

Struktura czynnikowa objawów w Krakowskim Inwentarzu Depresyjnym (KID) IO „C1”

Factor structure of symptoms in the Kraków Depression Inventory (KID) IO „C1”

Renata Modrzejewska, Jacek Bomba, Andrzej Beauviale

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

Summary

Aim. The aim of this article is partial empirical verification of the depression image theoretical concept underlying the KID IO”C1” construction, and also, a check of the questionnaire’s factor relevancy.

Method. KID results of a study of an untreated population sample of 17-year-olds were analysed statistically. Out of 1823 questionnaires, 1349 were included in the analysis (560 filled in by boys and 789 girls by girls). Of these, 499 respondents received a screening diagnosis of depression. 474 sheets were rejected at random to standardise the distribution of the overall scale results. In search of the presence of a general factor and to verify the legitimacy of the division of depressive symptoms according to the clinical criterion, factor analyses were conducted using the principal components method with oblimin, quatrimax and varimax rotations separately and jointly for both sexes.

Results. The following new factors were identified: I – pessimism, II – mood instability, III – difficulty in learning, IV – self-destruction, V – fear of the future, VI – eating problems.

Conclusions. The analyses conducted only partially confirm the validity of a clinical-picture based questionnaire. A non-compliance of a number of factors with the assumed questionnaire scales emerges. A non-uniform symptomatic depression image in late adolescence phase is confirmed. Two factors stand out decidedly: self-destructive behaviours and eating problems.

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

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

Koncepcja depresji młodzieńczej przedstawiona przez Antoniego Kepińskiego w 1974 r. [1] jest próbą powiązania pojawiających się w okresie dorastania objawów psychopatologicznych z przełomem biopsychospołecznym. Jest też krokiem w kierunku wyjaśnienia obserwowanego od dawna zwiększonego ryzyka wystąpienia różnych zaburzeń psychicznych i zachowania w tej fazie rozwoju. Według tej koncepcji kryzys

rozwojowy, podobnie jak i inne kryzysy biopsychospołeczne (Kępiński wskazuje ponadto na przełom okołoporodowy i przełom towarzyszący inwolucji), może wiązać się z obecnością objawów depresyjnych. Depresja młodzieńcza w rozumieniu autora koncepcji sama nie powinna być traktowana jako zaburzenie psychiczne. Nie będąc chorobą, wymaga jednak pomocy terapeutycznej, ponieważ jest sygnałem zwiększonych trudności pokonywania przełomu rozwojowego oraz czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania. Co więcej, depresja młodzieńcza może nakładać się na objawy zaburzeń psychicznych rozpoczynających się w okresie dorastania.

Analiza psychopatologiczna obrazu objawów u adolescentów hospitalizowanych w szpitalu psychiatrycznym po raz pierwszy w okresie dorastania [2, 3] dostarczyła empirycznej weryfikacji koncepcji Kępińskiego, stwierdzono bowiem bardzo wysokie wskaźniki rozpowszechnienia syndromu objawów depresyjnych u leczonych osób (94,12%). Obecność depresji nie była zależna od przyczyny hospitalizacji, to znaczy od ustalonego w toku obserwacji rozpoznania nozograficznego zaburzenia. Rozwój i dynamika zaburzeń u osób, u których w trakcie leczenia szpitalnego nie rozpoznawano schizofrenii, zaburzeń jedzenia ani zaburzeń związanych z uszkodzeniem mózgu, śledzone w pięcioletnim okresie katamnetycznym [2], nie były swoiste dla zaburzeń afektywnych.

Dalsza empiryczna weryfikacja koncepcji Kępińskiego wymagała badania populacji nie leczonej psychiatrycznie. W tym celu konieczne było uzyskanie narzędzia do przesiewowego badania obecności objawów depresyjnych u dzieci przed okresem pokwitania i w okresie adolescencji. Ponieważ w latach siedemdziesiątych nie było takiego narzędzia, zdecydowano się na jego zbudowanie. Strukturę objawów depresji u dzieci i młodzieży oparto na opisie Kępińskiego i wynikach analizy pracy kliniczno-katamnetycznej. Pozycje inwentarza objawów depresyjnych dostosowano do swoich form ekspresji psychopatologicznej w poszczególnych fazach rozwoju. Oparto się przy tym na wynikach studiów nad depresją u dzieci i młodzieży publikowanych przez Nissena [4, 5], Poznansky [6], Cytryna i McKnew [7], Albert i Becka [8], Pużyńską [9], Witkowską-Roszkę [10].

Inwentarz objawów opracowano w formie kwestionariusza dla dorastających – we wczesnej, średniej i późnej fazie adolescencji – oraz dla rodziców i opiekunów dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym wieku szkolnym. Niskie wskaźniki trafności i rzetelności narzędzia dla dzieci w wieku przedszkolnym (AO „A”) oraz inwentarza, który wypełniały same dzieci w młodszym wieku szkolnym (IO „B”), spowodowały zaniechanie ich dalszego stosowania. Zadawalające 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 w późnej fazie dorastania (16–19 lat).

