



Złożenie pracy online:
2025-02-03 14:45:28
Kod pracy:
34272/46443/CloudA

Anna Radzięciak
(nr albumu: 30477)

Praca magisterska

Objawy depresyjności a poziom samooceny u nastolatków

Symptoms of depression and the level of self-esteem in adolescents

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Aleksandra Patyk-Rybka

Pragnę podziękować Pani Promotor dr Aleksandrze Patyk-Rybce za pomoc, poświęcony czas, a także za cenne wskazówki i uwagi udzielane w trakcie pisania niniejszej pracy.

|



Streszczenie

Celem pracy jest zbadanie związku pomiędzy poziomem objawów depresyjnych a samooceną u nastolatków. W pierwszej części pracy przedstawiono teoretyczne podstawy dotyczące depresji, w tym jej definicje, klasyfikacje oraz czynniki ryzyka związane z występowaniem tej choroby u młodzieży. Następnie zostało omówione pojęcie samooceny, jej znaczenie oraz czynniki ją kształtujące. Kolejną część pracy dotyczy relacji między depresją a samooceną, uwzględniając zarówno teoretyczne podstawy, jak i wyniki badań naukowych. W kolejnej części pracy została poruszona tematyka leczenia depresji zarówno w kontekście społecznym oraz problematykę leczenia farmaceutycznego. Na zakończenie rozdziału omówiono metody wspomagające leczenie depresji oraz psychoterapię. W części badawczej przeprowadzono analizę zależności pomiędzy poziomem objawów depresyjnych a samooceną, wykorzystując Skalę Depresji CDI-2, Skalę Samooceny Rosenberga (SES) oraz posłużono się arkuszem personalnym własnej konstrukcji. Wyniki badań wskazują na istotne powiązania między tymi zmiennymi, co może mieć znaczenie w kontekście działań profilaktycznych i terapeutycznych.

Słowa kluczowe

depresja, samoocena, dorastanie, objawy depresji, czynniki ryzyka, psychoterapia, leczenie depresji, młodzież

Abstract

The aim of the study is to examine the relationship between the level of depressive symptoms and self-esteem in adolescents. The first part of the paper presents the theoretical basis for depression, including its definitions, classifications and risk factors related to the occurrence of this disease in adolescents. Then, the concept of self-assessment, its meaning and the factors shaping it were discussed. The next part of the work concerns the reaction between depression and self-esteem, taking into account both the theoretical basis and the results of scientific research. The next part of the work deals with the treatment of depression both in the social context and the issue of pharmaceutical treatment. At the end of the chapter, methods supporting the treatment of depression and psychotherapy are discussed. In the research part, an analysis of the relationship between the level of depressive symptoms and self-esteem was carried out, using the CDI-2 Depression Scale, the Rosenberg Self-Esteem Scale (SES) and a personal sheet of own design. The results of the research indicate significant links between these interchangeable, which may be relevant in the context of preventive and therapeutic measures.

Keywords

depression, self-esteem, adolescence, depressive symptoms, risk factors, psychotherapy, treatment of depression, adolescents



Spis treści

| | |
|--|-----------|
| Wstęp | 3 |
| Rozdział 1 Depresja jako ujęcie psychologiczne | 6 |
| 1.1 Definicje depresji | 6 |
| 1.1.1 Klasyfikacja i rodzaje depresji | 6 |
| 1.1.2 Kryteria diagnostyczne według ICD-10..... | 6 |
| 1.1.3 Kryteria diagnostyczne według ICD-11 | 8 |
| 1.1.4 Kryteria diagnostyczne według DSM-5 | 10 |
| 1.2 Depresja u nastolatków | 12 |
| 1.3 Wybrane koncepcje depresji..... | 14 |
| 1.3.1 Model depresji według A. T. Becka | 14 |
| 1.3.2 Model depresji według J. Bowlb`ego..... | 15 |
| 1.4 Specyfika objawów depresji w wieku młodzieńczym | 17 |
| 1.5 Czynniki ryzyka występowania depresji u nastolatków | 19 |
| 1.5.1 Czynniki biologiczne..... | 19 |
| 1.5.2 Czynniki środowiskowe | 22 |
| 1.5.3 Czynniki psychologiczne | 24 |
| 1.6 Przyczyny depresji w wieku młodzieńczym | 27 |
| Rozdział 2 Samoocena w ujęciu psychologicznym | 30 |
| 2.1 Samoocena – definicja i znaczenie..... | 30 |
| 2.1.2 Definicje samooceny | 32 |
| 2.2 Czynniki kształtujące samoocenę..... | 33 |
| 2.2.1 Czynniki wewnętrzne | 33 |
| 2.2.2 Czynniki zewnętrzne | 34 |
| Rozdział 3 Powiązania pomiędzy depresją a samooceną u młodzieży | 36 |
| 3.1 Relacja między depresją a samooceną | 36 |
| 3.2 Wyniki badań dotyczące związku pomiędzy depresją a samooceną..... | 37 |
| Rozdział 4 Wsparcie oraz formy pomocy dla młodzieży | 39 |
| 4.1 Społeczny kontekst leczenia depresji | 39 |



| | |
|--|-----------|
| 4.2 Leczenie farmakologiczne..... | 40 |
| 4.3 Psychoterapia oraz metody wspomagające leczenie depresji | 41 |
| Rozdział 5 Metodologia badań własnych | 44 |
| 5.1 Cele i problemy badawcze | 44 |
| 5.2 Problemy i hipotezy badawcze..... | 44 |
| 5.3 Charakterystyka metod badawczych | 46 |
| 5.3.1 Skala Samooceny SES Rosenberg | 46 |
| 5.3.2 Skala Depresji CDI-2 (CDI-2 Zestaw Kwestionariuszy do Diagnostyki Depresji u Dzieci i Młodzieży)..... | 47 |
| 5.3.3 Arkusz personalny | 49 |
| 5.4 Opis grupy badanej..... | 50 |
| 5.5 Procedura badania | 52 |
| Rozdział 6 Wyniki badań własnych | 53 |
| 6.1 Przedstawienie wyników badań | 53 |
| 6.1.1 Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych ilościowych | 53 |
| 6.2 Powiązania pomiędzy poziomem objawów depresyjnych a samooceną | 54 |
| 6.3 Analiza statystyczna wyników przeprowadzonych badań | 55 |
| 6.4 Podsumowanie i weryfikacja hipotez..... | 61 |
| 6.5 Porównanie wyników badań z literaturą | 63 |
| 6.6 Ograniczenia badań i propozycje dalszych kierunków | 66 |
| 6.7 Wnioski | 67 |
| Zakończenie | 69 |
| Bibliografia | 71 |
| Spis tabel | 80 |
| Załącznik | 81 |



Wstęp

Temat badania związku między objawami depresyjnymi a poziomem samooceny u nastolatków jest niezwykle istotny z kilku kluczowych powodów. Przede wszystkim, depresja wśród młodzieży staje się coraz bardziej powszechnym zjawiskiem, co budzi rosnące obawy zarówno wśród specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, jak i w społeczeństwie jako całości. Młodzież to grupa wiekowa, która przechodzi przez wyjątkowo dynamiczny okres rozwoju, w którym kształtują się ich tożsamość, umiejętności społeczne oraz mechanizmy radzenia sobie z trudnościami. W tym kluczowym okresie życia, obniżona samoocena może znacząco przekładać się na ich codzienne funkcjonowanie, relacje z rówieśnikami, wyniki w nauce oraz ogólne samopoczucie.

Zrozumienie związku między depresją a samooceną jest niezbędne, aby opracować skuteczne strategie wsparcia i interwencji, które mogą pomóc młodym ludziom w radzeniu sobie z objawami depresyjnymi oraz w budowaniu zdrowej samooceny. Depresja u nastolatków często pozostaje niezdiagnozowana lub bagatelizowana, co prowadzi do poważnych konsekwencji w dorosłym życiu, w tym do zwiększonego ryzyka zaburzeń psychicznych, trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji interpersonalnych oraz problemów w sferze prywatnej oraz zawodowej. Ponadto, badanie tego tematu przyczynia się do poszerzenia wiedzy na temat mechanizmów psychologicznych, które leżą u podstaw depresji i niskiej samooceny, co może prowadzić do bardziej precyzyjnych diagnoz oraz lepszych, bardziej dostosowanych do indywidualnych potrzeb programów terapeutycznych.

W niniejszej pracy głównym celem badawczym jest zbadanie związku między objawami depresyjnymi a poziomem samooceny u nastolatków. Na podstawie celu głównego wyszczególniono następujące cele szczegółowe: określenie związku między poziomem objawów depresyjnych a samooceną u badanych nastolatków; zbadanie powiązania wieku badanych na nasilenie objawów depresyjnych u młodzieży; analiza różnic w związku między samooceną a objawami depresyjnymi w zależności od płci badanych; określenie powiązania rodzaju szkoły, do której uczęszczają badani, na poziom samooceny; zbadanie związku między miejscem zamieszkania a poziomem samooceny u młodzieży; zbadanie powiązania sposobu spędzania czasu wolnego na poziom samooceny i objawy depresyjne u nastolatków.

Na podstawie powyższych celów sformułowano główny problem badawczy w niniejszej pracy, który brzmi: Jaki jest związek między objawami depresyjnymi a poziomem samooceny u nastolatków oraz jakie czynniki mogą wpływać na ten związek?



W ramach szczegółowego rozwoju problematyki badawczej postawiono następujące pytania szczegółowe:

1. Czy istnieje związek pomiędzy poziomem objawów depresyjnych a samooceną u badanej młodzieży?
2. Czy wiek badanych adolescentów jest powiązany z nasileniem objawów depresyjnych?
3. Czy płeć będzie różnicowała związek pomiędzy samooceną a poziomem objawów depresyjnych?
4. Czy rodzaj szkoły, do której uczęszcza badana młodzież, przekłada się na poziom samooceny?
5. Czy miejsce zamieszkania przekłada się na poziom samooceny u badanej młodzieży?
6. Czy sposób spędzania czasu wolnego jest powiązany z poziomem samooceny i objawami depresyjnymi?

Odpowiedź na postawione pytanie zostanie uzyskana w oparciu o wyniki badań własnych, do przeprowadzenia których posłużyły następujące narzędzia psychologiczne: SES Skala Samooceny Rosenberga, Polska adaptacja Skali SES Rosenberga, autorzy Irena Dzwonkowska, Kinga Lachowicz-Tabaczek, Mariola Łąguna, Skala Depresji CDI-2 (CDI-2 Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Depresji u Dzieci i Młodzieży) autorstwa Maria Kovacs, Polska adaptacja Emilia Wrocławska-Warchała, Radosław Wujcik, arkusz personalny własnej konstrukcji.

Próba badawcza w niniejszej pracy obejmowała 80 uczniów szkół ponadpodstawowych. Struktura pracy magisterskiej składa się z sześciu rozdziałów, z których każdy zawiera kluczowe elementy niezbędne do zrozumienia tematu, metodologii, analizy wyników oraz wniosków.

