia standardowego powyżej średniej) oraz czynnika 6 (poziom powyżej 0,6) i niskie wyniki w czynniku 2 (-0,7).

Skupienie 3 – 37 badanych (15%): wysokie wyniki w czynniku 1 (0,9) i podwyższone wyniki w czynniku 4 (0,6), wyraźnie niskie wyniki w czynniku 3 (-1,2).

Skupienie 2 – 30 badanych (12,2%): bardzo wysoki poziom czynnika 2 (1,7) przy jednocześnie stosunkowo niskim poziomie czynnika 5 (-0,6) i czynnika 4 (-0,6).

Skupienie 5 – 30 badanych (12,2%): bardzo wysoki poziom czynnika 4 (1,4), stosunkowo wysoki poziom czynnika 3 (0,8) i niski czynnika 6 (-0,6).

Skupienie 1 – 17 badanych (6,9%): bardzo wysokie poziomy czynnika 5 i 6 (w obu przypadkach 1,8) i stosunkowo wysoki poziom czynnika 4 (0,9).

Analiza skupień przeprowadzona dla grupy chłopców wskazuje, że nieco więcej niż trzecia część badanych nie deklarowała obecności objawów traktowanych jako wyraz depresji. Pozostali opisywali u siebie przeżycia i zachowania, które można było pogrupować według ich tematyki. I tak, u 17% na plan pierwszy wysuwały się trudności w nauce szkolnej (poznawcze), którym towarzyszyło obniżenie nastroju i wycofanie się z kontaktów społecznych; u 15% – obniżeniu nastroju towarzyszył lęk i objawy somatyczne; u 12% pierwszoplanowym problemem były przeżycia i zachowania autodestrukcyjne; u kolejnych 12% – objawy somatyczne i trudności w nauce; u 7% obniżeniu nastroju towarzyszyły objawy somatyczne.

Wyniki analizy skupień przeprowadzonej dla grupy dziewcząt przedstawiono na rys. 2. (*na następnej stronie*).

Skupienie 4 – 124 badanych (35,6%): bez objawów, we wszystkich czynnikach wyniki są poniżej średniej.

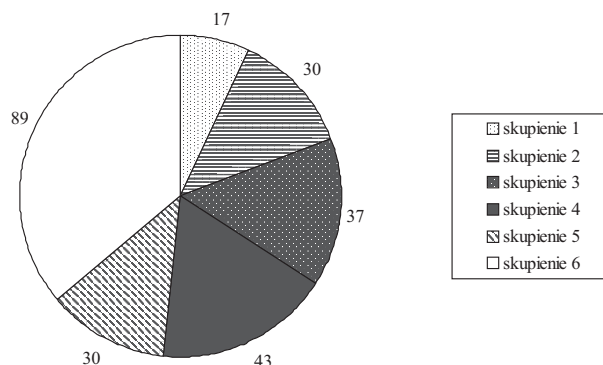
Skupienie 3 – 67 badanych (19,3%): wyraźnie podwyższony poziom czynnika 2 (1,3).

Skupienie 1 – 52 badanych (14,9%): wysokie wyniki w czynniku 1 (1,3) przy stosunkowo niskich czynnikach 5 (-0,7) i 2 (-0,6).

Skupienie 2 – 40 badanych (11,5%): wysokie wyniki w czynnikach 3 (1,1) i 6 (1,1) oraz stosunkowo niskie wartości w czynniku 1 (-0,6).

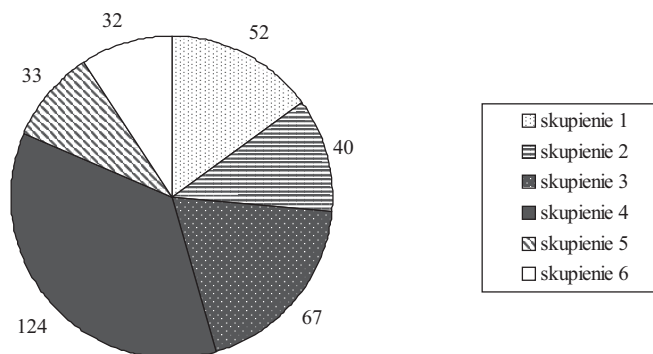
Skupienie 5 – 33 badanych (9,5%): bardzo wysokie wyniki w czynniku 5.