KID złożony jest z pozycji ujmujących objawy depresji w obszarach wyodrębnionych na podstawie klinicznego opisu depresji u dzieci i młodzieży, w tym – na podstawie analizy taksonomicznej wyników badania klinicznego [3]. Przyporządkowując opisy przeżyć, doznań i zachowań wyodrębnionym obszarom kierowano się teoretycznym założeniem o związku przeżycia (zachowania) z funkcjami: nastroju, lęku,

czynności intelektualnych (poznawczych), aktywnością (napędem). Wyodrębniono też dwa swoiste obszary objawowe: zachowania autodestrukcyjne i objawy somatyczne. KID dzielił się w konsekwencji na sześć obszarów objawowych:

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

Poszczególne wersje KID różnią się liczbą pozycji w całym kwestionariuszu i w poszczególnych obszarach. Wynika to z różnic w bogactwie manifestacji objawowej w różnych fazach rozwoju. Opracowano skale stenowe, zarówno ogólną, jak i dla poszczególnych obszarów objawowych.

Cel

Przeprowadzono badanie zmierzające do empirycznej weryfikacji, leżącej u podstaw budowy KID IO „C1”, koncepcji obrazu depresji oraz do sprawdzenia trafności czynnikowej kwestionariusza.

Material

Krakowski Inwentarz Depresyjny (KID), wersja IO „C1”, składa się ze 119 stwierdzeń opisujących zjawiska, których obecność zauważają u siebie sami badani. Sto cztery stwierdzenia KID IO „C1” opisują objawy depresji, z uwzględnieniem swoistości związanej z fazą rozwoju. We wprowadzającej instrukcji prosi się o wybór stwierdzeń odnoszących się 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 objawów depresji na podstawie KID brane są pod uwagę wyniki stenowe dla poszczególnych skal oraz dla skali ogólnej. Współczynnik rzetelności dla skali ogólnej KID IO „C1” alfa Cronbacha = 0,942. Trafność diagnostyczna oceniana na podstawie współczynnika korelacji punktowo-dwuseryjnej $r = 0,692$ [11].

Do analiz wykorzystano dane uzyskane w badaniu za pomocą KID IO „C1” grupy reprezentatywnej dla populacji uczniów drugich klas szkół średnich Krakowa. Wyłoniono ją metodą dwustopniowego losowania, zachowując odpowiednie proporcje chłopców i dziewcząt ze szkół licealnych, technicznych i zawodowych (17-latków).

Z ogólnej liczby zakwalifikowanych do analizy 1823 kwestionariuszy KID IO „C1” eksploracyjnym analizom czynnikowym poddano 1349 arkuszy (w tym 560 chłopców i 789 dziewcząt), z których 499 uzyskało wynik powyżej kryterium przesiewowej diagnozy depresji. Usunięto losowo 474 arkusze w celu częściowego znormalizowania rozkładu wyników w skali ogólnej. Zabieg losowego usunięcia części danych był związany z koniecznością złagodzenia zbyt skośnego rozkładu wyników w skali ogólnej.

Metody analizy

Na wstępie wykonano serię confirmacyjnych analiz czynnikowych, weryfikujących sześcioczynnikowy model, zaproponowany przez Bombę i wsp. [12].

W związku z ich wynikami wykonano eksploracyjne analizy czynnikowe w celu zbadania rzeczywistej struktury czynnikowej Krakowskiego Inwentarza Depresyjnego (KID), wersja IO „C1”.

Analizy czynnikowe przeprowadzono metodą głównych składowych z rotacją quartimax oraz varimax i normalizacją Kaisera pozycji KID IO „C1” (bez pytań ze skali kontrolnej) 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 oblimin, aby uzyskać dodatkowy argument przemawiający za istnieniem czynnika ogólnego. Wykrycie czynnika ogólnego mogłoby wskazywać na jednorodną genezę objawów depresyjnych u młodzieży.

Przeprowadzono też analizę skupień, która grupuje badanych według układu czynników, a tym samym weryfikuje postacie depresji.

Wyniki analiz czynnikowych

Przeprowadzono serię confirmacyjnych analiz czynnikowych, weryfikujących przyjętą przy konstrukcji IO „C1” strukturę sześcioczynnikową, testując modele zakładające korelację czynników oraz jej brak. Te analizy wykonano u wszystkich osób badanych oraz osobno u obu płci. We wszystkich analizach uzyskano wyniki zdecydowanie wskazujące na niezgodność danych empirycznych z założonym modelem (p dla całości modelu we wszystkich analizach mniejsze od 0,001; wskaźniki GFI i AGFI Jöreskoga w żadnej analizie nie przekroczyły wartości 0,8; wskaźniki NFI i NNFI Bentlera-Bonetta również nie osiągały nawet 0,8). W związku z tym wykonano eksploracyjne analizy czynnikowe w celu zbadania rzeczywistej struktury czynnikowej Krakowskiego Inwentarza Depresyjnego (KID), wersja IO „C1”.