W pierwszym rozdziale skupiono się na problematyce depresji oraz klasyfikacji, kryteriów diagnostycznych depresji według ICD-10, ICD-11 oraz DSM-5. Omówiono również modele depresji według T. Becka oraz J. Bowlby`ego. Na końcu rozdziału wyszczególniono czynniki oraz przyczyny występowania depresji u nastolatków.

Rozdział drugi dotyczy zakresu teoretycznego związanego z samooceną. Przedstawione zostaną definicje samooceny oraz czynniki, które na nią wpływają.

Rozdział trzeci poświęcono relacji pomiędzy depresją a samooceną oraz omówiono teoretyczne podstawy relacji między depresją a samooceną. Na koniec zaprezentowano wyniki badań dotyczące związku pomiędzy depresją a samooceną.



W rozdziale czwartym poruszono tematykę leczenia depresji zarówno w kontekście społecznym oraz problematykę leczenia farmaceutycznego. Na zakończenie rozdziału omówiono metody wspomagające leczenie depresji oraz psychoterapię jako jedną z form pomocy dla młodzieży wspierającą samoocenę.

Rozdział piąty to metodologia badań własnych. Sformułowano w nim cel główny, cele szczegółowe, problem główny, pytania oraz postawiono hipotezy badawcze, a także dokonano charakterystyki narzędzi psychologicznych, grupy badawczej oraz procedury badawczej.

Rozdział szósty stanowi wyniki badań własnych. Przedstawiono w nim wyniki badań własnych oraz powiązania z innymi badaniami o podobnej problematyce. Wskazano również ograniczenia badań i propozycje dalszych kierunków. Pod koniec rozdziału zaprezentowano wnioski. W ostatniej części pracy znajduje się podsumowanie i zakończenie.

Cała praca jest zorganizowana w sposób logiczny i systematyczny, umożliwiając czytelnikowi płynne przejście od teoretycznych podstaw, przez metodologię badań, aż po analizę wyników i wnioski końcowe, co pozwala na kompleksowe zrozumienie badanego zagadnienia.



Rozdział 1 Depresja jako ujęcie psychologiczne

1.1 Definicje depresji

1.1.1 Klasyfikacja i rodzaje depresji

Depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych, charakteryzującym się długotrwałym obniżeniem nastroju, utratą zdolności do odczuwania radości (anhedonia) oraz zaburzeniami funkcjonowania w różnych sferach życia. W literaturze naukowej podkreśla się, że depresja jest stanem złożonym, obejmującym zarówno objawy emocjonalne, jak i somatyczne, poznawcze czy behawioralne. Definicje depresji różnią się w zależności od perspektywy teoretycznej, jednak większość z nich uwzględnia kluczowe elementy, takie jak trwałe obniżenie nastroju, uczucie bezradności, obniżenie samooceny oraz utrata energii (Panasiuk, Panasiuk i Panasiuk, 2019, s. 50-52).

Klasyfikacja i rodzaje depresji odzwierciedlają jej różnorodność, zarówno pod względem nasilenia objawów, jak i ich charakterystyki. Współczesne systemy diagnostyczne, takie jak ICD-10 i ICD-11 DSM-5, wyróżniają kilka typów depresji. Depresja może występować w postaci łagodnej, umiarkowanej lub ciężkiej, z różnym stopniem wpływu na codzienne funkcjonowanie. Wyróżnia się także depresję nawracającą, dystymię (przewlekłą depresję o łagodnym nasileniu objawów), depresję psychotyczną, związaną z obecnością objawów takich jak urojenia czy halucynacje, oraz depresję sezonową, której objawy pojawiają się cyklicznie, zwykle w okresie jesienno-zimowym (Kolendo i Wronka, 2021, s. 158-166).

Depresja może być również specyficznie związana z pewnymi sytuacjami życiowymi lub etapami życia, co prowadzi do wyróżnienia takich kategorii, jak depresja poporodowa, depresja reaktywna (będąca odpowiedzią na stresujące wydarzenie) czy depresja maskowana, w której dominują objawy somatyczne, ukrywając klasyczne symptomy depresyjne. Ważnym aspektem współczesnego podejścia do depresji jest rozpoznanie jej różnych form i ich wpływu na życie pacjenta, co umożliwi skuteczniejsze podejście terapeutyczne (Humeniuk, Dąbska i Krupa, 2018, s. 55-63).

1.1.2 Kryteria diagnostyczne według ICD-10

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 definiuje depresję jako zaburzenie afektywne, charakteryzujące się utrzymującym się obniżeniem nastroju, spadkiem energii oraz utratą zdolności do odczuwania przyjemności. Według ICD-10 depresja jest diagnozowana na podstawie obecności określonych objawów, które muszą utrzymywać się przez co najmniej dwa tygodnie. Klasyfikacja ta wyróżnia trzy główne grupy



objawów: podstawowe, dodatkowe oraz somatyczne (World Health Organization [WHO], 2008).

Do objawów podstawowych należą: obniżony nastrój, obecny niemal codziennie i niezależny od okoliczności zewnętrznych, utrata zainteresowań i zdolności do czerpania przyjemności z aktywności, które wcześniej były źródłem satysfakcji oraz zmniejszona energia, prowadząca do wzmożonego zmęczenia i obniżenia aktywności.

Objawy dodatkowe obejmują: problemy z koncentracją i uwagą, niską samoocenę lub poczucie własnej wartości, poczucie winy i bezwartościowości, pesymistyczne spojrzenie na przyszłość, myśli lub próby samobójcze, zaburzenia snu (najczęściej w postaci wczesnego budzenia się, ale mogą też występować trudności z zasypianiem lub nadmierna senność), oraz zmniejszony apetyt, co może prowadzić do utraty masy ciała (Ambroziak, Kołakowski i Siwek, 2023).

Objawy somatyczne (nazywane również objawami biologicznymi) obejmują: zmniejszenie zdolności do reagowania emocjonalnego na pozytywne bodźce, utratę zainteresowania codziennymi aktywnościami, wyraźną redukcję energii prowadzącą do łatwego zmęczenia, spadek libido, znaczną utratę masy ciała (bez stosowania diety) lub jej wzrost, oraz wyraźne zmiany rytmu okołodobowego, w tym nasilanie się objawów w godzinach porannych (Bereza, 2009, s. 113-119).

Aby zdiagnozować epizod depresyjny, zgodnie z ICD-10, u pacjenta muszą występować przynajmniej dwa z trzech objawów podstawowych oraz co najmniej dwa objawy dodatkowe. W zależności od liczby objawów i ich nasilenia, epizod depresyjny klasyfikuje się jako łagodny, umiarkowany lub ciężki. W przypadku depresji łagodnej występują dwa objawy podstawowe oraz dwa dodatkowe, co powoduje umiarkowane zaburzenia funkcjonowania. W depresji umiarkowanej liczba objawów dodatkowych jest większa, a ich nasilenie bardziej wpływa na codzienną aktywność. Depresja ciężka charakteryzuje się występowaniem wszystkich trzech objawów podstawowych oraz co najmniej czterech dodatkowych, często z obecnością objawów psychiatrycznych, takich jak urojenia lub halucynacje (World Health Organization, 2008).

ICD-10 podkreśla także różnorodność prezentacji klinicznych depresji, w tym specyficzne formy, takie jak depresja sezonowa, depresja poporodowa czy depresja maskowana. Diagnoza opiera się na całościowym obrazie klinicznym, uwzględniającym nie tylko liczbę i rodzaj objawów, ale również ich wpływ na funkcjonowanie w życiu codziennym, pracy czy relacjach społecznych (World Health Organization, 2008).



1.1.3 Kryteria diagnostyczne według ICD-11

Depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych na świecie i stanowi istotne wyzwanie zarówno dla systemów opieki zdrowotnej, jak i społeczeństwa jako całości. Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, 2019, s. 120–121), depresja dotyka ponad 280 milionów ludzi na całym świecie, co czyni ją jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności oraz obciążenia zdrowotnego. Jej rozpowszechnienie różni się w zależności od regionu, płci oraz wieku, jednak jest to problem uniwersalny, który w coraz większym stopniu dotyka także młodsze grupy wiekowe.

Zaburzenie to nie tylko wpływa na stan psychiczny jednostki, ale prowadzi również do poważnych konsekwencji zdrowotnych, społecznych oraz ekonomicznych. Osoby cierpiące na depresję często doświadczają trudności w codziennym funkcjonowaniu, takich jak utrata zdolności do pracy, problemy w relacjach międzyludzkich oraz pogorszenie jakości życia (Gałecki i Świącicki, 2015, s. 138). Ponadto depresja stanowi czynnik ryzyka wielu chorób somatycznych, w tym schorzeń układu sercowo-naczyniowego, cukrzycy oraz przewlekłych zespołów bólowych, co jeszcze bardziej potęguje jej wpływ na zdrowie psychiczne (Kiejna, Piotrowski, 2021, s. 75–76).

W odpowiedzi na rosnące znaczenie tego problemu, klasyfikacja ICD-11 (International Classification of Diseases, 11 edycja) opracowana przez Światową Organizację Zdrowia wprowadza nowoczesne podejście do rozpoznawania depresji. Nowe kryteria diagnostyczne są bardziej precyzyjne i uwzględniają nie tylko podstawowe objawy depresyjne, ale również ich nasilenie, czas trwania oraz wpływ na funkcjonowanie jednostki. Jest to istotny krok w kierunku ujednoczenia diagnozy oraz poprawy skuteczności leczenia na całym świecie (World Health Organization 2019, s. 121).

Dzięki ICD-11 możliwe jest lepsze rozróżnienie depresji od innych zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenia lękowe czy zaburzenia dwubiegunowe, co stanowi kluczowy element procesu diagnostycznego (Gałecki, 2019, s. 145). Wprowadzenie tej klasyfikacji jest także odpowiedzią na dynamiczne zmiany w rozumieniu zdrowia psychicznego oraz potrzebę dostosowania kryteriów diagnostycznych do współczesnych wyzwań medycyny oraz nauk społecznych.

Depresja jako zjawisko globalne wymaga nowoczesnych narzędzi diagnostycznych oraz zintegrowanych działań na poziomie opieki zdrowotnej i polityki społecznej. Klasyfikacja ICD-11 stanowi znaczący postęp w tej dziedzinie, umożliwiając bardziej precyzyjne podejście do rozpoznawania i leczenia depresji, a tym samym poprawę jakości życia milionów osób na świecie (World Health Organization, 2019, s. 122; Kiejna i Piotrowski, 2021, s. 77).



Według ICD-11 depresję klasyfikuje się jako zaburzenie depresyjne epizodyczne oraz przewlekłe. Zaburzenie to jest charakteryzowane przez występowanie obniżonego nastroju, utratę przyjemności (anhedonię) oraz inne objawy, które utrzymują się przez co najmniej dwa tygodnie. Wśród kluczowych kryteriów diagnostycznych znajdują się (World Health Organization, 2019):

1. Obniżony nastrój – trwałe poczucie smutku, pustki i utraty sensu życia. Objaw ten występuje niemal codziennie przez większość dnia;
2. Utrata zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności – brak zainteresowania wcześniej przyjemnymi aktywnościami;
3. Zwiększona męczliwość i brak energii – codzienne czynności sprawiają większą trudność, a osoba może odczuwać przewlekłe zmęczenie (Kiejna i Piotrowski, 2021, s. 77);
4. Problemy ze snem – bezsenność lub nadmierna senność występująca regularnie;
5. Zmiany apetytu i masy ciała – zmniejszenie apetytu skutkujące spadkiem masy ciała lub jego wzrost wskutek nadmiernego jedzenia;
6. Myśli samobójcze lub próby samookaleceń – pojawiają się myśli dotyczące śmierci, poczucia winy czy braku wartości (Bilikiewicz, 2018, s. 234).