Skupienie 6 – 32 badanych (9,2%): wysokie wyniki w czynniku 6 (1,4) i 4 (1,4).



Rys. 1. Wyniki analizy skupień grupy 15-letnich chłopców

Analiza skupień przeprowadzona dla grupy dziewcząt wskazuje, że nieco więcej niż trzecia część badanych nie deklaruwała obecności objawów traktowanych jako wyraz depresji. Pozostałe opisywały u siebie przeżycia i zachowania, które można było pogrupować według ich tematyki. I tak, u 19% na plan pierwszy wysuwały się trudności w nauce szkolnej (poznawcze), którym towarzyszyło obniżenie nastroju; u 15% obniżeniu nastroju towarzyszyła apatia i brak rzutowania się w przyszłość; u 11% pierwszoplanowym problemem były objawy związane z odżywianiem się i lęk; u 9% – objawy autodestrukcji; u kolejnych 9% – problemom z odżywianiem się towarzyszyły dysforia i autodestrukcja.



Rys. 2. Wyniki analizy skupień grupy 15-letnich dziewcząt

Konfiguracje objawów deklarowanych przez dziewczęta i chłopców różnią się między sobą. Wyjątkiem jest opisywanie u siebie, przez adolescentów obu płci, trudności w nauce szkolnej w połączeniu z zaburzeniami nastroju. Ta podgrupa jest zresztą najliczniejsza. Interesujące jest, że pozostałe konfiguracje – deklarowanych przez dziewczęta i chłopców odmiennie – przeżyć i zachowań objawowych przypominają różnice w zaburzeniach psychicznych i zachowaniach opisywanych w tym wieku. U chłopców były to zachowania autodestrukcyjne oraz lęk i somatyzacje, u dziewcząt

– obniżenie nastroju z brakiem rzutowania się w przyszłość, ale także dwie konfiguracje objawowe skupione wokół problemów z jedzeniem. W jednej problemom tym towarzyszył lęk, w drugiej – zmienność nastroju i autodestrukcja.

### Dyskusja

Współczesne ujęcia klasyfikacji zaburzeń psychicznych opierają się na podobieństwie objawów stwierdzanych u osób, których funkcjonowanie psychiczne i społeczne nie jest zadowalające. Zarówno klasyfikacja międzynarodowa – World Health Organisation (ICD-10), jak i amerykańska – American Psychiatric Association (DSM-IV), poza wyjątkami, nie zakładają jednorodności patogenetycznej zaburzeń zgrupowanych na podstawie kryteriów objawowych [12, 13]. Klasyfikacja ma natomiast ułatwić poszukiwanie patomechanizmu.

Koncepcja depresji młodzieńczej Kępińskiego wskazuje na przełom rozwojowy jako zespół czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych, które mogą powodować występowanie objawów psychopatologicznych zbliżonych do zespołu depresyjnego.