Eksploracyjne analizy czynnikowe przyniosły (według kryterium testu osypiska) niezdecydowane rozwiązania 1- albo 5 – 6-czynnikowe, zarówno w całej grupie badanej, jak i u chłopców i dziewcząt oddzielnie. Z uwagi na zakładaną przez autorów kwestionariusza jego 6-skalową strukturę przyjęto rozwiązania 6-czynnikowe. Całkowita wyjaśniona wariancja dla rozwiązania 6-czynnikowego wynosiła dla całej grupy i obu płci 32–33%. Miara adekwatności doboru próby wynosiła dla całej grupy $KMO = 0,948$, dla dziewcząt $KMO = 0,924$, dla chłopców $KMO = 0,897$ przy bardzo istotnych statystycznie wartościach testu sferyczności Bartletta ($p < 0,0005$). We wszystkich trzech przypadkach rotacja osiągnęła zbieżność w całej grupie: – dla quartimax w 6 iteracjach, dla direct oblimin – w 19, dla varimax – w 10 iteracjach, u chłopców – w 11, 24 i 11, u dziewcząt – w 8, 34 i 17.

Zgodnie z oczekiwaniami zdecydowana większość pozycji kwestionariusza (69 z 92 w całej badanej grupie, 72 u dziewcząt i 68 u chłopców) ma ładunki czynnikowe powyżej przyjętego kryterium (wartość 0,30) w jednym czynniku ogólnym po rotacji quartimax. Największe ładunki uzyskano dla pozycji B037 (Jestem ciągle wewnętrznie niespokojna/y: 0,627 w całej grupie – u dziewcząt 0,568 i 0,625 u chłopców), A034 (Czuję się stale przygnębiona/y: 0,606 w całej grupie – 0,673 u dziewcząt i 0,583 u chłopców), dla pozycji D080 (Na nic nie mam siły: 0,588 w całej grupie – u dziewcząt 0,656 i u chłopców 0,504) oraz dla pozycji A030 (Jest mi stale smutno: w całej grupie 0,556 – u dziewcząt 0,622 i u chłopców 0,533). Rzetelność międzypopulacyjna czynnika ogólnego – określana za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana między ładunkami korespondujących czynników (po rotacji) $\rho = 0,701$ dla wszystkich 92 pozycji i $\rho = 0,574$ dla 75 pozycji z co najmniej jednym ładunkiem równym lub większym od 0,40 – jest stosunkowo niska.

Analiza z rotacją quartimax przyniosła wyniki przemawiające za istnieniem czynnika ogólnego niemal w całym obszarze treściowym kwestionariusza. Jedyne wyjątki zdają się stanowić nieliczne pozycje – wszystkie związane z zaburzeniami jedzenia.

Rotacja direct oblimin doprowadziła do wyodrębnienia sześciu słabo skorelowanych ze sobą czynników. Współczynniki korelacji są na tyle niskie, że nie mogą stanowić odniesienia dla dodatkowej argumentacji na rzecz istnienia czynnika ogólnego (najwyższe współczynniki nie przekraczają wartości 0,35). Współczynniki korelacji między pierwszym a szóstym czynnikiem (grupującym pozycje związane z zaburzeniami jedzenia), chociaż niskie, są wyższe od wielu innych w całej grupie ($r = 0,287$) i u dziewcząt ($r = 0,284$). U chłopców analogiczny współczynnik Pearsona jest niższy ($r = 0,189$).

Wyodrębnione w rotacji varimax składowe mają wystarczająco wysokie ładunki umożliwiające interpretację treściową.

Czynnik 1, o najwyższych ładunkach w pozycjach D025 – Czuję, że moje życie nie ma sensu (0,627 w całej grupie – 0,633 u dziewcząt i 0,609 u chłopców), oraz u chłopców w E102 – Nie widzę niczego, do czego mogłabym/mógłbym dążyć (0,658; w całej grupie – 0,551, u dziewcząt – 0,536), ma najwięcej znaczących ładunków w skalach: A (10 z 13 w całej grupie, i tak samo u dziewcząt, oraz 9 z 13 u chłopców), D (8 z 17 w całej grupie, 7 u dziewcząt i u chłopców) oraz E (6 z 18 zarówno w całej grupie, jak i dziewcząt i chłopców). Współczynnik rzetelności międzypopulacyjnej czynnika 1 jest dość wysoki ($\rho = 0,832/0,848$). Treść większości pozycji związana jest ze smutkiem, pesymizmem i słabą motywacją do działania.

