

Zastosowanie Inwentarza Depresji Becka jako zmiennej ciągłej jako wskaźnika ryzyka sięgania po substancje psychoaktywne w populacji 17-letniej młodzieży wielkomiejskiej

Using Beck Depression Inventory as a continuous variable as an indicator of risk of psychoactive substance use in urban 17-year-old adolescent population

Renata Modrzejewska¹, Agnieszka Pac²

¹ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,
Zakład Zaburzeń Afektywnych

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum,
Zakład Epidemiologii i Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej

Summary

Aim. The aim of the study was to investigate whether the prevalence of self-declared depressive symptoms among adolescents attending secondary schools in Krakow is associated with increased frequency and type of psychoactive substance use, and whether depressive symptoms, viewed as a categorical or dimensional variable, may be important in detecting risk of psychoactive substance use among adolescents.

Material and methods. A cross-sectional analysis was performed in a group of 1,515 17-year-old students with the use of the *Beck Depression Inventory* and an original *Stimulants questionnaire*.

Results. The analysis of the risk of using psychoactive substances was carried out in relation to independent variables expressed as continuous variables. In the group of boys, each additional point on the Beck scale increased the overall risk of substance use by 3.3%, cigarette smoking by 2.7%, drinking alcohol by 2.7%, and drug use by 4%. In the group of girls, each additional point on the Beck scale increased the risk of substance abuse – overall by 3.7%, cigarette smoking by 3.6%, drinking alcohol by 3.1%, and drug use by 5.9%. Depressive symptoms, approached as a continuous variable, increase the risk of psychoactive substance use in both boys and girls, in particular a strong relationship is observed in the group of girls with low severity of symptoms.

Conclusions. The presence of declared depressive symptoms increases the risk of using psychoactive substances, especially alcohol and tobacco, and to a lesser extent drugs, in both

boys and girls. The use of a dimensional approach made it possible to identify the relationship between increasing depressive symptoms and psychoactive substance use in the group of girls regarded as 'healthy' ('with a negative screening diagnosis') in the categorical approach.

Słowa kluczowe: objawy depresyjne, zmienne kategoryjne i dymensjonalne, substancje psychoaktywne, epidemiologia, adolescenci

Key words: depressive symptoms, categorical and dimensional variables, psychoactive substance, epidemiology, adolescents

Wstęp

Depresja, zarówno na poziomie diagnozy, jak i objawów (depresja podprogowa, ang. *subsyndromal depression*), silnie i konsekwentnie wiąże się z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych [1]. W nieleczzonej populacji adolescentów z depresją u około 20–30% z nich stwierdza się współwystępowanie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych [2–5]. To zjawisko jest bardziej nasilone wśród młodzieży niż wśród dorosłych [6–8]. W próbach klinicznych wśród adolescentów stwierdza się wyższe wskaźniki współwystępowania depresji oraz zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych niż w populacji ogólnej [9–11].

Kandel i wsp. [4] wykazali, że rozpowszechnienie zaburzeń nastroju (dystymia, hipomania, duża depresja, mania) wzrasta od około 5% u adolescentów zachowujących abstynencję do 23,8% wśród młodych osób deklarujących używanie alkoholu przynajmniej raz w tygodniu oraz do 24,1% wśród tych, które przyznają się do używania nielegalnych substancji psychoaktywnych przynajmniej raz w roku. Interesujące jest również to, że autorzy ci znaleźli bardzo podobne wskaźniki w wypadku związków używania substancji psychoaktywnych z zaburzeniami nastroju, gdzie współchorobowość wynosiła od 20% do 30% z dużym wachlarzem nasilenia używania i nadużywania substancji – od rozpoczynania palenia papierosów po okazjonalne używanie nielegalnych substancji.

Zbliżone wskaźniki rozpowszechnienia współwystępowania depresji i używania substancji psychoaktywnych opisywano także w innych badaniach epidemiologicznych [3, 12–17]. Iloraz szans dla zaburzeń współwystępujących z depresją różni się znacznie w zależności od badania (od 1,1 dla depresji współwystępującej z używaniem kanabinoli w badaniu z Ontario do 8,03 dla współwystępowania zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych w badaniu w Oregonie). Większość badań podaje wskaźniki między 1,5–2,5 [15, 18, 19].

Rozważania nad normą i patologią w okresie dojrzewania naznaczone są ostrymi jakościowymi różnicami między zdrowiem a chorobą (zaburzeniami psychicznymi), rozumianymi jako podejście kategoryjne do klasyfikacji lub przyjmowanie płynnego, bardziej ilościowego przejścia pomiędzy stanami normy a patologii (podejście dymensjonalne). W psychiatrii rozwojowej problem normy i patologii jest szczególnie skomplikowany ze względu na okres adolescencji.

Zakłada się, że adolescencja jest zjawiskiem kulturowym. Może przebiegać burzliwie, z niepokojem, lękiem, smutkiem, poczuciem zagubienia w świecie lub w sposób

harmonijny, bezkonfliktowy i jedynie w skrajnych wypadkach może powodować pojawianie się zaburzeń psychicznych. To ostatnie podejście prezentują badacze dużych reprezentatywnych grup młodzieży, a układem odniesienia jest norma statystyczna. Przedstawicielem tego nurtu był Daniel Offer, który sprzeciwiał się ekstrapolacji zjawisk obserwowanych w populacjach klinicznych na populację nieleczoną [20, 21].