Analizy statystyczne wyników kwestionariuszowych badań nie leczonych psychiatrycznych piętnastolatków zmierzały do ustalenia, zgodnie z teoretycznymi założeniami analizy czynnikowej, czy objawy depresji, których obecność deklarowali badani, mogą być wynikiem jednego czynnika. Zakładano, że przełom dorastania (pokwitanie, podejmowanie nowych ról społecznych, realizacja psychologicznych zadań rozwojowych) można potraktować zbiorczo jako taki czynnik. Wyniki tej analizy nie potwierdziły tego przypuszczenia. Obecność objawów depresyjnych we wczesnej fazie dorastania jest zatem, najprawdopodobniej, rezultatem współgry wielu czynników. Uzyskane wyniki przeczą koncepcji, według której dorastanie może powodować obecność zaburzeń psychicznych i zachowania [14, 15, 16]. Istotniejsze wydaje się, że wynik taki przemawia przeciw jednoczynnikowym koncepcjom patogenezы zaburzeń psychicznych, a co więcej osłabia podstawy teoretyczne poszukiwania takich przyczyn w badaniach grup młodzieży według objawowych kryteriów doboru. Najnowsze badania, na przykład nad patogenezą zaburzeń zachowania i emocji pojawiających się w okresie dorastania (do których zresztą depresja młodzieńcza bywała też zaliczana [17]), sugerują udział splotu wyznaczników genetycznych i interakcji rodzinnych w genezie fenotypu emocjonalnego, usposabiającego do wystąpienia zaburzeń zachowania i emocji [18, 19, 20, 21].

W tym kontekście szczególnie interesujące wydaje się, że analiza skupień doprowadziła do wyników zbliżonych do tych, jakie uzyskano w badaniach obrazu objawowego depresji młodzieńczej, opartych na obserwacji klinicznej [1] i za pomocą innych metod statystycznych [3].

### Wnioski

1. Obraz depresji w ujęciu analiz czynnikowych pozycji kwestionariusza KID IO „B1” jest niejednorodny.
2. Teoretycznie wyodrębnione grupy objawów odpowiadające w kwestionariuszu poszczególnym skalom w bardzo niewielkim stopniu zostały potwierdzone przez wyniki analiz czynnikowych.

3. Treść czynników u chłopców i dziewcząt na ogół jest odmienna.
4. Grupy współwystępujących objawów uzyskanych dzięki analizie skupień z wyjątkiem jednej są odmiennie u chłopców i dziewcząt, co częściowo może stanowić następstwo różnych obrazów czynnikowych objawów depresyjnych u obu płci.

### **Факторная структура симптомов в Краковском инвентаре депрессии КИД 10 „БИ” в группе 15-летних подростков**

#### **Содержание**

**Задание.** Представление частичной эмпирической теоретической концепции картины симптомов депрессии подросткового возраста, лежащей в основе построения КИД 10 „БИ”, а также проверка факторного анализа инвентаря.

**Метод.** Результаты КИД из исследования нелеченной популяционной пробы 15-летних подростков подвергнуты статистическому анализу. Из общего числа 1118 отобранных для анализа инвентарем КИД 10 „БИ” факторным анализом подвергнуто 594 листов (в том числе 246 мальчиков и 348 девушек) из которых 297, т.е. половина, обладала результатом высшим от критерия скринингового диагноза депрессии. При изыскании наличия общего фактора, а также верификации обоснованности разделения депрессивных симптомов по критериям в клинической практике, проведен факторный анализ методом главных составляющих с ротациями облиминов, кватримакс и варимакс отдельно и совместно для обоих полов.

**Результаты.** Выделены следующие новые факторы в группе мальчиков: I – снижение настроения и страх, II – азтодеструкция, III – апатия, мнестические трудности, IV – соматические симптомы, V – соматизация, апатия, автодеструкция, VI – скука и избегание контактов в обществе. В группе девушек: I – снижение настроения, отсутствие желаний на будущее, II – сниженная активность, трудности в науке, познавательные трудности и мотивировка, III – страх, IV – лисфория с автодеструкцией, V – автодеструкция, VI – нарушенные формы питания.

**Выводы.** Картина депрессии в понятии факторного анализа позиций Инвентаря КИД 10 „БИ” неоднороден. Теоретически выделенные группы симптомов, отвечающие в инвентаре отдельным шкалам в очень небольшой степени были подтверждены результатами факторных анализов. Содержание факторов у мальчиков и девушек, как правило, различная. Группы сосуществующих симптомов, полученных, благодаря анализу сбора, за исключением одного, различные у мальчиков и девушек, что частично может иметь последствие различных картин факторных депрессивных симптомов у обоих полов.