Czynnik 1: Pesymizm

A030 – Jest mi stale smutno

A034 – Czuję się stale przygnębiona/y

A061 – Czuję się nikomu niepotrzebna/y

A071 – W niczym mi się nie wieździe

B010 – Nic dobrego nie czeka mnie w przyszłości

B086 – Wydaje mi się, że wszystko się źle skończy

C108 – Nie jestem zadowolona/y z siebie

- D025 – Czuję, że moje życie nie ma sensu
- D080 – Na nic nie mam siły
- D081 – Życie jest takie, że nie warto wstawać z łóżka, ubierać się
- D110 – Nie zacznę niczego nowego
- E039 – Wydaje mi się, że życie ludzkie nie ma sensu
- E102 – Nie widzę niczego, do czego mogłabym/mógłbym dążyć
- E115 – Wydaje mi się, że nie ma sensu starać się o cokolwiek.

Czynnik 2 charakteryzuje się wysokim ładunkiem w pozycji A013 – Płaczę lub złość się o byle co – ale tylko w całej grupie: 0,616 (u dziewcząt 0,559, u chłopców zaś poniżej 0,300). Ta pozycja u chłopców jest najbliższa czynnikowi 5. Czynnik 2 jest wyraźniej konsolidowany przez różnice między płciami i między dziewczętami niż przez różnice między chłopcami, u których jego zawartość treściowa jest do pewnego stopnia odmienna. Wyraża się to zarówno w mniejszych ładunkach czynnikowych u chłopców, jak i w innym ich usytuowaniu w przypadku pozycji skali B, z których aż 9 ma znaczące ładunki w całej próbie, podczas gdy u dziewcząt – 7, u chłopców zaś tylko 1. W przypadku pozostałych skal różnice są znacznie mniejsze – w skali A (7 w całej grupie i u dziewcząt, 5 u chłopców), w D (6 w całej grupie, 4 – u dziewcząt, 5 – u chłopców), w skali F (8 w całej grupie, 5 – u dziewcząt i 6 – u chłopców). Również rzetelność międzypopulacyjna tego czynnika jest stosunkowo niska ($\rho = 0,627/0,678$). Treść pozycji związana jest przede wszystkim ze zmiennością nastroju, zmęczeniem i zaburzeniami wegetatywnymi.

Czynnik 2: Niestabilność nastroju

- A013 – Płaczę lub złość się o byle co
- A076 – Jestem to smutna/y, to wesoła/y nawet tego samego dnia bez wyraźnych powodów
- A107 – Nawet głupstwo doprowadza mnie do rozpacz
- B014 – Często cała/y się trzęsę
- B022 – Czasem boję się sama/sam nie wiem czego
- B035 – Łatwo płaczę, nawet z błahych powodów
- B037 – Jestem ciągle wewnętrznie niespokojna/y
- B062 – Mam stałe uczucie lęku
- D003 – Nawet jeśli śpię całą noc, rano jestem zmęczona/y
- D114 – Jestem stale zmęczona/y tak, że do niczego się nie mogę zabrać
- F028 – Często miewam bóle brzucha
- F054 – Stale jestem śpiąca/y
- F083 – Często boli mnie głowa
- F100 – Często coś mi dolega.

Czynnik 3 ma najwięcej znaczących ładunków w skalach C (8 w całej grupie i u dziewcząt, 7 u chłopców) i D (7 w całej grupie, 6 u dziewcząt i 7 u chłopców). Treść tych pozycji wskazuje na trudności w nauce szkolnej oraz spadek motywacji

do uczenia się. Czynnik ten charakteryzuje się największą rzetelnością międzypopulacyjną ($\rho = 0,895/0,908$).

Czynnik 3: Trudności w nauce

- C005 – Ostatnio nie mogę zabrać się do nauki
- C020 – Gdy się uczę, nic nie wchodzi mi do głowy
- C041 – Dostaję teraz gorsze oceny niż zazwyczaj
- C057 – Wolę zająć się czymkolwiek innym niż nauką
- C087 – Myślę nie tak szybko jak dawniej
- C089 – Nie mogę się skupić nad książkami
- C109 – Nauka przestała mnie interesować
- D067 – Nie mogę rano wstać z łóżka
- D111 – Nawet gdy krótko się uczę, jestem stale zmęczona/y
- D114 – Jestem stale zmęczona/y tak, że do niczego się nie mogę zabrać
- E043 – Wszystko jedno co robię, byle było fajnie
- E098 – Nie przywiązuję wagi do szkoły ani nauki.

Czynnik 4 (w całej grupie, 3 zaś u dziewcząt i u chłopców) ma największe ładunki w pozycjach: E097 – Często myślę o odebraniu sobie życia (0,696 w całej grupie, 0,689 u dziewcząt, 0,695 u chłopców), E059 – Stale myślę o odebraniu sobie życia (0,649 w całej grupie, 0,641 u dziewcząt, 0,654 u chłopców), E068 – Chciałabym / chciałbym umrzeć (0,638 w całej grupie, 0,634 u dziewcząt, 0,665 u chłopców). Czynnik ten jest bardzo treściowo jednorodny, gdyż ma ładunki głównie w jednej skali – E (12 z 18 w całej grupie oraz u chłopców, a 13 u dziewcząt), związane z autoagresją (autodestrukcją w postaci myśli i planów samobójczych). Jego rzetelność międzypopulacyjna nie jest zbyt wysoka ($\rho = 0,709/0,777$).