W literaturze przedmiotu toczy się dyskusja wokół natury psychopatologii: czy leżąca u podstaw struktura psychologiczna zaburzeń jest taksonem (kategorialna), czy jest ciągła (dymensionalna). Historycznie zaburzenia psychiczne zostały skontekstualizowane jako ukryte jednostki chorobowe (*latent disease entities*), które są różne jakościowo od normalnego funkcjonowania [22]. Liczni badacze podnoszą, że większość zaburzeń psychicznych układu się wzdłuż kontinuum od normalności do patologii [23].

Tradycyjne podejście i obecna praktyka, poparte systemem klasyfikacyjnym DSM i ICD, traktują depresję, w szczególności dużą depresję, jako jakościowo odrębny syndrom. Natomiast liczne badania sugerują, że zaburzenie może jedynie ilościowo różnić się od normalnego przeżycia emocjonalnego (*normal emotional experience*) [24]. Flett i wsp. [25] opisują cztery podejścia, które zostały zastosowane do badania ciągłości depresji (fenomenologiczne, typologiczne, etiologiczne i psychometryczne) i konkludują, że całość dostępnych badań podtrzymuje model dymensionalny depresji. Pytanie, czy zaburzenia psychiczne są odrębnymi jednostkami nozologicznymi lub stanami arbitralnie wyróżnionymi na osi wymiarów funkcjonowania, wciąż pozostaje istotnym zagadnieniem, ale waga tego pytania rośnie wraz ze wzrostem frustracji i ograniczeń spowodowanych modelem kategorialnym.

DSM-5 oraz ICD-10 są klasyfikacjami kategorialnymi, które dzielą zaburzenia psychiczne na typy oparte na zbiorach kryteriów zawierających określone cechy. Zawsze kiedy próbuje się wyznaczyć granicę między zdrowiem psychicznym a zaburzeniem, natrafia się na neutralne terytorium, gdzie zachodzi nieuchwytna zmiana od zakresu mieszczącego się w obrębie normy do dezorganizacji. Takie podejście prezentował już Kreapelin na początku XX wieku. Kategorialny system diagnostyczny jest walidowany i ma zastosowanie głównie w medycynie ogólnej, ponieważ większość przypadków zaburzeń somatycznych ma odrębną etiologię oraz wyraźnie określoną patologię, które pozwalają na zdefiniowanie relatywnie homogennych grup [23]. Te założenia nie dotyczą zaburzeń psychicznych i są coraz częściej kwestionowane. I tak zaburzenia depresyjne, lękowe, schizofrenia i zaburzenia dwubiegunowe wydają się łączyć w sposób nieuchwytny zarówno ze sobą, jak i z normą, bez zauważalnych naturalnych granic lub stref między nimi. Objawy zaburzeń psychicznych przypuszczalnie są bardzo wrażliwe na zmiany neurochemiczne, interpersonalne, kognitywne oraz wszystkie inne, które pomagają w rozwoju kształtu i formy konkretnej indywidualnej psychopatologii. Natomiast problemy psychologiczne nie mogą być taktowane tak samo jak w medycynie ogólnej. Alternatywą dla rozwiązania tego dylematu jest podejście dymensionalne.

Cel

Celem opisywanej w niniejszym artykule pracy było sprawdzenie, czy występowanie deklarowanych objawów depresyjnych wśród dorastającej młodzieży krakowskich szkół średnich wiąże się ze zwiększoną częstością oraz rodzajem używanych substancji psychoaktywnych. Następnie postawiono pytania, czy zastosowanie zmiennych dymensjonalnych (ciągłych) w narzędziach przesiewowych ma znaczenie dla wykrywania grup ryzyka zagrożonych sięganiem po substancje psychoaktywne oraz czy objawy depresyjne, traktowane jako zmienna kategoryjna lub dymensjonalna, są dobrym predyktorem ryzyka sięgania po substancje psychoaktywne przez dorastającą młodzież.

Material i metody

Do badania włączono uczniów klas II (wiek 17 lat) szkół średnich w Krakowie. Liczebność populacji źródłowej uczniów klas II uczących się w trybie dziennym wynosiła 26 429 osób.

Losowanie zależne, grupowe, warstwowe w wariancie proporcjonalnym spośród wszystkich dziennych szkół średnich wyłoniło: państwowe licea ogólnokształcące – 8 z 34, prywatne licea ogólnokształcące – 9 z 17, technika i licea zawodowe – 9 z 47, zasadnicze szkoły zawodowe – 7 z 30. Do badania włączono wszystkich uczniów z klas II w wylosowanej szkole.

Odsetek nieobecnych uczniów był podobny we wszystkich typach szkół. Nie stwierdzono istotnych różnic w odsetku osób nieobecnych podczas badania w zależności od płci.

Narzędzia badawcze

Uczniowie zostali przebadani z wykorzystaniem *Inwentarza depresji Becka* (*Beck Depression Inventory* – BDI) oraz autorskiego *Kwestionariusza używek*. Badanie przeprowadzono anonimowo, podając wszystkie kwestionariusze spięte razem w jednym zeszyście.