ICD-11 podkreśla znaczenie różnicowania depresji od innych zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenia lękowe czy schizofrenia. Diagnostyka wymaga również wykluczenia przyczyn organicznych oraz substancji psychoaktywnych (WHO, 2019, s. 122).

Przykładowo, depresja może być różnicowana od zaburzeń dwubiegunowych, gdzie obniżone nastroje występują naprzemiennie z epizodami manii lub hipomanii (Gałęcki i Świąćicki, 2015, s. 139). W przypadku zaburzeń lękowych objawy depresji mogą współistnieć z nasilonym napięciem i obawami o przyszłość.

W ICD-11 nie tylko opisano kryteria diagnostyczne, ale także podkreślono znaczenie podejścia zintegrowanego do leczenia depresji. Terapia obejmuje zarówno interwencje farmakologiczne, jak i psychoterapeutyczne. Leczenie powinno być dostosowane do stopnia nasilenia objawów oraz preferencji pacjenta (Gałęcki, 2019, s. 145).

ICD-11 dostarcza kompleksowych i precyzyjnych kryteriów diagnostycznych dla depresji, które umożliwiają efektywną diagnozę oraz leczenie. Zrozumienie tych kryteriów jest kluczowe zarówno dla klinicystów, jak i osób pracujących w dziedzinie zdrowia psychicznego. Przyszłość diagnozy depresji będzie ściśle związana z dalszym doskonaleniem narzędzi diagnostycznych, opartych na kryteriach ICD-11. Wprowadzenie bardziej precyzyjnych metod oceny objawów, z uwzględnieniem nowoczesnych technologii, takich jak sztuczna inteligencja



i analiza danych, może znacząco usprawnić proces diagnostyczny (Gałęcki, 2019, s. 147). Przykładem mogą być aplikacje mobilne oraz programy komputerowe, które monitorują nastrój użytkowników i pozwalają na wczesne wykrycie objawów depresji (Kiejna i Piotrowski, 2021, s. 80).

Ponadto, rozwój diagnostyki genetycznej oraz biomarkerów biologicznych może umożliwić bardziej spersonalizowane podejście do leczenia. Badania sugerują, że określone zmiany w funkcjonowaniu neuroprzekazników oraz genów mogą być powiązane z podatnością na depresję, co może stać się podstawą dla przyszłych kryteriów diagnostycznych (Bilikiewicz, 2018, s. 238–239).

Leczenie depresji w przyszłości będzie bardziej zindywidualizowane i oparte na podejściu „medycyny precyzyjnej”. Oznacza to dostosowanie terapii do specyficznych potrzeb pacjenta, uwzględniając jego profil biologiczny, psychologiczny i społeczny (Gałęcki i Świącicki, 2015, s. 140). Nowoczesne technologie, takie jak analiza big data oraz sztuczna inteligencja, mogą pomóc w identyfikacji najbardziej skutecznych metod leczenia dla konkretnego pacjenta.

Jednym z obszarów, który dynamicznie się rozwija, jest terapia cyfrowa, obejmująca aplikacje zdrowotne, terapię online oraz narzędzia do monitorowania postępów pacjenta. Badania wskazują, że tego rodzaju interwencje mogą być równie skuteczne, co tradycyjne formy terapii, zwłaszcza w połączeniu z leczeniem farmakologicznym (World Health Organization, 2019, s. 123).

Przyszłość walki z depresją nie ogranicza się jedynie do diagnozy i leczenia, ale obejmuje także zmniejszanie stygmatyzacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Kampanie społeczne oraz edukacja na temat zdrowia psychicznego odgrywają kluczową rolę w budowaniu społecznej świadomości oraz akceptacji dla osób zmagających się z depresją (Kiejna i Piotrowski, 2021, s. 81). Przyszłość diagnozy i leczenia depresji będzie oparta na nowoczesnych technologiach oraz bardziej spersonalizowanych podejściach terapeutycznych. Wdrożenie kryteriów diagnostycznych ICD-11 stanowi krok naprzód, jednak dalsze badania i rozwój narzędzi diagnostycznych oraz metod terapeutycznych będą kluczowe dla skuteczniejszego przeciwdziałania tej chorobie.

1.1.4 Kryteria diagnostyczne według DSM-5

Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiczych, piąta edycja (DSM-5), opracowany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, definiuje depresję jako



zaburzenie nastroju, w którym dochodzi do wystąpienia określonych objawów wpływających na funkcjonowanie jednostki w życiu codziennym. W DSM-5 depresja, określana jako epizod dużej depresji (Major Depressive Episode, MDE), jest diagnozowana na podstawie obecności co najmniej pięciu z dziewięciu objawów, które muszą występować przez minimum dwa tygodnie i powodować wyraźne cierpienie lub pogorszenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej lub innej istotnej dziedzinie życia (Möller, 2018).

Do kluczowych objawów depresji według DSM-5 należą (American Psychiatric Association, 2013):

1. Obniżony nastrój trwający przez większą część dnia, niemal codziennie, który może być zgłaszany przez pacjenta jako uczucie smutku, pustki lub beznadziejności, bądź obserwowany przez innych jako płaczliwość lub drażliwość;
2. Znaczne zmniejszenie zainteresowania lub przyjemności z niemal wszystkich aktywności przez większą część dnia, niemal codziennie;
3. Znaczące zmiany masy ciała (spadek lub przyrost) bez celowego stosowania diety, bądź zmiany apetytu (utrata lub wzmożony apetyt);
4. Bezsenność lub nadmierna senność (hipersomnia) niemal codziennie;
5. Spowolnienie psychoruchowe (obserwowane przez innych) lub pobudzenie psychoruchowe, niemal codziennie;
6. Uczucie zmęczenia lub utrata energii niemal codziennie;
7. Poczucie bezwartościowości lub nadmierne, nieuzasadnione poczucie winy (mogące przybrać formę urojeń) niemal codziennie;
8. Trudności z koncentracją lub podejmowaniem decyzji, niemal codziennie;
9. Rekurencyjne myśli o śmierci (nie tylko lęk przed śmiercią), myśli samobójcze bez konkretnego planu, próby samobójcze lub opracowanie planu samobójczego.

Dla rozpoznania epizodu dużej depresji konieczne jest spełnienie dodatkowych warunków:

- Objawy nie mogą być wynikiem bezpośredniego działania substancji psychoaktywnych (np. alkoholu, narkotyków) ani choroby somatycznej (np. niedoczynności tarczycy);
- Zaburzenie nie może być lepiej wyjaśnione przez inne diagnozy psychiatryczne, takie jak zaburzenie schizoafektywne czy schizofrenia;
- Objawy muszą stanowić istotną zmianę w funkcjonowaniu i być zauważalne w codziennym życiu.



DSM-5 rozróżnia różne specyfikatory depresji, które pozwalają lepiej scharakteryzować przebieg choroby. Wśród nich znajdują się:

- Depresja z cechami melancholicznymi, gdzie dominuje utrata zdolności do odczuwania przyjemności oraz nasilony smutek;
- Depresja z cechami atypowymi, która obejmuje paradoksalną poprawę nastroju w odpowiedzi na pozytywne bodźce, nadmierną senność oraz zwiększony apetyt;
- Depresja z cechami psychotycznymi, charakteryzująca się obecnością urojeń lub halucynacji;
- Depresja sezonowa, związana z określonymi porami roku, najczęściej występująca jesienią i zimą;
- Depresja poporodowa, występująca w ciągu kilku tygodni lub miesięcy po porodzie.

W odróżnieniu od ICD-10, DSM-5 szczegółowo określa zakres współwystępowania objawów depresji z innymi zaburzeniami psychicznymi oraz ich wpływ na codzienne funkcjonowanie. Podejście to umożliwia dokładniejszą diagnozę i lepsze dostosowanie strategii terapeutycznych, takich jak psychoterapia czy leczenie farmakologiczne. Ponadto, DSM-5 podkreśla różnice w prezentacji depresji w różnych grupach wiekowych, uwzględniając specyfikę objawów u młodzieży, osób dorosłych oraz seniorów.

1.2 Depresja u nastolatków

Depresja u nastolatków jest poważnym problemem zdrowia psychicznego, który może mieć istotny wpływ na rozwój emocjonalny, społeczny i poznawczy młodych ludzi. Okres dojrzewania charakteryzuje się intensywnymi zmianami biologicznymi, psychicznymi i społecznymi, co sprawia, że młodzież jest szczególnie podatna na wystąpienie zaburzeń nastroju. Depresja u nastolatków często różni się od obrazu klinicznego występującego u dorosłych, co wynika zarówno z rozwojowego etapu życia, jak i specyficznych wyzwań, przed którymi staje młodzież (Dymowska, Nowicka-Sauer, 2015, s. 124-126).

Objawy depresji u nastolatków mogą być trudne do zidentyfikowania, ponieważ wiele z nich jest zbliżonych do typowych zachowań występujących w okresie dorastania, takich jak wahania nastroju, drażliwość czy wycofanie społeczne. Do kluczowych objawów należą jednak przewlekłe obniżenie nastroju, utrata zainteresowań, anhedonia oraz spadek energii. Nastolatki często doświadczają drażliwości, która może zastępować klasyczne obniżenie nastroju widoczne u dorosłych. Występują również trudności w koncentracji, poczucie własnej bezwartościowości, nadmierne poczucie winy, zmiany w apetycie i masie ciała oraz problemy



ze snem, takie jak bezsenność lub nadmierna senność (Ambroziak, Kołakowski, Siwek, 2021).

Specyficzne dla młodzieży są także objawy somatyczne, które mogą dominować nad emocjonalnymi. Nastolatki z depresją mogą często skarżyć się na bóle głowy, brzucha czy inne dolegliwości fizyczne, które nie mają podłoża medycznego. Objawy te są często źle interpretowane przez otoczenie, co może prowadzić do opóźnienia w rozpoznaniu depresji. Dodatkowym wyzwaniem jest fakt, że młodzież może nie być w stanie werbalizować swoich uczuć lub unikać rozmów na temat swoich problemów, co utrudnia postawienie trafnej diagnozy (Dymowska, Nowicka-Sauer, s. 124-126).

Istotnym aspektem depresji w tej grupie wiekowej są zmiany w funkcjonowaniu społecznym. Nastolatki z depresją mogą izolować się od rówieśników, unikać aktywności towarzyskich oraz doświadczać trudności w relacjach z rodziną i przyjaciółmi. Depresja wpływa także na ich wyniki w nauce, ponieważ problemy z koncentracją i zmniejszenie motywacji mogą prowadzić do pogorszenia osiągnięć szkolnych. Często obserwuje się też ryzykowne zachowania, takie jak eksperymentowanie z substancjami psychoaktywnymi, samouszkodzenia czy podejmowanie prób samobójczych (Chatizow, 2018).