Czynnik 4: Autodestrukcja

- E007 – Szukam niebezpiecznych sytuacji
- E015 – Często rozmyślałam o śmierci
- E017 – Piję alkohol, bo nie widzę innego wyjścia z sytuacji
- E046 – Zdarza mi się zadać sobie rozmyślnie ból (pociąć się, poparzyć)
- E053 – Przychodzi mi na myśl, że dobrze byłoby skończyć ze sobą
- E059 – Stale myślę o odebraniu sobie życia
- E075 – Zdarzyło mi się, że próbowałam/em odebrać sobie życie, bo dłużej nie mogłam/em wytrzymać
- E097 – Często myślę o odebraniu sobie życia
- E068 – Chciałabym / chciałbym umrzeć.

Czynnik 5 w całej grupie i u dziewcząt, oraz odpowiadający mu czynnik 2 u chłopców, ma najwięcej znaczących ładunków w pozycjach skali B, związanych treściowo z lękiem przed przyszłością (10 z 17 w całej grupie i 11 u dziewcząt i chłopców). Najwyższy ładunek w całej grupie i u dziewcząt ma pozycja B078 – Obawiam się

wydarzeń, które mają nastąpić w moim życiu (odpowiednio 0,596 i 0,607, u chłopców – 0,543). Podobnie jak w przypadku poprzedniego czynnika, jego rzetelność międzypopulacyjna nie jest zbyt wysoka ($\rho = 0,723/0,748$).

Czynnik 5: Lęk przed przyszłością

B044 – Boję się, że nie podołam swoim obowiązkom

B048 – Wydaje mi się, że coś złego się stanie

B056 – Obawiam się, że kiedy zacznę pracować, nie dam sobie z tym rady

B066 – Lęk przed czymś, czego nie rozumiem, paraliżuje mnie

B072 – Boję się wszelkich zmian

B078 – Obawiam się wydarzeń, które mają nastąpić w moim życiu

F119 – Boję się, że na coś poważnego zachoruję.

Czynnik 6 (tak jak i po rotacji quartimax) tworzą cztery pozycje skali F dotyczące łaknienia i jedzenia: F103 – Prawie w ogóle nic nie jem (w całej grupie 0,718, u dziewcząt 0,724 i u chłopców 0,559), F008 – Nie mam apetytu (w całej grupie 0,666, u dziewcząt 0,673 i u chłopców 0,535), F049 – Jedzenie przestało mi sprawiać przyjemność (w całej grupie 0,611, u dziewcząt 0,597 i u chłopców 0,610) i F069 – Ostatnio bardzo schudłam/em (w całej grupie i u dziewcząt – 0,583, u chłopców 0,593). Jego rzetelność międzypopulacyjna $\rho = 0,479/0,533$ jest niska z powodu małej liczby pozycji, z którymi jest związany.

Czynnik 6: Problemy z jedzeniem

F008 – Nie mam apetytu

F049 – Jedzenie przestało mi sprawiać przyjemność

F069 – Ostatnio bardzo schudłam/em

F103 – Prawie w ogóle nic nie jem.

Wyniki analizy skupień

Analizę skupień przeprowadzono metodą k-średnich z narzuceniem wyodrębnienia 6 skupień:

Skupienie 3 – 417 badanych: wszystkie średnie wyników czynnikowych poniżej średniej arytmetycznej. Najwyraźniej odchylają się od średniej wyniki w czynniku 3 i czynniku 2 (trudności w nauce i niestabilność nastroju).

Skupienie 2 – 317 badanych: podwyższony poziom czynnika 3 (trudności w nauce) (średnio 1z). Pozostałe średnie poniżej 0 z.

Skupienie 5 – 230 badanych: podwyższony poziom czynników: 5 (lęk przed przyszłością: 0,9 z) i 2 (niestabilność nastroju: 0,9 z). Pozostałe średnie poniżej 0 z.

Skupienie 1 – 167 badanych: bardzo wyraźnie podwyższone wyniki w zakresie czynnika 1 (pesymizm: 1,7 z) i nieco podwyższone w zakresie czynnika 5 (lęk przed przyszłością: 0,4 z). Obniżone wyniki w czynniku 4 (autodestrukcja: 0,4 z).

Skupienie 4 – 118 badanych: bardzo wyraźnie podwyższone wyniki czynnika 4 (autodestrukcja: 2,3 z) i nieco podwyższone w czynniku 1 (pesymizm: 0,6 z).