Inwentarz depresji Becka pochodzi z 1961 roku. Został opracowany przez twórcę modelu poznawczego depresji Aarona Becka i jego współpracowników. Jest jedną z najczęściej używanych metod oceny głębokości objawów depresyjnych. Składa się z 21 pytań skonstruowanych na zasadzie testu jednokrotnego wyboru. Jest używany głównie w badaniach klinicznych stanów depresyjnych oraz w ocenie skuteczności działania leków przeciwdepresyjnych. Wypełnia go badany (skala samooceny), dokonując wyboru jednej z czterech opcji w odniesieniu do zdań twierdzących opisujących samopoczucie [26].

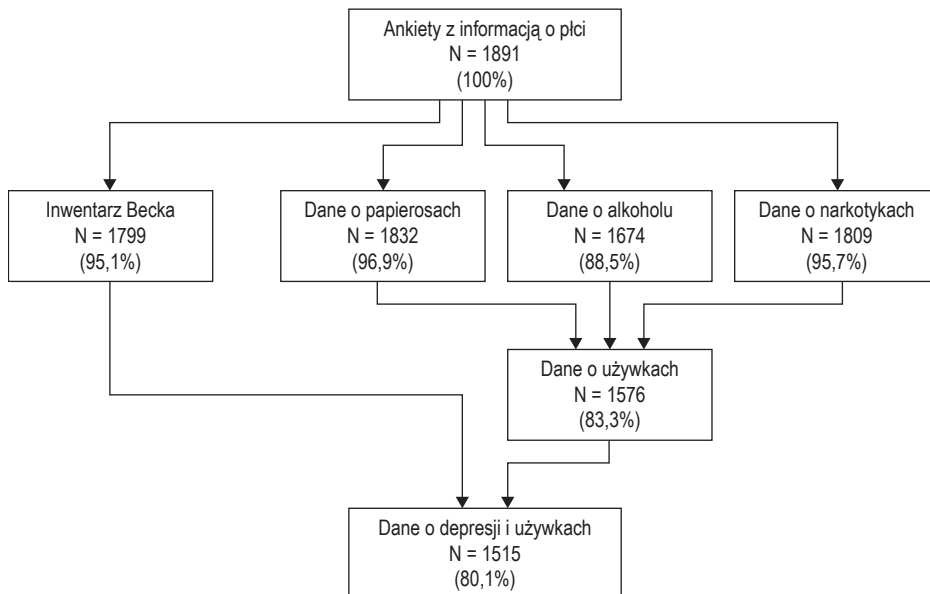
Badane osoby zostały poproszone, aby zakreśliły jedno stwierdzenie najbardziej odpowiadające ich samopoczuciu w ciągu ostatniego tygodnia. Ogólny wynik pomiaru waha się od 0 do 63 punktów, wyższe wyniki oznaczają większe nasilenie depresji. Kryterium zaliczenia do grupy z przesiewową diagnozą depresji (łagodna depresja) według Becka wynosi 10 punktów. Wyniki 10–15 punktów oznaczają łagodną depresję,

16–23 – umiarkowane nasilenie depresji i powyżej 23 – ciężką depresję. Podobne wartości przyjęto w prowadzonych badaniach populacyjnych wśród adolescentów [27, 28].

Dla badań prowadzonych w populacji nieleczonej kryterium zaliczenia do grupy z przesiewową diagnozą depresji, ale w rozumieniu epizodu dużej depresji, jest uzyskanie 16 punktów, zgodnie z rekomendacją Kendalla [29–31].

Ankieta używek to autorskie narzędzie do oceny rozpowszechnienia przyjmowania substancji psychoaktywnych (substancji stymulujących, leków, używek, narkotyków). Przyjęto następujące kryteria: okazjonalne używanie substancji psychoaktywnych (alkohol, papierosy, narkotyki) oraz wskazania, jak często były one używane: rzadziej niż raz w tygodniu, kilka razy w tygodniu, codziennie, kilka razy dziennie. W analizie wykorzystano dane dotyczące palenia papierosów, picia alkoholu oraz sięgania po narkotyki – ze względu na ich częste używanie w opisywanej populacji.

Wśród uczniów II klas wszystkich typów szkół średnich rozdano 1962 egzemplarze anonimowych ankiet. Podczas badania nieobecnych było 9,1% uczniów (tj. 196 osób), zwrócono 1929 ankiet. Po odrzuceniu ankiet, na których badani nie zaznaczyli płci (38 osób, tj. 2,0%), uzyskano następującą liczebność uzupełnionych kwestionariuszy: w wypadku *Inwentarza depresji Becka* – 1799 ankiet (95,1%) oraz 1576 ankiet dotyczących przyjmowania używek i substancji psychoaktywnych (papierosów, alkoholu, narkotyków), co stanowiło 83,3% ogólnej liczby. Proporcja dziewcząt i chłopców we wszystkich analizach była zachowana i odpowiadała proporcjom płci w populacji siedemnastolatków – 55% dziewcząt i 45% chłopców.



Rysunek 1. Struktura danych w wyjściowej oraz analizowanej bazie danych

Analiza statystyczna

Porównanie rozpowszechnienia objawów zaburzeń oraz używania substancji psychoaktywnych w zależności od płci respondentów wykonano za pomocą testu χ^2 .