### **Faktorenstruktur der Symptome im Krakauer Depressionsinventar KID IO „B1” in der Gruppe der 15-jährigen**

#### **Zusammenfassung**

**Ziel.** Das Ziel des Artikels ist eine empirische Teilverifikation des theoretischen Konzepts vom Symptomenbild der Depression unter Jugendlichen, die die Grundlage für die Bildung von KID IO „B1” war und die Prüfung der Faktorevalidität des Fragebogens.

**Methode.** Die Ergebnisse von KID aus der Untersuchung einer nicht behandelten Populationsgruppe der 15-jährigen wurden statistisch analysiert. Aus der allgemeinen Zahl der zur Analyse qualifizierten 1118 KID IO „B1” Fragebögen, wurden 594 Fragebögen zur Faktorenanalyse bestimmt (darunter 246 Jungen und 348 Mädchen). Davon erzielten 297, dh. die Hälfte das Ergebnis über dem Kriterium der Screening-Diagnose der Depression. Auf der Suche nach dem allgemeinen Faktor und der Verifikation der Teilung der depressiven Symptome nach dem klinischen Kriterium wurden die Faktorenanalysen nach der Methode der Hauptkomponenten mit Oblimin-, Quatrimax- und Varimax-Rotationen getrennt und zusammen für beide Geschlechter durchgeführt.

**Ergebnisse.** Es wurden folgende neue Faktoren in der Gruppe der Jungen ausgesondert: I – Stimmungssenkung und Angst; II – Selbsterstörung; III – Apathie, kognitive Probleme; IV – somatische Symptome; V – Somatisierung, Apathie, Selbsterstörung; VI – Langeweile und Vermeidung von sozialen Beziehungen; in der Gruppe der Mädchen: I – Stimmungssenkung, keine Projektion in die Zukunft; II- gesunkene/reduzierter Antrieb, Probleme beim Lernen, kognitive Probleme, Motivationsprobleme; III – Angst; IV- Dysphorie mit Selbsterstörung; V – Selbsterstörung; VI – gestörte Muster der Ernährung.

**Schlussfolgerungen.** Das Depressionsbild unter Einbeziehung der Faktorenanalyse der Items des KID IO „B1“ Fragebogens ist uneinheitlich. Die theoretisch ausgesonderten Symptomengruppen, die im Fragebogen den einzelnen Skalen entsprechen, wurden in einem geringen Grade durch die Ergebnisse der Faktorenanalysen bestätigt. Der Inhalt der Faktoren bei den Jungen und Mädchen ist im Allgemeinen different. Die Gruppen der kohärenten Symptome, die dank der Cluster - Analyse erreicht wurden, sind different bei den Jungen und Mädchen mit einer Ausnahme, was teilweise die Folge unterschiedlicher Faktorenbilder der depressiven Symptome bei den beiden Geschlechtern bilden kann.

### **La structure factorielle des symptômes dans KID IO « B1 » (the Kraków Depression Inventory) concernant le groupe de jeunes gens de 15 ans**

#### **Résumé**

**Objectif.** Cet article vise partiellement à vérifier empiriquement la conception théorique des symptômes dépressifs chez les adolescents qui donne la base à KID IO « B1 » et il essaie de vérifier son exactitude.

**Méthode.** On analyse statistiquement les résultats de KID de la population non traitée des adolescents de 15 ans. Du nombre général de 1118 questionnaires KID IO « B1 » on fait l'analyse factorielle de 594 (246 garçons, 348 filles), dont la moitié (297) a obtenu les résultats au dessus du diagnostic de la dépression. Pour détecter la présence du facteur général et pour vérifier les principes de la classification clinique des symptômes dépressifs on se sert de l'analyse factorielle en usant les méthodes suivantes de rotations : oblimin, quatrimax, varimax – combinées ou séparées d'après le sexe des adolescents.