Skupienie 6 – 100 badanych: bardzo wysokie wyniki w czynniku 6 (problemy z jedzeniem: 2,6 z) i umiarkowanie podwyższone w zakresie czynnika 2 (niestabilność nastroju: 0,7 z).

Stwierdzono statystycznie istotne różnice między dziewczętami a chłopcami w rozkładach częstości skupień ($\chi^2 = 130,18$, $df = 5$, $p < 0,0005$). Dziewczęta stosunkowo częściej należą do skupienia 5 (24,7%) w porównaniu z 6,3% chłopców, oraz do skupienia 6 (9,8% vs 4,1%). Chłopcy są najliczniejsi w skupieniu 2 (29,8%), w porównaniu z 19,0% dziewcząt, oraz w skupieniu 3 (40,7% vs 24,0%). Skupienie, w którym nie stwierdza się różnic w częstościach obu płci, jest związane z autodestrukcją (po około 9% chłopców i dziewcząt). Podane procenty odnoszą się do wszystkich włączonych do analizy adolescentów, niezależnie od ogólnego wyniku w KID IO „C1”.

Dyskusja wyników przeprowadzonych analiz

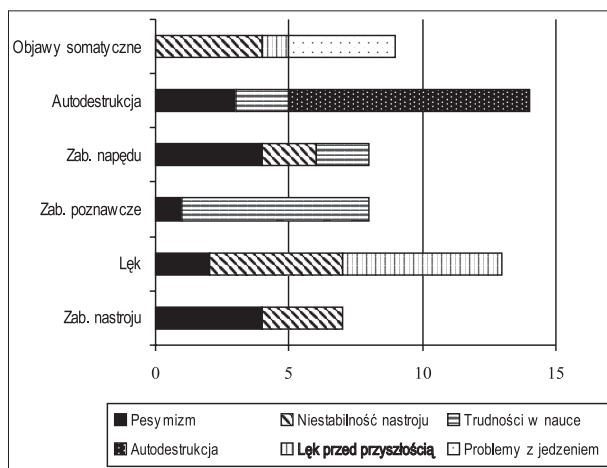
Analiza czynnikowa całości uzyskanego materiału zawierającego informacje o subiektywnych przeżyciach dorastających dziewcząt i chłopców nie potwierdziła zakładanego w trakcie konstruowania KID modelu grupowania się doznań i zachowań, traktowanych jako objawy psychopatologiczne, wokół uwzględnionych wcześniej funkcji psychicznych: nastroju, lęku, czynności poznawczych, napędu, autoagresji i doznań somatycznych. Jest to wynik zaskakujący, zwłaszcza w kontekście współczesnego rozumienia psychopatologii. Współczesna klasyfikacja zaburzeń psychicznych opiera się właśnie na „pokrewieństwie zasadniczej tematyki i opisowym podobieństwie” [13, s. 15]. Trzeba jednak uwzględnić, że analizie poddano materiał uzyskany w zebranych metodą kwestionariuszową refleksjach własnych osób, spośród których tylko 27,9% [14] postawiono przesiewową diagnozę depresji. Większość badanych adolescentów miała zatem jedynie pojedyncze objawy uważane za typowe dla depresji młodzieńczej. Obserwowano to już w latach sześćdziesiątych [15].

Przeprowadzone analizy czynnikowe eksploracyjne metodą głównych składowych tylko częściowo potwierdzają słuszność opartego na obrazie klinicznym podziału KID IO „C1” na sześć grup objawów uznanych za charakterystyczne dla depresji u młodzieży w późnej adolescencji: zaburzeń nastroju, lęku, zaburzeń poznawczych, zaburzeń napędu, autodestrukcji oraz objawów somatycznych. Grupy te zostały opracowane jako podskale KID. Jak wynika z analizy z rotacją quatrimax niemal wszystkie włączone do KID IO „C1” objawy mogą wiązać się z jednym, ogólnym czynnikiem. Wyjątek stanowią pojedyncze pozycje kwestionariusza opisujące zaburzenia jedzenia. Niemniej jednak rotacja direct oblmin nie dostarczyła argumentu przemawiającego za istnieniem takiego ogólnego czynnika.

Można zatem wnosić, że analizy nie potwierdziły jednoznacznie, ale też nie zakwestionowały wyraźnie, istnienia jednego mechanizmu depresji młodzieńczej.

W analizie z rotacją varimax wyodrębniono sześć składowych o ładunkach pozwalających na analizę treściową. Wyłonione tak czynniki nie pokrywają się z grupami objawów tworzącymi podskale KID, z wyjątkiem grupy zachowań autodestrukcyjnych

[16]. Pozostałe czynniki, interpretowane na podstawie tworzących je opisów przeżyć i zachowań, zbliżone są raczej do typów depresji młodzieńczej według Kępińskiego [1] niż połączonych jedną treścią grup objawów. Zgrupowane w podskalach KID objawy weszły w analizę w skład różnych czynników (rys. 1), nieraz wykazując powiązania z kilkoma czynnikami.