W dalszej części analizy prowadzono oddzielnie dla chłopców i dziewcząt. Częstość sięgania po używki w zależności od występowania objawów zaburzeń depresyjnych porównano na podstawie testu χ^2 albo testu dokładnego Fishera w wypadku małych liczebności badanych grup. Do oszacowania ryzyka sięgania po substancje psychoaktywne w zależności od występowania objawów zaburzeń depresyjnych wykorzystano modele jednoczynnikowej regresji logistycznej, obliczając ilorazy szans (Isz) wraz z 95% przedziałem ufności (95% PU). W analizie ryzyka w zależności od współwystępowania objawów zaburzeń zastosowano dwa modele regresji logistycznej, tj.: (1) model regresji logistycznej jednoczynnikowej ze zmienną niezależną dwuwartościową (występowanie lub niewystępowanie objawów depresyjnych) oraz (2) model regresji logistycznej ze zmienną niezależną w postaci liczby punktów uzyskanych w *Inwentarzu depresji Becka* – ogółem oraz w podziale na grupy adolescentów bez zaburzeń depresyjnych oraz z przesiewową diagnozą depresyjności.

Wszystkie analizy zostały przeprowadzone w programie IBM SPSS Statistics 28 (PS IMAGO). Przyjęto poziom istotności statystycznej $\alpha = 0,05$.

Wyniki

W analizowanej grupie (1515 siedemnastolatków, dla których uzyskano kompletne odpowiedzi zarówno w odniesieniu do BDI, jak i *Kwestionariusza używek*) objawy depresyjne, przy punkcie odcięcia w *Inwentarzu depresji Becka* równym 10 punktów, prezentowało 23,0% chłopców i 41,5% dziewcząt. Różnica ta jest istotna statystycznie ($p < 0,001$). Natomiast jeżeli przyjęto punkt odcięcia powyżej 15 punktów zgodnie z rekomendacją Kendalla dla badań prowadzonych w populacji nieleczonej, objawy depresyjne prezentowało odpowiednio 10,7% chłopców i 21,1% dziewcząt ($p < 0,001$).

Wśród chłopców do kontaktu z jakimikolwiek używkami przyznawało się 69,7% badanych, natomiast wśród dziewcząt 65,0%. Palenie papierosów deklarowało 31,7% chłopców i 35,2% dziewcząt ($p = 0,148$), picie alkoholu potwierdziło 66,4% chłopców i 59,2% dziewcząt ($p = 0,005$), a jakkolwiek kontakt z narkotykami deklarowało 19,8% chłopców oraz 13,7% dziewcząt ($p = 0,001$). Szczegółowe dane zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Odsetek siedemnastolatków prezentujących objawy zaburzeń depresyjnych oraz używających substancji psychoaktywnych

Wyszczególnienie	Chłopcy N = 666		Dziewczęta N = 849		Ogółem N = 1515		Test χ^2
	n	%	n	%	n	%	
DEP – 10 pkt	153	23,0	352	41,5	505	33,3	$\chi^2 = 57,4$, $df = 1$, $p < 0,001$
DEP – 16 pkt	71	10,7	179	21,1	250	16,5	$\chi^2 = 29,4$, $df = 1$, $p < 0,001$

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Używki – ogółem	464	69,7	552	65,0	1016	67,1	$\chi^2 = 3,6, df = 1, p = 0,056$
Papierosy	211	31,7	299	35,2	510	33,7	$\chi^2 = 2,1, df = 1, p = 0,148$
Alkohol	442	66,4	503	59,2	945	62,4	$\chi^2 = 8,1, df = 1, p = 0,005$
Narkotyki	132	19,8	116	13,7	248	16,4	$\chi^2 = 10,3, df = 1, p = 0,001$

W analizowanej grupie siedemnastolatków deklarujących objawy depresyjne przy punkcie odcięcia w *Inwentarzu depresji Becka* równym 10 punktów ogólne używanie substancji psychoaktywnych dotyczyło 75,2% chłopców i 70,5% dziewcząt. Różnice statystycznie istotne w częstości sięgania po substancje psychoaktywne (jakikolwiek) pomiędzy nastolatkami z depresją i bez depresji zaobserwowano jedynie w grupie dziewcząt (70,5% vs. 61,2%; $p = 0,005$).

W analizie poszczególnych rodzajów używek w grupie chłopców zależność istotną statystycznie stwierdzono dla palenia papierosów (38,6% vs. 29,6% dla depresyjnych (≥ 10 pkt) oraz niedepresyjnych; $p = 0,037$) oraz przyjmowania narkotyków (odpowiednio 26,8% vs. 17,7%; $p = 0,014$). W grupie dziewcząt osoby depresyjne (≥ 10 pkt BDI) istotnie częściej sięgały po wszystkie badane substancje w porównaniu z niedepresyjnymi rówieśniczkami (palenie papierosów: 42,0% vs. 30,4%; $p < 0,001$; picie alkoholu: 63,6% vs. 56,1%; $p = 0,028$; sięganie po narkotyki: 18,2% vs. 10,5%; $p = 0,001$).