**Résultats.** Dans le groupe de garçons on distingue des facteurs nouveaux : I – humeur abaissée et anxiété, II – autodestruction, III – apathie, troubles cognitifs, IV – symptômes somatiques, V – somatisation, apathie, autodestruction, VI – ennui et fuite des contacts sociaux. Dans le groupe de filles : I – humeur abaissée, manque des considérations concernant les répercussions futures, II – dynamisme abaissé, difficultés à apprendre, troubles cognitifs et de motivation, III – anxiété, IV – dysphorie et autodestruction, V – autodestruction, VI – troubles du comportement alimentaire.

**Résultats.** La dépression décrite par cette analyse factorielle est hétérogène. La classification théorique des symptômes relatée aux échelles particulières de ce questionnaire est confirmée seulement partiellement dans cette analyse factorielle. La liste des facteurs des filles et des garçons diffère. Les groupes des symptômes des filles et des garçons sont aussi différents, sauf une exception, cela peut résulter de divers facteurs des symptômes dépressifs dépendant du sexe.

#### **Piśmiennictwo**

1. Kępiński A. *Melancholia*. Warszawa: PZWL; 1974, s. 12–20.
2. Bomba J. *Psychopatologia i przebieg depresji u młodzieży*. Psychoter. 1981; 39: 3–11.
3. Bomba J. *Depresja u młodzieży. Analiza kliniczna*. Psychiatr. Pol. 1982; 16, 1–2, 25–30.
4. Nissen G. *Symptomatik und Prognose depressiver Verstimmungszustände im Kinder- und Jugendalter*. W: Annel A-L, red. *Depressive states in childhood and adolescence*. Stockholm: Alquist ing wiksell; 1972, s. 501–509.

5. Nissen G. *Depressive Syndrome bei Kinder und Jugendlichen*. *Nervenarzt* 1975; 46: 302–307.
6. Poznansky EO. *Childhood depression: A psychodynamic approach to the etiology of depression in children*. W: French HP, Berlin JN, reds. *Depression in children and adolescents*. New York, London: Human Sciences Press; 1979, s. 46–48.
7. Cytryn L, McKnew DH. *Proposed classification of childhood depression*. *Am. J. Psychiatry* 1972; 129, 2: 63–69.
8. Albert N, Beck AT. *Incidence of depression in rearly adolescence. A preliminary study*. *J. Youth Adol.* 1975; 4: 301–307.
9. Pużyńska E. *Depresje i choroby afektywne*. W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S, red. *Psychiatria*. Warszawa: PZWL; 1987, s. 368–381.
10. Witkowska-Roszka J. *Zespoły depresyjne u dzieci w wieku 7 do 14 lat*. Maszynopis pracy doktorskiej. Akademia Medyczna we Wrocławiu 1978.
11. Rdzanek-Golonka A. *Trafność diagnostyczna kwestionariusza IO „C1”*. Praca magisterska pod kierunkiem Janusza Pałczyńskiego w Zakładzie Psychologii Klinicznej UJ, 1986.
12. First MB. *Tendencje w klasyfikacji psychiatrycznej: od DSM-III-R do DSM-IV*. W: Bomba J, de Barbaro B, red. *Psychiatria amerykańska lat dziewięćdziesiątych*. Kraków: CM UJ; 1995, s. 86–93.
13. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1977, s. 15.
14. Freud A. *Normality and pathology in childhood. Assessment of development*. Londyn: Hogarth Press; 1966.
15. Offer D. *Norma adolescent development* W: Novello JR, red. *The short course in adolescent psychiatry*. New York: Brunner/Mazel Publ.; 1979, s. 54–75.
16. Wiener JM. *Intruduction: adolescent psychiatry today*. W: Novello JR, red. *The short course in adolescent psychiatry*. New York: Brunner/Mazel Publ.; 1979, s. 2–10.
17. Bomba J, Namysłowska I, Orwid M. *Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Robakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria t. 2*. Wrocław: Urban & Partner; 2002, s. 655–695.
18. Feinberg ME, Button TM, Neiderhiser JM, Reiss D, Hetherington EM. *Parenting and adolescent antisocial behavior and depression: evidence of genotype x parenting environment interaction*. *Arch. Gen. Psychiatry* 2007; 64: 457–465.
19. Natsauki MN, Ge X, Reiss D, Neiderhiser JM. *Aggressive behavior between siblings and the development of externalizing problems: Evidence from a genetically sensitive study*. *Dev. Psychol.* 2009; 45 (4): 1009–1018.
20. Neiderhiser J, Reiss D, Hetherington EM. *Genetically informative designs for distinguishing developmental pathways during adolescence: Responsible and antisocial behaviour*. *Develop. Psychopathol.* 1996; 8: 779–791.
21. Neiderhiser J, Reiss D, Lichtenstein P, Spotts EL, Ganiban J. *Father–adolescent relationships and the role of genotype–environment correlation*. *J. Fam. Psychol.* 2007; 21 (4): 560–571.