Rys. 1 Rozkład pozycji KID IO „C1” w skalach i czynnikach

Na przykład objawy somatyczne, w KID grupowane w skali F, uległy rozproszeniu. Część z nich, związana z jedzeniem, utworzyła osobny czynnik (6). Pozostałe weszły w skład czynnika 2, opisanego jako niestabilność nastroju, i czynnika 5, opisanego jako lęk przed przyszłością. W czynniku 2 znalazły się objawy traktowane przez Nissena [4, 5] jako charakterystyczne dla depresji u dzieci i interpretowane jako wyraz dziecięcej aleksytymii (ból głowy, ból brzucha, zmęczenie).

Najbliższy skali poznawczej wydaje się czynnik związany z trudnościami szkolnymi, choć również mieści on w sobie większą część objawów zaburzeń napedu. Jeżeli przyjmiemy, że zaburzenia napedu nie stanowią objawu specyficznego dla depresji młodzieńczej, podobnie jak zaburzenia somatyczne, a dołączają się jedynie do innych objawów związanych z poszczególnymi czynnikami, to implikuje to konieczność dokonania odpowiednich zmian w skalach kwestionariusza.

Interesujących informacji dostarcza również analiza skupień. W skupieniu 3, grupującym badanych o najniższych wynikach KID, jest więcej chłopców, co odpowiada wynikom badań nad rozpowszechnieniem objawów depresyjnych w nieleczonej populacji 17-latków w Krakowie [14]. Nadreprezentacja dziewcząt w skupieniu 5 odpowiada częstszemu występowaniu zaburzeń odżywiania się u osób płci żeńskiej. Nierównomierny rozkład płci w pozostałych skupieniach wiąże się z odmienną manifestacją objawów depresji. Wskazuje to na wpływ płci na obraz depresji – u dziewcząt występuje przewaga objawów lękowych i wahań nastroju, natomiast u chłopców, jako typowe, pojawiają się trudności w nauce.

Niemniej jednak, chociaż analizie poddano wyniki IO „C1” niezależnie od diagnozy przesiewowej, jej rezultaty wskazują, że obraz depresji młodzieńczej jest zróżnicowany,

a uzyskane skupienia (2, 5, 1 i 4) zbliżone są do typów obrazu depresji, jakie wyłoniono w wyniku analizy taksonomicznej populacji leczonej stacjonarnie [2, 3].

Szczególnie interesujący jest wynik wskazujący na utrzymywanie się w późnej adolescencji mechanizmów objawowych depresji opisywanych raczej u dzieci niż u młodych dorosłych. Tendencję do zanikania dziecięcych mechanizmów depresji opisywano w latach siedemdziesiątych [17].

Wnioski

1. Krakowski Inwentarz Depresyjny (KID) IO „C1” grupuje objawy, których obecność wiąże się słabo z jednym czynnikiem.
2. Struktura czynnikowa KID IO „C1” nie odpowiada strukturze założonej teoretycznie na podstawie charakteru objawów.
3. KID IO „C1” pozwala na prowadzenie badań przesiewowych nad depresją u młodzieży.
4. Obraz objawów depresji u młodzieży w późnej fazie dorastania jest niejednorodny.
5. Depresja u młodzieży w późnej fazie dorastania przybiera formy, w których dominują: trudności w nauce szkolnej, niestabilność nastroju, pesymizm, autodestrukcja.
6. Obecność objawów zaburzeń odżywiania się nie wiąże się z obecnością objawów depresji.

Факторная структура симптомов в Краковском депрессивном глоссарии (KID) IO „C1”

Содержание

Задание. Заданием работн является частичная верификация теоретической концепции картины депрессии, лежащей у базиса строения KID IO „C1”, а также проверка факторной эффективности глоссария.

Метод. Результаты из KID при исследовани не леченной пробы популяции 17 летних подростков подвергнуты статистическому анализу. Из 1823 анкет для анализа выбрано 1349 (560 заполненных мальчиками и 789 девочками). Из этой группы 499 исследованных получило скрининговый диагноз депрессии. Отброшен случайной выборкой 474 глоссариев для нормализования расклада результатов общей шкалы. В изыскании присутствия общего фактора, а также верификации правильности разделения депрессивных симптомов по клиническому критерию, проведены факторные анализы методом главных составляющих с ротациями oblimin, quartrimax varimax отдельно и в сумме для обоих полов участников.

Результаты. Выделены следующие новые факторы: I – пессимизм, II – нестабильность настроения, III – школьные трудности обучения, IV – autodеструкция, V – фобия пред будущим, VI – проблемы с питанием.

Выводы. Проведенные анализы только частично подтверждают правильность, опирающегося на клинической картине глоссария. Вырисовывается несогласность нескольких факторов с использованными шкалами глоссария. Подтверждается разный симптологический характер депрессии в поздней фазе созревания. Выраженным образом выделяются два фактора: autodеструктивные поведения и проблемы принятия пищи.