Przyczyny depresji u nastolatków są złożone i wieloczynnikowe. Wyróżnia się czynniki biologiczne, takie jak zmiany hormonalne związane z dojrzewaniem, predyspozycje genetyczne oraz zaburzenia neuroprzekaźników w mózgu. Czynniki psychologiczne obejmują niską samoocenę, brak umiejętności radzenia sobie z emocjami, a także negatywne schematy myślenia. Czynniki środowiskowe to m.in. trudne relacje rodzinne, brak wsparcia społecznego, presja rówieśnicza, a także doświadczenie traumatycznych wydarzeń, takich jak przemoc, zaniedbanie czy utrata bliskiej osoby (Rybakowski, 2017).

Depresja u nastolatków jest poważnym zagrożeniem dla ich zdrowia psychicznego i fizycznego, a brak odpowiedniej interwencji może prowadzić do długoterminowych konsekwencji, takich jak przewlekłe zaburzenia nastroju w dorosłości, trudności w nawiązywaniu relacji, problemy zawodowe czy utrata jakości życia. Dlatego tak ważne jest wczesne rozpoznanie depresji w tej grupie wiekowej oraz wdrożenie odpowiednich działań terapeutycznych. W leczeniu depresji u młodzieży kluczową rolę odgrywa psychoterapia, zwłaszcza terapia poznawczo-behawioralna, oraz w niektórych przypadkach farmakoterapia. Wsparcie rodziny i nauczycieli jest nieodzowne, ponieważ środowisko nastolatka może znacząco wpłynąć na jego zdolność do radzenia sobie z trudnościami oraz powrót do zdrowia (Jęczmińska, 2021, s. 4-38).



1.3 Wybrane koncepcje depresji

1.3.1 Model depresji według A. T. Becka

Model depresji opracowany przez Aarona T. Becka (2008, s. 969-977) jest jedną z najbardziej wpływowych i szeroko akceptowanych teorii wyjaśniających mechanizmy powstawania i utrzymywania się depresji. Opiera się na założeniu, że depresja wynika z dysfunkcyjnych procesów poznawczych, które wpływają na sposób, w jaki jednostka postrzega siebie, świat i przyszłość. Te trzy aspekty tworzą tzw. triadę poznawczą, która odgrywa kluczową rolę w rozwoju i utrzymywaniu się depresji.

Pierwszym elementem triady poznawczej jest negatywne postrzeganie siebie. Osoby cierpiące na depresję często mają niską samoocenę i postrzegają siebie jako osoby bezwartościowe, niekompetentne czy niewystarczające. Często obwiniają się za swoje niepowodzenia, nawet w sytuacjach, w których nie mają na nie wpływu. Taka tendencja prowadzi do utrwalania negatywnych schematów myślenia o sobie, co pogłębia poczucie beznadziejności i bezradności (Beck, 2008, s. 969-977).

Drugim elementem triady jest negatywne postrzeganie świata. W tej perspektywie świat jawi się jako miejsce pełne przeszkód, trudności i niesprawiedliwości. Osoby z depresją mają tendencję do interpretowania neutralnych lub pozytywnych wydarzeń w sposób negatywny, dostrzegając głównie zagrożenia i porażki. Takie postrzeganie rzeczywistości prowadzi do poczucia, że świat nie oferuje wsparcia ani możliwości poprawy sytuacji, co dodatkowo wzmacnia uczucie izolacji i alienacji (Beck, 2008, s. 969-977).

Trzecią składową triady poznawczej jest negatywne postrzeganie przyszłości. Osoby z depresją często odczuwają brak nadziei na poprawę swojej sytuacji. Wierzą, że przyszłość przyniesie jedynie kolejne porażki, straty i rozczarowania. Taki pesymizm sprawia, że jednostka rezygnuje z podejmowania działań, które mogłyby poprawić jej sytuację, co prowadzi do dalszego pogorszenia nastroju i umacniania się negatywnych schematów myślowych (Beck, 2008, s. 969-977).

Na podstawie powyższych widać, iż kluczowym elementem teorii Becka jest koncepcja automatycznych myśli, które pojawiają się w umyśle jednostki bez świadomego wysiłku i często są nieadekwatne do sytuacji. Myśli te opierają się na zniekształceniach poznawczych, takich jak uogólnienia, katastrofizacja, selektywna uwaga na negatywne aspekty czy myślenie dychotomiczne (wszystko albo nic). Zniekształcenia te prowadzą do błędnych wniosków na temat siebie, świata i przyszłości, co z kolei wzmacnia objawy depresji.

Model Becka zakłada, że źródłem negatywnych schematów poznawczych są wcześniejsze doświadczenia życiowe, zwłaszcza te związane z traumą, stratą czy chronicznym



stresem. Takie wydarzenia mogą prowadzić do ukształtowania się sztywnych, negatywnych przekonań, które stają się aktywne w odpowiedzi na stresujące sytuacje w dorosłym życiu. Na przykład osoba, która w dzieciństwie doświadczyła odrzucenia przez rówieśników, może w dorosłym życiu łatwiej interpretować neutralne zachowania innych jako przejaw braku akceptacji, co wzmacnia negatywne myślenie o sobie (Golonka, Piątek, Stach, 2024).

Model Becka nie tylko wyjaśnia mechanizmy powstawania depresji, ale również stanowi podstawę dla terapii poznawczo-behawioralnej (CBT). Terapia ta skupia się na identyfikowaniu i modyfikowaniu negatywnych schematów myślowych oraz zniekształceń poznawczych, które przyczyniają się do utrzymywania się depresji. Pacjenci uczą się rozpoznawać swoje automatyczne myśli, analizować ich trafność oraz zastępować je bardziej realistycznymi i pozytywnymi interpretacjami. Dzięki temu możliwe jest stopniowe zmniejszenie nasilenia objawów depresji oraz poprawa funkcjonowania w życiu codziennym.

Podsumowując, model depresji według Aarona T. Becka kładzie nacisk na kluczową rolę procesów poznawczych w powstawaniu i utrzymywaniu się depresji. Zrozumienie, jak negatywne schematy myślowe i zniekształcenia poznawcze wpływają na percepcję rzeczywistości, pozwala na skuteczne projektowanie strategii terapeutycznych, które wspierają pacjentów w radzeniu sobie z chorobą oraz zapobiegają jej nawrotom (Romanowska, 2021, s. 5-15).

1.3.2 Model depresji według J. Bowlb`ego

John Bowlby, twórca teorii przywiązania, rozwijał swoje koncepcje w kontekście zrozumienia, jak wczesne relacje z opiekunami wpływają na rozwój emocjonalny jednostki oraz jej podatność na różne zaburzenia, w tym depresję. Model depresji Bowlby`ego opiera się na założeniu, że relacje przywiazaniowe w dzieciństwie mają fundamentalne znaczenie dla kształtowania się zdrowia psychicznego i emocjonalnego. W przypadku zaburzeń w tych relacjach, takich jak brak bezpieczeństwa emocjonalnego, separacja, strata bliskiej osoby lub niewłaściwe wzorce przywiązania, jednostka staje się bardziej podatna na wystąpienie depresji w późniejszym życiu (Bowlby, 1980).

Centralnym założeniem teorii Bowlby`ego jest to, że dzieci rodzą się z wrodzoną potrzebą tworzenia bliskich więzi z opiekunami. Relacje te mają na celu zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, wsparcia emocjonalnego i ochrony w sytuacjach zagrożenia. W przypadku zdrowego przywiązania dziecko rozwija poczucie własnej wartości oraz zdolność do regulowania emocji, co stanowi fundament dla przyszłych relacji interpersonalnych



i odporności psychicznej. Gdy relacje te są zakłócone, np. przez zaniedbanie, odrzucenie lub nadmierną kontrolę, dziecko może rozwijać wzorce przywiązania niepewnego lub unikającego, które negatywnie wpływają na jego zdolność radzenia sobie z trudnościami w dorosłości (Talarowska i in., 2018).

Według Bowlby'ego, jednym z kluczowych mechanizmów prowadzących do depresji jest wczesne doświadczenie straty lub separacji. Dzieci, które doświadczają trwałej utraty ważnego opiekuna, takiego jak matka lub ojciec, często przeżywają intensywne poczucie osamotnienia i bezradności. Bowlby uważał, że takie doświadczenia mogą prowadzić do powstawania wewnętrznych reprezentacji przywiązania, które opierają się na przekonaniach o własnej bezwartościowości i niezasługiwaniu na miłość. Takie schematy myślowe są następnie aktywowane w dorosłości, szczególnie w sytuacjach stresu, odrzucenia lub poczucia straty, co sprzyja rozwijaniu się objawów depresyjnych (Bowlby, 1980).

Istotnym elementem modelu Bowlby'ego jest koncepcja wewnętrznych modeli operacyjnych, które odnoszą się do sposobu, w jaki jednostka postrzega siebie i innych w kontekście relacji interpersonalnych. Dzieci, które doświadczają stabilnego, wspierającego przywiązania, rozwijają pozytywny model siebie jako wartościowych i zasługujących na miłość oraz innych jako dostępnych i chętnych do pomocy. Z kolei dzieci z niepewnymi lub unikającymi wzorcami przywiązania mają tendencję do rozwijania negatywnego modelu siebie i innych, co prowadzi do przekonania, że nie są w stanie liczyć na wsparcie emocjonalne w trudnych sytuacjach. Negatywne modele operacyjne mogą prowadzić do chronicznego poczucia samotności, co jest jednym z głównych czynników ryzyka rozwoju depresji (Bowlby, 1980).

Bowlby podkreślał również znaczenie reakcji żałoby jako kluczowego mechanizmu związku między stratą a depresją. Uważał, że depresja może być postrzegana jako patologiczna forma żałoby, w której jednostka nie jest w stanie przepracować straty bliskiej osoby. Zamiast akceptacji i adaptacji, jednostka zamyka się w negatywnych emocjach, takich jak poczucie winy, beznadziejność i utrata sensu życia. Takie reakcje mogą być szczególnie silne u osób z zaburzonym wzorcem przywiązania, ponieważ brakuje im podstawowego poczucia bezpieczeństwa i strategii radzenia sobie z trudnymi emocjami (Bowlby, 1980).

Ważnym aspektem teorii Bowlby'ego jest również związek między wczesnymi doświadczeniami a rozwojem mechanizmów radzenia sobie. Dzieci, które były zaniedbywane emocjonalnie lub pozbawione wsparcia, mogą w dorosłości przejawiać tendencję do unikania trudnych emocji lub nadmiernego ich internalizowania. Brak umiejętności zdrowego regulowania emocji prowadzi do kumulacji stresu i trudności w radzeniu sobie z problemami,



co sprzyja rozwijaniu się depresji. Bowlby wskazywał, że jednostki te mogą być bardziej podatne na rozwój depresji, ponieważ ich system przywiązania nie dostarcza im narzędzi do radzenia sobie z trudnościami życiowymi (Stelcer, 2015, s. 47-56).