W sytuacji, gdy przyjęto wyższy próg dla rozpoznania depresyjności (tj. ≥ 16 pkt BDI), wśród chłopców zaobserwowano, że grupa osób depresyjnych istotnie częściej sięgała po substancje psychoaktywne ogółem (81,7% vs. 68,2%; $p = 0,020$), po papierosy (45,1% vs. 30,1%; $p = 0,010$) oraz narkotyki (33,8% vs. 18,2%; $p = 0,002$). Wśród dziewcząt deklarujących objawy depresyjne było 72,1% potwierdzających przyjmowanie używek w ogóle, natomiast wśród uczennic bez objawów 63,1% ($p = 0,026$). Podobnie jak w wypadku niższego punktu odcięcia w BDI, depresyjne dziewczęta częściej sięgały po papierosy (43,6% vs. 33,0%; $p = 0,008$), alkohol (68,2% vs. 56,9%; $p = 0,006$) i narkotyki (21,8% vs. 11,5%; $p < 0,001$) (tab. 2).

Tabela 2. Odsetek adolescentów deklarujących korzystanie z używek (tak/nie) w zależności od występowania objawów zaburzeń depresyjnych

Wyszczególnienie	Chłopcy (N = 666)								Dziewczęta (N = 849)							
	Użytki – ogółem		Papierosy		Alkohol		Narkotyki		Użytki – ogółem		Papierosy		Alkohol		Narkotyki	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DEP (10 pkt)																
Nie	349	68,0	152	29,6	334	65,1	91	17,7	304	61,2	151	30,4	279	56,1	52	10,5
Tak	115	75,2	59	38,6	108	70,6	41	26,8	248	70,5	148	42,0	224	63,6	64	18,2
ISz (95% PU)	1,42 (0,94–2,15)		1,49 (1,02–2,17)		1,29 (0,87–1,90)		1,70 (1,11–2,59)		1,51 (1,13–2,03)		1,66 (1,25–2,21)		1,37 (1,03–1,81)		1,90 (1,28–2,82)	
DEP (16 pkt)																
Nie	406	68,2	179	30,1	388	65,2	108	18,2	423	63,1	221	33,0	381	56,9	77	11,5
Tak	58	81,7	32	45,1	54	76,1	24	33,8	129	72,1	78	43,6	122	68,2	39	21,8
ISz (95% PU)	2,08 (1,11–3,88)		1,91 (1,16–3,14)		1,70 (0,96–3,00)		2,30 (1,35–3,93)		1,51 (1,05–2,16)		1,57 (1,12–2,20)		1,62 (1,14–2,30)		2,15 (1,40–3,29)	

Analiza ryzyka sięgania po substancje psychoaktywne przeprowadzona została również w odniesieniu do zmiennych niezależnych wyrażonych jako zmienne ciągłe. W grupie chłopców każdy dodatkowy punkt na skali Becka zwiększał ryzyko stosowania używek ogółem o 3,3% (95% PU: 1,007–1,059), palenia papierosów o 2,7% (95% PU: 1,005–1,049), picia alkoholu o 2,7% (95% PU: 1,003–1,052) oraz przyjmowania narkotyków o 4% (95% PU: 1,016–1,064).

W grupie dziewcząt, podobnie jak wśród chłopców, wykazano istotny związek między nasileniem objawów zaburzeń depresyjnych a stosowaniem używek. Każdy dodatkowy punkt na skali Becka zwiększał ryzyko sięgania po substancje psychoaktywne – ogółem o 3,7% (95% PU: 1,017–1,057), palenia papierosów o 3,6% (95% PU: 1,018–1,054), picia alkoholu o 3,1% (95% PU: 1,012–1,049) oraz używania narkotyków o 5,9% (95% PU: 1,036–1,082). Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli 3.

Tabela 3. Ryzyko używania substancji psychoaktywnych w zależności od wyników uzyskanych w kwestionariuszach (zmienna ciągła)

Podgrupa w BDI	Użytki			Papierosy			Alkohol			Narkotyki		
	lsz	95% PU	p	lsz	95% PU	p	lsz	95% PU	p	lsz	95% PU	p
Chłopcy												
Wszyscy	1,033	1,007–1,059	0,012	1,027	1,005–1,049	0,016	1,027	1,003–1,052	0,026	1,040	1,016–1,064	0,001
0–9	1,043	0,973–1,119	0,236	1,074	1,002–1,151	0,043	1,041	0,972–1,114	0,253	1,113	1,026–1,207	0,010
10+	1,054	0,993–1,119	0,084	1,003	0,958–1,050	0,894	1,054	0,996–1,114	0,067	1,024	0,975–1,075	0,343
0–15	1,023	0,980–1,069	0,295	1,036	0,993–1,080	0,106	1,020	0,978–1,064	0,357	1,049	0,999–1,102	0,057
16+	1,024	0,922–1,139	0,655	0,929	0,852–1,014	0,098	1,062	0,958–1,178	0,254	0,978	0,898–1,064	0,602
Dziewczęta												
Wszystkie	1,037	1,017–1,057	<0,001	1,036	1,018–1,054	<0,001	1,031	1,012–1,049	0,001	1,059	1,036–1,082	<0,001
0–9	1,117	1,048–1,191	0,001	1,106	1,035–1,183	0,003	1,080	1,015–1,149	0,015	1,226	1,102–1,364	<0,001
10+	1,021	0,986–1,058	0,244	1,013	0,982–1,045	0,407	1,03	0,996–1,066	0,084	1,057	1,019–1,096	0,003
0–15	1,066	1,027–1,107	0,001	1,075	1,035–1,116	<0,001	1,037	1,001–1,075	0,045	1,099	1,040–1,161	0,001
16+	1,035	0,974–1,099	0,266	1,009	0,960–1,061	0,714	1,014	0,960–1,071	0,627	1,066	1,008–1,128	0,025