Faktorenstruktur der Symptome in Krakowski Inwentarz Depresyjny - Krakauer Inventar zur Erfassung von Depression (KID) IO „C1“

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel des Artikels ist eine partielle empirische Verifizierung der theoretischen Idee des Depressionsbildes, die die Grundlage von KID IO „C1“ bildet, andererseits wird die Validität der Faktoren des Fragebogens geprüft.

Methode. Die KID-Ergebnisse aus der Untersuchung der nicht behandelten Populationsprobe der 17-Jährigen wurden statistisch analysiert. Aus 1823 Fragebögen wurden 1349 (560 wurden von Jungen, 789 von Mädchen ausgefüllt) in die Analyse eingeschlossen. Aus dieser Gruppe erzielten 499 Untersuchte die Diagnose der Depression. Es wurden stichweise 474 Fragebögen zur Normalisierung der Ergebnisse der allgemeinen Skala abgelehnt. In der Suche nach dem allgemeinen Faktor und nach der Verifizierung der Teilung der Depressionssymptome nach dem klinischen Kriterium wurden die Faktorenanalysen mit Hilfe der Methode von Hauptkomponenten mit Oblimin-, Quatrimax- und Varimaxrotationen getrennt und zusammen für beide Geschlechter durchgeführt.

Ergebnisse. Es wurden folgende neue Faktoren ausgesondert: 1 – Pesymismus; 2 – Instabilität der Stimmung; 3 – Probleme mit Lernen; 4 – Autodestruktion; 5 – Angst vor Zukunft; 6 – Probleme mit Essen.

Schlussfolgerungen. Die durchgeführten Analysen bestätigen nur teilweise die Richtigkeit des auf das klinische Bild gestützten Fragebogens. Es zeigt sich die Unstimmigkeit einiger Faktoren mit den angenommenen Skalen des Fragebogens. Das nicht einheitliche Symptomenbild der Depression in der späten Adoleszenzphase wurde bestätigt. Entschieden wurden zwei Faktoren ausgesondert: autodestruktives Verhalten und Probleme mit Essen.

La structure factorielle des symptômes de Krakow Depression Inventory (KID) IO « C1 »

Résumé

Objectif. Vérifier partiellement et empiriquement la conception théorique de l'image de la dépression qui forme le fondement de KID IO « C1 » et confirmer la justesse des facteurs de ce questionnaire.

Methode. On analyse statistiquement les résultats de KID – on examine les jeunes de 17 ans non traités. De 1825 questionnaires on analyse 1349 (560 garçons et 789 filles). De ce groupe examiné on discerne 499 personnes diagnostiquées « dépression ». On rejette au hasard 474 questionnaires pour normaliser la distribution des résultats des échelles. On fait l'analyse factorielle avec la méthode des composants principaux et les rotations oblmin, quatrimax, varimax, les deux sexes –séparément et ensemble – pour détecter la présence d'un facteur général et pour vérifier la justesse de cette division clinique de la dépression.

Résultats. On identifie les nouveaux facteurs : I – pessimisme, II – instabilité de l'humeur, III – difficultés à apprendre, IV – autodestruction, V – peur de l'avenir, VI – troubles du manger.

Conclusions. Ces analyses confirment partiellement la validité de ce questionnaire basé sur l'image clinique. On note la discordance de quelques facteurs avec les échelles établies du questionnaire. On confirme aussi l'image hétérogène des symptômes de la dépression pendant l'adolescence tardive. Deux facteurs se distinguent décisivement : comportements autodestructifs et troubles du manger.

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; 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 & 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, red. *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 early 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. Bomba J, Modrzejewska R. *Prospektywne badania dynamiki depresji u dzieci między preadolescencją a wczesną fazą dorastania*. Psychiatr. Pol. 2006; 3: 481–490.
12. Bomba J, Czaplak E, Józefik B, Michalak R, Piekło J, Wolska M. *Rozpowszechnienie i obraz depresji u młodzieży szkolnej*. Psychoter. 1985; 55: 7–18.
13. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Vesalius i IPiN; 1977.
14. 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.
15. Offer D, Sabshin M, Marcus D. *Clinical evaluation of normal adolescents*. Am. J. Psychiatry 1965; 121: 864–872.
16. Bomba J, Modrzejewska R, Beauvale A. *Struktura czynnikowa objawów w Krakowskim Inwentarzu Depresyjnym – IO „C1”*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2008; supl. 1: 5–6.
17. Uszakow GH, Girich JaP. *Special features of psychogenic depression in children and adolescents*. W: Annel A-L, red. *Depressive states in childhood and adolescence*. Stockholm: Alquist & Wiksell; 1971, s. 510–516.

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

Otrzymano: 2.05.2009
Zrecenzowano: 28.07.2009
Otrzymano po poprawie: 8.10.2009
Przyjęto do druku: 21.10.2009