Model Bowlby'ego znajduje potwierdzenie w wielu badaniach empirycznych, które wskazują na związek między wczesnymi doświadczeniami przywiązaniowymi a ryzykiem depresji. Badania pokazują, że osoby, które doświadczyły strat, zaniedbań lub przemocy w dzieciństwie, mają wyższe ryzyko wystąpienia depresji w dorosłości. Co więcej, niepewny styl przywiązania jest często związany z wyższą podatnością na stres i większą intensywnością objawów depresyjnych (Moran, 2011).

Reasumując, model depresji według Bowlby'ego podkreśla fundamentalne znaczenie wczesnych relacji przywiązaniowych w kształtowaniu odporności emocjonalnej i podatności na depresję. Jego teoria zwraca uwagę na długofalowe skutki strat, separacji i nieprawidłowych wzorców przywiązania, wskazując na konieczność wczesnej interwencji i wsparcia emocjonalnego dla dzieci, które doświadczyły trudnych relacji z opiekunami. Dzięki temu możliwe jest zmniejszenie ryzyka wystąpienia depresji w przyszłości oraz wspieranie zdrowego rozwoju emocjonalnego jednostek.

1.4 Specyfika objawów depresji w wieku młodzieńczym

Depresja w wieku młodzieńczym jest specyficznym zjawiskiem, które różni się od depresji występującej u dorosłych. Młodzież jest w okresie intensywnych zmian fizycznych, emocjonalnych i społecznych, co może wpływać na sposób, w jaki objawia się depresja (Cangelosi i in., 2024).

Objawy depresji u nastolatków mogą być subtelne i trudne do rozpoznania, ponieważ łatwo są one mylone z naturalnymi objawami dojrzewania, takimi jak zmiany nastroju, buntownicze zachowanie czy poczucie niepewności. Ponadto, młodzież często nie potrafi lub nie chce wyrazić swoich uczuć, co może utrudniać identyfikację problemu. Jednym z głównych trudności w diagnozowaniu depresji u młodzieży jest fakt, że objawy mogą być bardziej zewnętrzne i objawiać się w postaci zaburzeń zachowania, niż wewnętrznych przeżyć emocjonalnych, jak ma to miejsce u dorosłych. Młodsze osoby mogą również nie rozumieć ani nie umieć zdefiniować swoich emocji, przez co symptomy mogą być wyrażane w sposób bardziej fizyczny lub behawioralny. W przypadku depresji wśród nastolatków należy zwrócić uwagę na szereg specyficznych objawów, które mogą wskazywać na to zaburzenie (Jankowicz, 2018, s. 183-190).



Jednym z głównych objawów depresji u nastolatków jest przewlekłe obniżenie nastroju, które może objawiać się jako smutek, drażliwość lub zniechęcenie. W przeciwieństwie do depresji u dorosłych, która często charakteryzuje się wyraźnym uczuciem smutku, nastolatki mogą wyrażać swoje zniechęcenie poprzez gniew, frustrację, a nawet agresję. Często zdarza się, że młodzi ludzie stają się bardziej drażliwi, reagują przesadnie na drobne trudności, mają trudności z akceptacją zmian i wyzwań, które są naturalną częścią dorastania (Jankowicz, 2018, s. 183-190).

W okresie adolescencji nastolatki również przeżywają silne poczucie izolacji emocjonalnej, a depresja może pogłębiać uczucie osamotnienia. Nawet jeśli nastolatek jest w otoczeniu innych ludzi, może odczuwać pustkę, brak sensu i niemożność nawiązania głębszych relacji z rówieśnikami i rodziną. Istnieje także tendencja do wycofywania się z interakcji społecznych, co może być błędnie interpretowane jako typowe dla wieku dorastania, ale może również stanowić oznakę depresji (Kazimierska, 2022).

Depresja u młodzieży wiąże się również z negatywnymi zmianami w sposobie myślenia. Nastolatki mogą mieć trudności w koncentracji, myśleniu o przyszłości, podejmowaniu decyzji oraz rozwiązywaniu problemów. W wyniku tego często dochodzi do obniżenia wyników w nauce, problemów w szkole, a także pogorszenia jakości relacji z rówieśnikami. Depresja może prowadzić do pesymistycznego postrzegania siebie, swojej przyszłości oraz otaczającego świata. Młodzież może myśleć o sobie jako o osobach nieudanych, niewartych miłości, co nasila poczucie beznadziei (Kazimierska, 2022).

Depresja u nastolatków może również objawiać się poprzez różnego rodzaju dolegliwości fizyczne, takie jak bóle głowy, bóle brzucha, zmęczenie czy zaburzenia snu. Młodsze osoby mogą doświadczać trudności z zasypianiem, niepokojem związanym z nocnym odpoczynkiem, a także nadmierną sennością w ciągu dnia. Zmiany w apetycie – zarówno jego wzrost, jak i spadek – są kolejnymi charakterystycznymi objawami depresji u nastolatków. Może to prowadzić do szybkich zmian masy ciała, które w przypadku nieleczonej depresji mogą prowadzić do dalszych problemów zdrowotnych (Jankowicz, 2018, s. 183-190).

U nastolatków depresja może również przybierać formę zachowań autodestrukcyjnych, takich jak samookaleczenia, próby samobójcze czy ryzykowne zachowania. Chociaż nie każdy nastolatek z depresją podejmuje tego typu działania, jest to jedno z poważniejszych ryzyk związanych z tym zaburzeniem. W tym kontekście, depresja u młodzieży jest szczególnie niebezpieczna, ponieważ młodsze osoby mogą mieć trudności z uzyskaniem pomocy w odpowiednim czasie, a ich objawy są często ignorowane przez otoczenie, które przypisuje zmiany nastroju i zachowania do buntu młodzieńczego.



Młodzież z depresją często doświadcza trudności w relacjach z rodziną i rówieśnikami. Może dojść do pogorszenia kontaktów z rodzicami, ponieważ nastolatki często czują się niezrozumiani, odrzuceni lub zaniedbywani. To może prowadzić do zwiększonego poczucia izolacji, braku wsparcia emocjonalnego oraz trudności w budowaniu bliskich relacji z innymi. Z kolei w relacjach z rówieśnikami może dochodzić do wycofania się z życia towarzyskiego, braku chęci do uczestniczenia w grupowych aktywnościach oraz zmniejszenia zainteresowania relacjami z przyjaciółmi (Radziwiłłowicz, 2010a).

Depresja młodzieńcza może również objawiać się jako trudność w podejmowaniu decyzji, co jest wynikiem chronicznego poczucia niepewności i braku wiary w siebie. Nastolatki mogą mieć problemy z codziennymi decyzjami, które wcześniej były dla nich łatwe, takimi jak wybór zajęć pozalekcyjnych, czy podejmowanie decyzji o przyszłości zawodowej. Przewlekły brak motywacji, zmniejszona energia i poczucie niepewności mogą prowadzić do poważnych trudności w planowaniu przyszłości, a także do zaniedbywania obowiązków szkolnych i osobistych (Jęczmińska, 2021).

Wraz z objawami emocjonalnymi i poznawczymi, depresja młodzieńcza może manifestować się w postaci zmian w zachowaniu. Nastolatki mogą stawać się bardziej zamknięci, niechętni do angażowania się w aktywności, które wcześniej sprawiały im radość. Zmniejszenie zainteresowania zajęciami edukacyjnymi, hobby, sportem, a także aktywnościami społecznymi może być oznaką depresji. Często pojawiają się także zaburzenia w zakresie norm społecznych i konfliktów z rodziną czy rówieśnikami.

Depresja w wieku młodzieńczym jest złożonym zjawiskiem, które objawia się zarówno na poziomie emocjonalnym, jak i fizycznym oraz behawioralnym. Objawy te są często trudne do rozpoznania, ponieważ mogą być mylone z typowymi zmianami zachodzącymi w okresie dorastania. Ponadto, nastolatki często nie są w stanie w pełni zrozumieć i wyrazić swoich uczuć, co sprawia, że objawy depresji mogą być wyrażane w sposób zewnętrzny lub w postaci trudności w codziennym funkcjonowaniu. Wczesne rozpoznanie depresji u młodzieży jest kluczowe, ponieważ pozwala na podjęcie odpowiednich działań terapeutycznych i zapobiega pogłębianiu się problemu (Dmitruk-Sierocińska, 2023, s. 26-41).

1.5 Czynniki ryzyka występowania depresji u nastolatków

1.5.1 Czynniki biologiczne

Czynniki biologiczne odgrywają kluczową rolę w rozwoju depresji u nastolatków. Wpływają one zarówno na skłonność do rozwoju zaburzenia, jak i na jego przebieg oraz nasilenie objawów. W kontekście depresji młodzieńczej należy wyróżnić kilka aspektów



biologicznych, które mają istotny wpływ na rozwój tego zaburzenia, w tym genetykę, zmiany hormonalne, neuroprzekazniki oraz struktury mózgowe (Chodźko, Talarek, 2020).

Geny są jednym z najważniejszych czynników ryzyka dla rozwoju depresji, w tym także w okresie młodzieńczym. Badania wskazują na silny wpływ dziedziczenia na skłonność do wystąpienia depresji, zwłaszcza w przypadkach, gdy w rodzinie występują inne zaburzenia nastroju. Osoby, które mają w rodzinie przypadki depresji, są bardziej narażone na rozwój tego zaburzenia, co sugeruje, że istnieje pewien komponent genetyczny, który może predysponować do wystąpienia depresji. Zgodnie z badaniami, ryzyko wystąpienia depresji u nastolatków jest wyższe, jeśli jedno z rodziców lub rodzeństwa miało lub ma zaburzenia depresyjne. Chociaż specyficzne geny odpowiedzialne za depresję nie zostały jednoznacznie zidentyfikowane, ogólne tendencje w badaniach bliźniaków i rodzin sugerują, że depresja jest częściowo dziedziczna (Ćwikliński, 2021, s. 167-168).

Okres dojrzewania to czas intensywnych zmian hormonalnych, które mogą wpływać na nastrój, zachowanie i sposób reagowania na stres. Wzrost poziomu hormonów, takich jak estrogeny i testosteron, może przyczyniać się do wahania nastrojów i zwiększenia podatności na depresję. u dziewcząt, zmiany hormonalne związane z menstruacją, cyklem płciowym, a także z początkiem dojrzewania mogą stanowić dodatkowy czynnik ryzyka. u chłopców, choć zmiany hormonalne również są znaczące, depresja pojawia się rzadziej w tym okresie, jednak po zakończeniu okresu dojrzewania chłopcy często mają większe trudności w wyrażaniu emocji, co może skutkować późniejszymi problemami emocjonalnymi (Talarowska i Gałęcki, 2017).

Dodatkowo, zmiany hormonalne mogą również wpływać na równowagę neuroprzekazników w mózgu, co ma istotne znaczenie w kontekście rozwoju depresji. Równowaga hormonów, zwłaszcza w okolicach tzw. „złotego okresu dojrzewania”, jest jednym z głównych czynników ryzyka depresji w młodzieży. W tym czasie nieprawidłowe działanie układu hormonalnego może prowadzić do wzrostu podatności na zaburzenia nastroju (Dmitruk-Sierocińska, 2023b).