Zależności pomiędzy liczbą punktów uzyskanych w skali Becka a przyjmowaniem substancji psychoaktywnych przeanalizowane zostały dodatkowo oddzielnie dla grupy osób bez objawów zaburzeń depresyjnych (przy punkcie odcięcia 10 pkt w *Inwentarzu depresji Becka*) oraz z objawami takich zaburzeń. W grupie chłopców bez objawów zaburzeń depresyjnych (punkt odcięcia 10 pkt) zaobserwowano istotne statystycznie zwiększenie ryzyka sięgania po narkotyki – każdy dodatkowy punkt na skali Becka był związany z ryzykiem wyższym o 11,3% (95% PU: 1,026–1,207).

Natomiast w grupie dziewcząt zaobserwowano istotne zwiększenie ryzyka sięgania po substancje psychoaktywne w grupie bez objawów zaburzeń depresyjnych (punkt odcięcia 10 pkt). I tak każdy dodatkowy punkt na skali Becka związany był z wyższym ryzykiem sięgania po używki – ogółem o 11,7% (95% PU: 1,048–1,191), dla palenia papierosów o 10,6% (95% PU: 1,035–1,183), dla picia alkoholu o 8% (95% PU: 1,015–1,149) oraz dla brania narkotyków o 22,6% (95% PU: 1,102–1,364). Z kolei ryzyko sięgania po narkotyki w grupie z objawami zaburzeń depresyjnych zwiększało się o 5,7% z każdym punktem na skali Becka (95% PU: 1,019–1,096).

Przyjmując wyższy punkt odcięcia (16 pkt) w *Inwentarzu depresji Becka*, w grupie dziewcząt bez objawów zaburzeń depresyjnych zaobserwowano istotną statystycznie zależność między wynikiem w skali Becka a ryzykiem sięgania po substancje psychoaktywne. Każdy dodatkowy punkt związany był ze wzrostem ryzyka przyjmowania używek ogółem o 6,6% (95% PU: 1,027–1,107), palenia papierosów o 7,5% (95% PU: 1,035–1,116), picia alkoholu o 3,7% (95% PU: 1,001–1,075) oraz brania narkotyków o 9,9% (95% PU: 1,040–1,161). Wśród dziewcząt z objawami zaburzeń depresyjnych (punkt odcięcia 16 pkt) istotną statystycznie zależność zaobserwowano jedynie w wypadku sięgania po narkotyki. Oszacowany iloraz szans wynosił 1,066 (95% PU: 1,008–1,128), co oznacza, że każdy dodatkowy punkt na skali Becka zwiększa ryzyko sięgania po narkotyki o 6,6%.

Omówienie wyników

W badaniu potwierdzono współwystępowanie deklarowanych objawów: depresyjnych i używania niektórych substancji psychoaktywnych w populacji dużego miasta uniwersyteckiego, jakim jest Kraków.

Występowanie deklarowanych objawów depresyjnych (diagnoza screeningowa depresji o łagodnym nasileniu objawów przy punkcie odcięcia w *Inwentarzu depresji Becka* 10 pkt) wiąże się u chłopców z sięganiem po papierosy i narkotyki, natomiast u dziewcząt z sięganiem po używki w ogóle, paleniem papierosów, piciem alkoholu i braniem narkotyków.

Podstawowym założeniem omawianych badań było traktowanie deklarowanych objawów depresyjnych jako będących jedynie podstawą diagnozy screeningowej i jako takich, które mogą być ewentualnie traktowane jako objawy podprogowe zaburzeń, występują niezależnie i nie stanowią podstawy do diagnozy nozologicznej. Były one punktem wyjścia przy opisie zjawisk, które współwystępują w pewnym punkcie czasowym u adolescentów w środkowej fazie dorastania. Narzędzia były dobierane pod kątem łatwości ich zastosowania w dużych badaniach epidemiologicznych oraz

możliwości dokonania porównania z wcześniej uzyskanymi wynikami. Zastosowano kwestionariusze typu *self-report* opisujące zjawiska, których badani są świadomi. Dzięki wcześniej przeprowadzonym badaniom wiemy, że wraz z wiekiem rośnie rzetelność informacji uzyskiwanych od pacjentów w wieku rozwojowym, podczas gdy zdecydowanie zmniejsza się rzetelność informacji podawanych przez ich rodziców [32]. Nasze badania miały charakter anonimowy, co było zabiegiem celowym, pozwalającym na jak najbardziej rzetelną ocenę rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych.

I tak ustalono, że występowanie deklarowanych objawów depresyjnych (diagnoza screeningowa depresji o umiarkowanym nasileniu objawów przy punkcie odcięcia w skali Becka 16 pkt) wśród chłopców oraz dziewcząt wiąże się z sięganiem po używki ogółem, po papierosy oraz narkotyki, natomiast w grupie dziewcząt dodatkowo z sięganiem po alkohol. Wszystkie zależności są istotne statystycznie.