Adres: Jacek Bomba  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 15.05.2010  
Zrecenzowano: 19.11.2010  
Otrzymano po poprawie: 1.12.2010  
Przyjęto do druku: 10.01.2011

## **Dofinansowanie naukowych wyjazdów zagranicznych**

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego informuje o możliwości uzyskania przez członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dofinansowania ich udziału w zjazdach, sympozjach i konferencjach naukowych odbywających się za granicą. Zasady przyznawania dofinansowania określają załączone „Zasady”. Komitet „Konferencje Naukowe PTP” ZG PTP gromadzi na ten cel środki na koncie:

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Konferencje Naukowe, ul. Kopernika 21B 31-501 Kraków, w Banku PKO SA, Oddz. w Krakowie, Rynek Gł. 31, nr rachunku: 12401431-7001815-2700-401112-001.

Zarząd zachęca członków towarzystwa do korzystania z tej możliwości, a także do pozyskiwania sponsorów dla tej działalności.

Wnioski o dofinansowanie należy składać na adres komitetu na ręce prof. dr. hab. med. Jacka Bomby.

### **Zasady dofinansowania przez Zarząd Główny wyjazdów na zjazdy, sympozja, konferencje naukowe za granicą z funduszu „Konferencje Naukowe PTP”**

1. Z refundacji kosztów udziału w zjazdach, konferencjach, sympozjach naukowych za granicą korzystać mogą członkowie zwyczajni Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

2. Refundacja nie może przekroczyć równowartości 1000 USD

3. Refundacja może być rozliczona jako:

a. stypendium ZGPTP (tzn. jako opodatkowany przychód)

b. delegacja – przy czym jej koszty nie mogą przekroczyć kwot określonych w pkt. 2.

4. Wniosek o dofinansowanie powinien wyprzedzać termin zjazdu i zawierać:

a. potwierdzenie członkostwa zwyczajnego z datą przyjęcia do PTP, dokonane przez sekretarza oddziału, oraz opłacenia składek członkowskich dokonane przez skarbnika oddziału

b. informację o imprezie

c. kopię streszczenia zgłoszonego doniesienia

d. kopię potwierdzenia przyjęcia doniesienia do programu zjazdu

5. Dofinansowanie może być przyznane tylko jednemu autorowi w przypadku prezentacji prac zbiorowych.

6. Osoby korzystające z dofinansowania składają Zarządowi Głównemu sprawozdanie ze sponsorowanego wyjazdu w takiej formie, by mogło być opublikowane w czasopiśmie towarzystwa.

7. Niniejsze zasady zostały przyjęte przez Zarząd Główny na posiedzeniu w dniu 7 kwietnia 1995 r.

8. W dniu 6 czerwca 2006 Zarząd Główny zmienił treść pkt 2 Regulaminu. Stypendium nie może przekraczać 1000 USD, niezależnie od miejsca konferencji.