Neuroprzekazniki są substancjami chemicznymi w mózgu, które przekazują sygnały między neuronami. U osób cierpiących na depresję zauważono zaburzenia w równowadze neuroprzekazników, zwłaszcza serotoniny, noradrenaliny i dopaminy. Te trzy neuroprzekazniki odgrywają kluczową rolę w regulacji nastroju, motywacji, energii i emocji:

- Serotonina – jest związana z regulacją nastroju, snu, apetytu oraz percepcji emocji. Niskie poziomy serotoniny są często związane z depresją. U nastolatków, którzy mają deficyt serotoniny, może pojawić się chroniczne poczucie smutku, braku energii oraz tendencja do wycofywania się z życia towarzyskiego;



- Noradrenalina – odpowiada za reakcje organizmu na stres i zmiany nastroju. Niska aktywność noradrenaliny może powodować apatię, utratę zainteresowania otoczeniem oraz trudności w radzeniu sobie ze stresem;
- Dopamina – uczestniczy w regulacji procesów motywacyjnych, nagrody i przyjemności. Zaburzenia w układzie dopaminergicznym mogą prowadzić do utraty motywacji i poczucia braku sensu w życiu, co jest typowe dla depresji (Nęcki, 2017).

Zaburzenia równowagi tych neuroprzekaźników mogą prowadzić do objawów depresyjnych i wpływać na nastrój oraz zachowanie młodzieży, zwłaszcza w okresie dojrzewania, kiedy zmiany neurochemiczne są najbardziej widoczne (Kazula, 2014).

Badania neuroobrazowe wskazują, że w depresji dochodzi do zmian w strukturach mózgu, zwłaszcza w obszarach odpowiedzialnych za regulację emocji i odpowiedź na stres. U nastolatków z depresją zaobserwowano zmiany w aktywności oraz strukturze wzrokowo-przestrzennej kory mózgowej, hipokampa oraz układu limbicznego, który jest odpowiedzialny za emocje i reakcje stresowe. Hipokamp, który odgrywa kluczową rolę w przetwarzaniu pamięci i zarządzaniu stresem, może ulegać degeneracji w przypadku chronicznego stresu, co może prowadzić do powstawania objawów depresyjnych (Toenders et.al., 2019).

Zmiany w mózgu związane z depresją mogą być częściowo odziedziczone genetycznie, a także wynikać z doświadczeń traumatycznych i stresujących, które nastolatkowie przeżywają w swoim życiu. Z tego powodu mózg młodego człowieka jest szczególnie podatny na rozwój zaburzeń psychicznych w tym okresie, co może zwiększać ryzyko depresji (Musiał, 2007, s. 42-46).

Ostatnie badania wskazują, że układ immunologiczny może również odgrywać rolę w rozwoju depresji. Procesy zapalne, które są obecne w organizmach osób z depresją, mogą mieć wpływ na funkcjonowanie mózgu i układ neuroprzekaźników. U nastolatków z przewlekłym stresem lub doświadczeniem traum, układ immunologiczny może być w ciągłym stanie podwyższonej gotowości, co prowadzi do wzrostu poziomu cytokin zapalnych. To może z kolei wpłynąć na zmniejszenie poziomu serotoniny i dopaminy, przyczyniając się do wystąpienia objawów depresyjnych (Radziwiłłowicz, 2020a).

Czynniki biologiczne, takie jak genetyka, zmiany hormonalne, zaburzenia równowagi neuroprzekaźników oraz zmiany w strukturach mózgowych, stanowią ważne elementy rozwoju depresji u nastolatków. Każdy z tych czynników może predysponować młodych ludzi do wystąpienia depresji, a ich współdziałanie sprawia, że depresja jest zjawiskiem złożonym. Wczesne rozpoznanie tych czynników ryzyka oraz interwencje w zakresie medycyny



i psychoterapii mogą pomóc w zapobieganiu i leczeniu depresji w tej grupie wiekowej.

1.5.2 Czynniki środowiskowe

Czynniki środowiskowe mają duży wpływ na rozwój depresji u nastolatków, zarówno w sensie ich bezpośredniego, jak i pośredniego oddziaływania na zdrowie psychiczne młodych ludzi. Zajmują one istotną rolę w kształtowaniu ich zdolności radzenia sobie ze stresem, a także w rozwoju mechanizmów obronnych, które mogą albo chronić przed depresją, albo zwiększać ryzyko jej wystąpienia. Wśród głównych czynników środowiskowych, które mogą prowadzić do depresji u nastolatków, wyróżnia się: rodzinę, szkołę, rówieśników, sytuację materialną, traumatyczne przeżycia oraz wpływ mediów (Piwowarczyk i Krysta, 2009).

Rodzina jest jednym z najistotniejszych elementów środowiskowych wpływających na zdrowie psychiczne młodzieży. Stabilność i jakość relacji rodzinnych mają kluczowe znaczenie w kształtowaniu poczucia bezpieczeństwa i samooceny nastolatka. Problemy rodzinne, takie jak konflikty rodzicielskie, rozwód, przemoc domowa, zaniedbanie emocjonalne, niska jakość wsparcia emocjonalnego lub nadmierna kontrola, mogą być silnymi czynnikami ryzyka w rozwoju depresji. Dzieci wychowujące się w rodzinach dysfunkcyjnych, w których brakuje wsparcia emocjonalnego, mogą być szczególnie narażone na depresję, ponieważ nie uczą się skutecznych strategii radzenia sobie z trudnymi emocjami i sytuacjami stresowymi (Kolendo i Wronka, 2021).

W rodzinach, gdzie występuje depresja lub inne zaburzenia psychiczne u rodziców, ryzyko zachorowania na depresję wzrasta u dzieci, co sugeruje wpływ czynników genetycznych, ale także modelowanie zachowań i reakcji emocjonalnych. W takim przypadku młodzież może naśladować negatywne wzorce radzenia sobie ze stresem lub sama być narażona na stresujące doświadczenia, takie jak zaniedbanie czy brak poczucia bezpieczeństwa (Kolendo i Wronka, 2021).

Szkoła stanowi kolejny istotny kontekst środowiskowy, który może wpływać na rozwój depresji u młodzieży. Dla nastolatków, którzy spędzają dużą część swojego czasu w szkole, jej atmosfera, relacje z rówieśnikami oraz interakcje z nauczycielami mają ogromne znaczenie. Problemy związane z przemocą rówieśniczą, odrzuceniem społecznym, brakiem akceptacji w grupie, a także trudności w nauce mogą prowadzić do wycofania się i osłabienia poczucia własnej wartości, co sprzyja rozwojowi depresji. Ponadto, intensywna presja szkolna i oczekiwania dotyczące wyników akademickich mogą zwiększać poziom stresu, a w rezultacie przyczyniać się do rozwoju objawów depresyjnych (Dmitruk-Sierocińska, 2023 a).



Szkoła może być także miejscem, gdzie młodzież uczy się, jak radzić sobie ze stresem i jak budować relacje z innymi. W przypadku, gdy brak jest odpowiednich umiejętności społecznych lub gdy dziecko nie ma wsparcia ze strony nauczycieli, może to prowadzić do poczucia izolacji i alienacji, które są charakterystyczne dla depresji (Dmitruk-Sierocińska, 2023a).

Relacje z rówieśnikami, zwłaszcza w okresie adolescencji, mają ogromny wpływ na zdrowie psychiczne młodych ludzi. Przyjaźnie, relacje w grupach rówieśniczych oraz proces akceptacji społecznej stają się w tym wieku szczególnie ważne. Problemy związane z byciem wykluczonym z grupy, odrzuceniem społecznym, złośliwymi uwagami, a także przemocą rówieśniczą (np. bullying) mogą prowadzić do obniżenia poczucia własnej wartości, depresji i lęków. Młodzież, która doświadcza odrzucenia lub trudności w nawiązywaniu przyjaźni, często zmaga się z poczuciem samotności, które jest jednym z kluczowych objawów depresji (Michalska-Leśniewicz i Gruszczyński, 2010, s. 95-103).

Rówieśnicy, którzy wpływają na kształtowanie postaw i zachowań młodzieży, mogą również sprzyjać rozwojowi depresji, jeśli w grupie występują normy akceptujące zachowania ryzykowne, wyśmiewanie czy marginalizowanie innych. Istnieje także ryzyko, że młodzież, która boryka się z depresją, może wchodzić w toksyczne relacje z rówieśnikami, co jeszcze pogłębia jej problemy emocjonalne (Michalska-Leśniewicz i Gruszczyński, 2010, s. 95-103).

Niski status materialny rodziny stanowi jeden z ważnych czynników ryzyka depresji u nastolatków. Sytuacja ekonomiczna, w której młody człowiek dorasta, może wpływać na jego poczucie bezpieczeństwa, przyszłe aspiracje, a także poziom stresu. Nastolatki wychowujące się w rodzinach ubogich, borykających się z trudnościami finansowymi, mogą doświadczać większego stresu związanego z brakiem dostępu do zasobów, co prowadzi do poczucia bezsilności i beznadziei, które są charakterystyczne dla depresji. Często takie młodzież może odczuwać poczucie wstydu związane z brakiem dostępu do dóbr materialnych, co może dodatkowo pogłębiać poczucie odrzucenia społecznego (Szwejka, 2024).

Ponadto, młodzież z ubogich rodzin może być bardziej narażona na doświadczanie innych stresorów, takich jak przemoc, niepewność dotycząca przyszłości, problemy mieszkaniowe czy nierówności społeczne. Czynniki te mogą przyczynić się do rozwoju depresji, zwłaszcza jeśli młody człowiek nie ma wystarczającego wsparcia ze strony rodziny, szkoły lub innych instytucji (Szwejka, 2024).

Traumatyczne przeżycia, takie jak utrata bliskiej osoby, rozwód rodziców, przemoc, zaniedbanie, molestowanie czy doświadczenia wojenne, mogą mieć długotrwały wpływ na zdrowie psychiczne nastolatków. Młodzież, która przeszła przez takie wydarzenia, jest



szczególnie narażona na rozwój depresji. Zdarzenia traumatyczne prowadzą do zmiany w postrzeganiu siebie i świata, mogą wywołać przewlekły stres i obniżyć zdolność do radzenia sobie z trudnymi emocjami (Budziszewska, 2016, s. 5-11).

Nastolatki, które doświadczyły traumy, mogą czuć się bezradne i pozbawione kontroli nad swoim życiem, co jest jednym z głównych objawów depresji. Ponadto, trauma może powodować wstrząsy emocjonalne, które powodują poczucie izolacji i obniżenia samooceny. Długotrwały brak wsparcia psychicznego po traumie może prowadzić do nasilenia objawów depresyjnych (Budziszewska, 2016, s. 5-11).