Jak wynika z raportów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w ostatnich latach w większości krajów zauważa się znaczny wzrost spożywania alkoholu przez adolescentów. Przy czym osoby pijące alkohol we wczesnym wieku stanowią grupę ryzyka dla rozwinięcia w przyszłości uzależnienia od alkoholu, używania innych substancji psychoaktywnych oraz palenia papierosów [33, 34]. Wyniki epidemiologicznego, podłużnego badania na populacji 10 800 osób (od okresu adolescencji do wczesnej dorosłości) wskazują, że zależność między objawami depresyjnymi a nadużywaniem substancji jest dwukierunkowa. Większy poziom depresyjności w okresie adolescencji łączy się z częstszym nadużywaniem substancji psychoaktywnych w okresie wczesnej dorosłości. Częstsze nadużywanie substancji koreluje z większym nasileniem objawów depresyjnych kilka lat później. Związek ten jest silniejszy u dziewcząt niż u chłopców [35]. W ostatnich latach coraz częściej opisuje się wpływ objawów depresyjnych u nastolatków na palenie papierosów w tej grupie wiekowej [36].

Zauważono też, że „poniżej” poziomu diagnozy kategoryalnej istnieją również ważne poziomy objawów. Mogą tak być traktowane objawy lękowe, depresyjne, problemy poznawcze, z uwagą oraz zachowania agresywne. Są one ujawniane tylko poprzez konstrukty dymensionalne, jak na przykład CBCL (*Child Behaviour Checklist*), czy też stosowany w warunkach polskich KID (*Krakowski inwentarz depresyjny*). Zastosowanie podejścia dymensionalnego umożliwia ocenę wymiarów rozumianych nie jako odrębne jednostki, ale jako ciągła reprezentacja różnych ważnych obszarów problemowych [37, 38].

Potraktowanie skali w *Inwentarzu depresji Becka* jako ciągłej, czyli wymiarowej, ujawnia, że ryzyko sięgania po substancje psychoaktywne w grupie adolescentów, którzy w większości badań epidemiologicznych i klinicznych nie są objęci zainteresowaniem badaczy ani klinicystów i nie są uważani za grupę ryzyka, pokazało, że rozmaite stany emocjonalne okresu dojrzewania również mogą stanowić zagrożenie dla sięgania po używki jako sposób na rozwiązywanie kryzysu adolescencji. Analizując grupę młodzieży z wynikami w *Inwentarzu depresji Becka* poniżej 10 punktów, zaobserwowano, że każdy dodatkowy punkt w tej skali zwiększa w grupie chłopców i dziewcząt ryzyko sięgania po substancje psychoaktywne: papierosy, alkohol oraz narkotyki.

Tak więc uzyskane wyniki dostarczają jeszcze jednego argumentu w toczącej się dyskusji na temat posługiwania się kategorialnym systemem klasyfikacji w psychiatrii rozwojowej i przemawiają za podejściem dymensjonalnym w wypadku obecności objawów depresyjnych, potwierdzając ważną rolę tych ostatnich jako czynnika ryzyka rozwoju uzależnienia od substancji psychoaktywnych, nawet w sytuacji małego nasilenia objawów. Wskazują przy tym na ogromną potrzebę przygotowywania i realizowania nowoczesnych programów profilaktycznych dla młodzieży w okresie rozwojowym, które – ze względu na powszechność i narastanie omawianego zjawiska – powinny być realizowane w szkołach, do jakich młodzi ludzie uczęszczają.

Wnioski

1. Obecność deklarowanych objawów depresyjnych zwiększa ryzyko używania substancji psychoaktywnych, zwłaszcza alkoholu oraz tytoniu, w mniejszym stopniu narkotyków, zarówno u chłopców, jak i u dziewcząt.
2. Objawy depresyjne traktowane jako zmienna ciągła nasilają ryzyko używania substancji psychoaktywnych w grupie chłopców i dziewcząt, w szczególności silna zależność obserwowana jest w grupie dziewcząt z małym nasileniem objawów.
3. Zastosowanie podejścia dymensjonalnego pozwoliło na wskazanie zależności między nasilaniem się objawów depresyjnych a sięganiem po substancje psychoaktywne w grupie dziewcząt traktowanych jako „zdrowe” („z negatywną diagnozą screeningową”) w podejściu kategorialnym.

Badanie przeprowadzono dzięki funduszom z dotacji celowej UJ CM (grant K/ZDS/007154).

Piśmiennictwo

1. Brook JS, Whiteman M, Finch SJ, Cohen P. *Young adult drug use and delinquency: Childhood antecedents and adolescent mediators*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996; 35(12): 1584–1592.
2. Armstrong TD, Costello EJ. *Community studies on adolescent substance use, abuse or dependence and psychiatric comorbidity*. J. Consult. Clin. Psychol. 2002; 70(6): 1224–1239.
3. Kandel DB, Johnson JG, Bird HR, Weissman MM, Goodman SH, Lahey BB i wsp. *Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: Findings from the MECA study*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1990; 38(6): 693–699.
4. Kandel DB, Johnson JG, Bird HR, Canino G, Goodman SH, Lahey BB i wsp. *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(2): 121–132.
5. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Delund MJ, Frank RG, Leaf PJ. *The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization*. Am. J. Orthopsychiatry 1996; 66(1): 17–31.

6. Clark DB, Kirisci L, Tarter RE. *Adolescent versus adult onset and the development of substance use disorders in males*. Drug Alcohol Depend. 1998; 49(2): 115–121.
7. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S i wsp. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry 1994; 51(1): 8–19.
8. Kessler RC, Merikangas KR. *The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Background and aims*. Int. J. Methods Psychiatr. Res. 2004; 13(2): 60–68.
9. Obando P, Kliever W, Murelle L, Svikis DS. *The comorbidity of substance abuse and depressive symptoms in Costa Rican adolescents*. Drug Alcohol Depend. 2004; 76(1): 37–44.
10. Wise BK, Cuffe SP, Fischer T. *Dual diagnosis and successful participation of adolescents in substance abuse treatment*. J. Subst. Abuse Treat. 2001; 21(3): 161–165.
11. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. *Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995; 34(4): 510–519.
12. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. *The short-term consequences of early onset cannabis use*. J. Abnorm. Child Psychology 1996; 24(4): 499–512.
13. Feehan M, Mc Gee R, Raja SN, Williams SM. *DSM-III-R disorders in New Zealand 18-year-olds*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 1994; 28(1): 87–99.
14. Windle M, Davies PT. *Depression and heavy alcohol use among adolescents: Concurrent and prospective relations*. Dev. Psychopathol. 1999; 11(4): 823–844.
15. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. *Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults*. J. Abnorm. Psychol. 1991; 100(2): 214–222.
16. Beitchman JH, Douglas L, Wilson B, Johnson C, Young A, Atkinson L i wsp. *Adolescent substance use disorders: Findings from a 14-year follow-up of speech/language-impaired and control children*. J. Clin. Child Psychol. 1999; 28(3): 312–321.
17. Deykin EY, Levy JC, Wells V. *Adolescent depression, alcohol and drug abuse*. Am. J. Public Health 1987; 77(2): 178–182.
18. Boyle MH, Offord DR. *Psychiatric disorders and substance use in adolescence*. Can. J. Psychiatry 1991; 36(10): 699–705.
19. Offord DR, Boyle MH, Szatmari P, Rae-Grant NI, Links PS, Cadman DT i wsp. *Ontario child health study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization*. Arch. Gen. Psychiatry 1987; 44(9): 832–836.
20. Offer D, Ostrov E, Howard KI. *The mental health professional's concept of normal adolescent*. Arch. Gen. Psychiatry 1981; 38(2): 149–152.
21. Modrzejewska R, Badura-Madej W. *Zmiana obrazu siebie w populacji młodzieży w późnej fazie adolescencji na przestrzeni 15 lat – badania porównawcze*. Psychiatr. Pol. 2008; 42(5): 683–693.
22. Robins LN, Helzer JE. *Diagnosis and clinical assessment: The current state of psychiatric diagnosis*. Ann. Rev. Psychol. 1986; 37: 409–432.
23. Eysenck HJ, Wakefield JA, Friedman AF. *Diagnosis and clinical assessment: The DSM-III*. Ann. Rev. Psychol. 1983; 34: 167–193.
24. Solomon A, Haaga DA, Arnow BA. *Is clinical depression distinct from subthreshold depressive symptoms? A review of the continuity issue in depression research*. J. Nerv. Ment. Dis. 2001; 189(8): 498–506.
25. Flett GL, Vredenburg K, Krames L. *The continuity of depression in clinical and nonclinical samples*. Psychol. Bull. 1997; 121(3): 395–416.

26. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
27. Larsson B, Melin L. *Depressive symptoms in Swedish adolescents*. J. Abnorm. Child Psychol. 1990; 18(1): 91–103.
28. Karlsson L, Pelkonen M, Ruutu T, Kiviruusu, Heilä H, Holi M. *Current comorbidity among consecutive adolescent psychiatric outpatients with DSM-IV mood disorders*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2006; 15(4): 220–231.
29. 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(3): 289–299.
30. 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(5): 553–562.
31. Olsson G, Knorrning von AL. *Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: Gender differences*. Acta Psychiatr. Scand. 1997b; 95(4): 277–282.
32. Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan MK, Conover NC, Kala R. *Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview*. J. Child Psychol. Psychiatry 1986; 27(2): 181–190.
33. Santis R, Garmendia ML, Acuña G, Alvarado ME, Arteaga O. *The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) as a screening instrument for adolescents*. Drug Alcohol Depend. 2009; 103(3): 155–158.
34. Young SE, Corley RP, Stallings MC, Rhee SH, Crowley TJ, Hewitt JK. *Substance use, abuse and dependence in adolescence. Prevalence, symptom profiles and correlates*. Drug Alcohol Depend. 2002; 68(1): 309–322.
35. Needham BL. *Gender differences in trajectories of depressive symptomatology and substance use during the transition from adolescence to young adulthood*. Soc. Sci. Med. 2007; 65(6): 1166–1179.
36. Hockenberry JM, Timmons EJ, Vander Weg M. *Smoking, parent smoking, depressed mood and suicidal ideation in teens*. Nicotine Tob. Res. 2010; 12(3): 235–242.
37. Ivarsson T, Melin K, Wallin L. *Categorical and dimensional aspects of co-morbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD)*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2008; 17(1): 20–31.
38. Modrzejewska R, Bomba J, Beauvale A. *Factor structure of symptoms in the Krakow Depression Inventory (KID) IO "C1"*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(1): 47–59.

Autor korespondencyjny: Renata Modrzejewska
e-mail: renatam@cm-uj.krakow.pl