Współczesna młodzież ma stały kontakt z mediami, zarówno tradycyjnymi (telewizja, radio), jak i nowoczesnymi (media społecznościowe, Internet). Wzrost popularności mediów społecznościowych wiąże się z nowymi wyzwaniami w zakresie kształtowania tożsamości i samooceny. Porównywanie się do idealizowanych obrazów życia innych osób, zwłaszcza w mediach społecznościowych, może prowadzić do poczucia niższości, zazdrości, a także rozwoju depresji. Młodzież może odczuwać presję, by dostosować się do nierealistycznych norm estetycznych, społecznych czy konsumpcyjnych, co w dłuższym okresie może wpłynąć na ich poczucie wartości i prowadzić do depresji (Smólkowska, 2020).

Czynniki środowiskowe mają ogromny wpływ na rozwój depresji u nastolatków. Zależnie od jakości relacji rodzinnych, atmosfery w szkole, wpływu rówieśników, sytuacji materialnej, doświadczanych traum oraz oddziaływania mediów, młodzież może stać się bardziej podatna na rozwój zaburzeń depresyjnych. W związku z tym ważne jest zapewnienie odpowiedniego wsparcia emocjonalnego, edukacyjnego oraz społecznego, które może pomóc młodym ludziom radzić sobie ze stresem i trudnościami życiowymi, minimalizując ryzyko depresji.

1.5.3 Czynniki psychologiczne

Czynniki psychologiczne odgrywają kluczową rolę w rozwoju depresji u nastolatków. Są to wewnętrzne mechanizmy i cechy, które wpływają na sposób, w jaki młody człowiek postrzega siebie, innych ludzi oraz otaczający go świat. Należą do nich m.in. temperament, osobowość, mechanizmy radzenia sobie ze stresem, a także czynniki poznawcze i emocjonalne. Warto podkreślić, że te czynniki mogą zarówno chronić przed depresją, jak i zwiększać ryzyko jej wystąpienia, w zależności od ich natury i tego, jak są kształtowane przez doświadczenia życiowe i relacje interpersonalne (Kielan, Olejniczak, 2018).



Temperament, który obejmuje wrodzone cechy osobowości, takie jak reaktywność emocjonalna, impulsywność, aktywność czy wytrwałość, może mieć duży wpływ na to, jak nastolatek reaguje na trudności życiowe. Młodzież o wyższym stopniu neurotyczności, czyli tendencji do odczuwania silnych negatywnych emocji, takich jak smutek, niepokój czy frustracja, jest bardziej narażona na depresję. Z kolei nastolatki o wyższym poziomie ekstrawersji, które łatwiej radzą sobie w kontaktach społecznych i są bardziej otwarte na nowe doświadczenia, mogą mieć większe zasoby do przeciwdziałania rozwojowi depresji (Michalska-Leśniewicz i Gruszczyński, 2010, s. 95-103).

Nastolatki o bardziej introwertywnym temperamencie, które charakteryzują się skłonnością do zamykania się w sobie, unikania trudnych emocji i trudności w wyrażaniu swoich uczuć, są również bardziej podatne na depresję, szczególnie w sytuacjach, gdy napotykają trudności w relacjach społecznych czy w radzeniu sobie ze stresem depresji (Michalska-Leśniewicz i Gruszczyński, 2010, s. 95-103).

Osobowość, która rozwija się w okresie dorastania, może być również czynnikiem ryzyka dla depresji. Istnieją pewne cechy osobowości, które mogą predysponować młodzież do rozwoju depresji. Należy do nich m.in. tendencja do myślenia negatywnego, pesymistycznego postrzegania rzeczywistości, skłonność do obwiniania siebie za niepowodzenia, a także potrzeba uzyskiwania aprobaty innych osób. Osoby o takich cechach osobowości mogą częściej doświadczać wątpliwości dotyczących swojej wartości, co prowadzi do obniżenia poczucia własnej wartości i rozwoju objawów depresyjnych (Woźny, 2022).

Istotną cechą, która może zwiększać ryzyko depresji, jest także tendencja do nadmiernego perfekcjonizmu. Młodzież, która stawia sobie bardzo wysokie wymagania i jest nieustannie niezadowolona z osiągnięć, nawet gdy są one wysokie, może popadać w stan chronicznego stresu i poczucia porażki, co sprzyja rozwojowi depresji (Ćwikliński, 2021).

Mechanizmy radzenia sobie, czyli sposoby, w jakie jednostka reaguje na stresujące sytuacje, mają kluczowe znaczenie w rozwoju depresji. Osoby, które nie posiadają odpowiednich strategii radzenia sobie z trudnościami, są bardziej podatne na zachowania i myśli depresyjne. Przykładem może być unikanie trudnych sytuacji lub zmaganie się z emocjami w sposób, który nasila problem, np. poprzez ucieczkę w uzależnienia, izolację społeczną lub nadmierne zamartwianie się (Kisiela, Kłoszewska i Sobów, 2009, s. 123-134).

Istnieją dwa główne typy mechanizmów radzenia sobie: strategiczne (czynne) i emocjonalne (reaktywne). Mechanizmy czynne, takie jak szukanie rozwiązań, rozmowa z bliskimi czy angażowanie się w aktywności, pozwalają lepiej radzić sobie z trudnościami i obniżają ryzyko depresji. Natomiast mechanizmy reaktywne, takie jak zaprzeczanie



problemowi, obwinianie siebie, izolacja czy nadmierna ruminacja, mogą prowadzić do rozwoju depresji, ponieważ nie rozwiązują problemów, a raczej nasilają negatywne emocje się (Kisiela, Kłoszewska i Sobów, 2009, s. 123-134).

Czynniki poznawcze odnoszą się do sposobu myślenia, postrzegania siebie i świata. Jednym z najistotniejszych modeli wyjaśniających rolę tych czynników w rozwoju depresji jest model poznawczy A.T. Becka (1980), który wskazuje na związki między negatywnymi myślami, przekonaniem o sobie, innych ludziach oraz o przyszłości, a depresją. Beck zauważył, że osoby depresyjne mają tendencję do postrzegania siebie jako bezwartościowych, otaczającego ich świata jako wrogiego, a przyszłości jako pełnej niepowodzeń. Takie negatywne schematy myślenia prowadzą do obniżenia poczucia własnej wartości i pogłębiają poczucie beznadziei, co zwiększa ryzyko depresji.

Z kolei w przypadku młodzieży, której sposób myślenia jest jeszcze w fazie rozwoju, negatywne schematy myślenia mogą powstać w wyniku niekorzystnych doświadczeń życiowych, takich jak porażki szkolne, problemy w relacjach z rówieśnikami czy negatywne doświadczenia rodzinne. Nastolatki, które mają tendencję do ruminacji, czyli ciągłego rozmyślania o negatywnych wydarzeniach i przeżyciach, są bardziej podatne na depresję (Helios i Jedlicka, 2017).

Niska samoocena i problemy z tożsamością mogą stanowić istotny czynnik psychologiczny, który sprzyja rozwojowi depresji w wieku nastoletnim. Młodzież, która nie ma wyraźnego poczucia wartości, czuje się niezrozumiana przez innych, ma trudności w określeniu swojej roli w społeczeństwie, jest szczególnie narażona na depresję. W adolescencji proces kształtowania tożsamości jest w pełni rozwinięty, a młodzież intensywnie poszukuje odpowiedzi na pytanie "kim jestem?". Niezdolność do znalezienia odpowiedzi na to pytanie lub konfrontacja z negatywnymi obrazami siebie może prowadzić do chronicznego stresu, lęku i depresji (Jurkiewicz i Kołpa, 2015).

Ponadto, w tym okresie życie młodych ludzi staje się bardzo zależne od oceny innych. Problemy z akceptacją, odrzuceniem lub brakiem poczucia przynależności mogą skutkować obniżeniem samooceny, poczuciem osamotnienia i braku sensu, co prowadzi do objawów depresyjnych (Jurkiewicz i Kołpa, 2015).

Emocje odgrywają kluczową rolę w rozwoju depresji. Młodzież, która nie potrafi efektywnie regulować swoich emocji, może mieć większe trudności w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi. Osoby te często reagują intensywnie na negatywne emocje, takie jak smutek, złość, frustracja czy bezradność, co może prowadzić do ich utrwalenia i pogłębiania się problemów emocjonalnych. Długotrwałe doświadczenie silnych negatywnych



emocji, bez umiejętności ich wyrażania i przetwarzania, może prowadzić do depresji (Jęczmińska, 2021).

Czynniki psychologiczne, takie jak temperament, osobowość, mechanizmy radzenia sobie, czynniki poznawcze, poczucie własnej wartości oraz zdolność do regulacji emocji, są istotnymi elementami wpływającymi na rozwój depresji u nastolatków. Właściwe wsparcie psychiczne, nauka efektywnych strategii radzenia sobie, a także kształtowanie pozytywnego obrazu siebie mogą pomóc w zmniejszeniu ryzyka wystąpienia depresji w tym wieku (Jęczmińska, 2021).

1.6 Przyczyny depresji w wieku młodzieńczym

Przyczyny depresji w wieku młodzieńczym są wielowymiarowe i często wynikają z interakcji czynników biologicznych, psychologicznych i środowiskowych. Młodzież, będąca w fazie intensywnej zmian rozwojowych, zarówno fizycznych, jak i emocjonalnych, jest szczególnie narażona na różnorodne czynniki ryzyka, które mogą prowadzić do rozwoju depresji. W poniższym opracowaniu omówię najważniejsze przyczyny depresji w wieku młodzieńczym, uwzględniając zarówno czynniki biologiczne, jak i psychologiczne oraz społeczne (Derkacz i Olajossy, 2015, s. 152-154).

Czynniki biologiczne związane z depresją w okresie adolescencji wynikają z naturalnych zmian zachodzących w mózgu i organizmach młodych ludzi. W tym okresie następuje intensywny rozwój układu nerwowego, zmiany hormonalne oraz zmiany w strukturze mózgu, które mogą zwiększać podatność na depresję, stanowiąc jedną z przyczyn wystąpienia zaburzeń nastroju. Okres dojrzewania to czas intensywnej zmian hormonalnych, które wpływają na funkcjonowanie układu nerwowego, regulację emocji i zachowanie. Wzrost poziomu hormonów, takich jak estrogeny, testosteron, kortyzol czy prolaktyna, może zaburzać równowagę neuroprzekaźników, co zwiększa ryzyko pojawienia się objawów depresyjnych. Ponadto, badania wskazują na istnienie genetycznej predyspozycji do depresji – osoby, które mają w rodzinie przypadki depresji, są bardziej narażone na jej rozwój, ponieważ geny wpływają na równowagę neuroprzekaźników, takich jak serotonina, dopamina czy noradrenalina, które odgrywają kluczową rolę w regulacji nastroju. Dodatkowo, zmiany w strukturach mózgu, takie jak zaburzenia funkcjonowania czołowej części mózgu odpowiedzialnej za kontrolowanie emocji i impulsów, mogą być związane z większym ryzykiem depresji. Zmiany te często wynikają z długotrwałego stresu lub negatywnych



doświadczeń, które wpływają na funkcjonowanie mózgu i jego wrażliwość na stres (Chodźko, Talarek, 2020).

Psychologiczne czynniki ryzyka depresji u nastolatków obejmują różnorodne mechanizmy wpływające na sposób postrzegania siebie, innych i świata. Niskie poczucie własnej wartości jest jednym z najistotniejszych czynników ryzyka, gdyż młodzież z niską samooceną często czuje się mniej atrakcyjna, niezdolna do osiągnięcia sukcesów lub odrzucona przez innych, co prowadzi do lęku przed odrzuceniem i poczucia beznadziei. W wieku dorastania młodzież jest szczególnie wrażliwa na kształtowanie swoich przekonań, a negatywne schematy myślenia, takie jak pesymizm, skłonność do nadmiernej samooceny, katastroficzne myślenie czy poczucie beznadziei, mogą stać się stałym elementem życia, sprzyjając depresji. Kolejnym istotnym czynnikiem są trudności w radzeniu sobie ze stresem, ponieważ młodzież, która nie posiada wystarczających umiejętności radzenia sobie z emocjami i stresem, może reagować depresją na sytuacje życiowe, które w innych warunkach byłyby mniej obciążające. Brak odpowiednich mechanizmów radzenia sobie z porażkami, rozczarowaniami czy problemami w relacjach społecznych prowadzi często do poczucia bezsilności (Szymańska, 2012). Dodatkowo, brak wsparcia emocjonalnego od rodziny, przyjaciół czy innych ważnych osób zwiększa ryzyko depresji, ponieważ poczucie osamotnienia i marginalizacji prowadzi do izolacji oraz pogłębienia problemów emocjonalnych (Jęczmieńska, 2021).

Środowisko, w którym dorasta nastolatek, ma ogromny wpływ na jego rozwój emocjonalny i psychiczny. Stresujące wydarzenia życiowe, brak stabilności emocjonalnej lub zmienne warunki społeczne mogą być głównymi przyczynami depresji. Dysfunkcje rodzinne, takie jak rozwód rodziców, przemoc domowa, zaniedbanie emocjonalne, choroby psychiczne w rodzinie czy alkoholizm, mogą stanowić istotny czynnik ryzyka depresji u nastolatków. Młodzież wychowująca się w rodzinach o niskiej stabilności emocjonalnej, z konfliktem lub brakiem więzi emocjonalnych, często doświadcza trudności w radzeniu sobie z problemami, co sprzyja depresji. Problemy szkolne i rówieśnicze, takie jak wykluczenie społeczne, mobbing, brak akceptacji lub trudności w osiągnięciu sukcesów w szkole, mogą prowadzić do poczucia izolacji i obniżenia samooceny. Długotrwałe doświadczenia stresu w relacjach rówieśniczych mają negatywny wpływ na emocjonalne samopoczucie nastolatków i mogą prowadzić do depresji. Współczesne wzorce społeczne i kulturowe stawiają przed młodzieżą duże wymagania dotyczące wyglądu, osiągnięć szkolnych, statusu społecznego i sukcesu zawodowego. Nastolatki, które nie spełniają tych wymagań lub czują się w jakiś sposób "inne",



mogą doświadczać poczucia nieadekwatności i presji, co sprzyja rozwojowi depresji (Ćwikliński, 2021).

Traumatyczne wydarzenia, takie jak śmierć bliskiej osoby, rozwód rodziców, przemoc fizyczna lub emocjonalna, molestowanie czy wypadek, mogą stać się bezpośrednią przyczyną rozwoju depresji u nastolatków. Takie doświadczenia w młodym wieku mają długotrwały wpływ na rozwój emocjonalny i psychiczny, mogą prowadzić do chronicznego stresu i trudności w adaptacji do życia społecznego. Ponadto traumatyczne przeżycia mogą kształtować negatywne przekonania na temat siebie i innych, co sprzyja obniżeniu poczucia własnej wartości i prowadzi do depresji (Brzeska, 2024, s. 68-71).

Przyczyny depresji u nastolatków są wielowymiarowe i wynikają z interakcji różnych czynników biologicznych, psychologicznych oraz środowiskowych. Zmiany hormonalne, predyspozycje genetyczne, problemy z radzeniem sobie ze stresem, niskie poczucie własnej wartości, trudności w relacjach interpersonalnych oraz traumatyczne doświadczenia życiowe mogą znacząco zwiększać ryzyko wystąpienia depresji. Zrozumienie tych przyczyn jest kluczowe w kontekście skutecznego zapobiegania oraz leczenia depresji w wieku młodzieńczym.



Rozdział 2 Samoocena w ujęciu psychologicznym

2.1 Samoocena – definicja i znaczenie

Samoocena to subiektywna ocena, jaką jednostka wystawia samej sobie, oparta na jej przekonaniach, uczuciach i postawach dotyczących własnej osoby. Jest to ogólna ocena własnych cech, zdolności i wartości, które kształtują sposób postrzegania siebie oraz wpływają na interakcje z otoczeniem. Samoocena odnosi się do tego, jak jednostka postrzega swoją wartość, co przekłada się na poczucie pewności siebie, satysfakcji z życia oraz gotowości do podejmowania nowych wyzwań. To także miara tego, jak osoba reaguje na różne wydarzenia życiowe, sukcesy i porażki, a także na opinię innych ludzi (Turowska, 2008, s. 151-161).

W literaturze psychologicznej samoocena jest często definiowana w kontekście zarówno aspektu globalnego, jak i specyficznego. W aspekcie globalnym odnosi się do ogólnej oceny samego siebie, natomiast w aspekcie specyficznym dotyczy konkretnych obszarów życia, takich jak samoocena fizyczna, zawodowa, towarzyska czy intelektualna. Oznacza to, że osoba może mieć wysoką samoocenę w jednym aspekcie życia, a w innym może ją oceniać znacznie niżej (Suwalska-Barancewicz i Malina, 2018).

Samoocena ma fundamentalne znaczenie dla zdrowia psychicznego i emocjonalnego jednostki. Jej poziom wpływa na sposób, w jaki osoba radzi sobie z trudnościami, buduje swoje relacje interpersonalne oraz jak postrzega swoje sukcesy i porażki. Wysoka samoocena jest związana z pozytywnym postrzeganiem siebie i swojego miejsca w świecie, co sprzyja zdrowemu rozwojowi emocjonalnemu i społecznemu. Z kolei niska samoocena może prowadzić do wielu problemów psychicznych, takich jak lęki, depresja, problemy w relacjach interpersonalnych, a także trudności w podejmowaniu decyzji czy realizacji celów życiowych. Samoocena jest również ściśle związana z poczuciem sprawczości, czyli przekonaniem jednostki, że ma kontrolę nad swoim życiem i może wpływać na swoje otoczenie. Osoby o wysokiej samoocenie często są bardziej pewne siebie, podejmują wyzwania i są bardziej odporne na niepowodzenia. Z kolei osoby z niską samooceną mogą mieć trudności z podejmowaniem działań, czują się mniej kompetentne i boją się ocen innych ludzi (Calicchio, 2023).

W kontekście rozwoju nastolatków samoocena ma szczególne znaczenie. W tym okresie życia młodzież przechodzi przez intensywne zmiany fizyczne, emocjonalne i społeczne, które mają duży wpływ na ich postrzeganie siebie i kształtowanie tożsamości. Samoocena nastolatków może być w tym czasie bardziej wrażliwa na opinie rówieśników, rodzinne oczekiwania oraz sukcesy czy porażki w szkole. Dlatego poziom samooceny w tym okresie



może mieć istotny wpływ na rozwój emocjonalny i psychiczny młodych ludzi (Biernat i Bąk-Sosnowska, 2021).

Wysoka samoocena wiąże się z pozytywnym obrazem siebie, akceptacją swoich mocnych i słabych stron oraz poczuciem, że jest się wartościową osobą. Osoby z wysoką samooceną częściej angażują się w pozytywne interakcje społeczne, podejmują wyzwania, są bardziej otwarte na zmiany, a także radzą sobie z trudnościami i porażkami w sposób konstruktywny (Jęczmińska, 2021).

Niska samoocena natomiast charakteryzuje się negatywnym obrazem siebie, poczuciem bezwartościowości i lękiem przed odrzuceniem. Osoby o niskiej samoocenie często unikają wyzwań, mają trudności w budowaniu pozytywnych relacji z innymi, są bardziej podatne na stres, depresję i inne problemy emocjonalne. Niska samoocena może prowadzić do rozwoju zaburzeń psychicznych, takich jak lęki, depresja czy zaburzenia odżywiania (Jęczmińska, 2021).

Samoocena nie jest stała i zmienia się w zależności od doświadczeń życiowych, interakcji z innymi ludźmi oraz wewnętrznych przekonań i wartości (Sabaj-Sidur, 2018). Czynniki, które mają wpływ na kształtowanie się samooceny, to rodzina i wychowanie, ponieważ sposób, w jaki rodzice lub opiekunowie wychowują dziecko, ma kluczowy wpływ na jego poczucie własnej wartości. Wspierający, kochający i akceptujący rodzice pomagają dziecku rozwijać pozytywny obraz siebie, natomiast krytyka, odrzucenie lub brak zainteresowania mogą prowadzić do obniżenia samooceny. Istotnym czynnikiem są także rówieśnicy – w okresie adolescencji opinia rówieśników staje się niezwykle ważna, a akceptacja lub odrzucenie w grupie rówieśniczej ma duży wpływ na samoocenę młodzieży, która jest wrażliwa na opinię innych. Trudności w relacjach z rówieśnikami mogą prowadzić do obniżenia poczucia własnej wartości. Kolejnym czynnikiem są sukcesy i porażki – sukcesy, zarówno w życiu osobistym, jak i zawodowym, pozytywnie wpływają na samoocenę, natomiast niepowodzenia mogą ją obniżać, zwłaszcza jeśli są postrzegane jako potwierdzenie własnej niewartości. Media i kultura masowa również odgrywają istotną rolę, ponieważ współczesne media i kultura masowa, promujące określone wzorce piękna, sukcesu i zachowań, mogą wpływać na sposób postrzegania siebie, szczególnie wśród młodzieży. Porównania z idealizowanymi obrazami w mediach mogą prowadzić do negatywnej oceny własnego wyglądu i wartości (Ryś i Trzęsowska-Greszta, 2018).



2.1.2 Definicje samooceny

Samoocena jest pojęciem psychologicznym, które odnosi się do subiektywnej oceny jednostki na temat samej siebie. To, jak osoba postrzega swoje cechy, zdolności, wygląd oraz wartość, ma wpływ na jej ogólną samoocenę. Samoocena nie jest jednorodną cechą, ale złożonym procesem, który obejmuje różne aspekty życia jednostki, takie jak samoocena fizyczna, intelektualna, emocjonalna czy społeczna. Różne definicje samooceny podkreślają różne aspekty tego pojęcia, ale zasadniczo można je sprowadzić do kilku głównych podejść (Szpitalak, Polczyk, 2015, s. 9).

Samoocena rozumiana jest jako ogólna ocena siebie, którą jednostka dokonuje na podstawie swoich przekonań o sobie. W tym ujęciu samoocena to sposób, w jaki człowiek ocenia swoją wartość jako osoby, biorąc pod uwagę zarówno pozytywne, jak i negatywne aspekty siebie. Globalna samoocena obejmuje całościowe poczucie własnej wartości i jest podstawą do postrzegania siebie w różnych sytuacjach życiowych. Jest to najczęstsza forma definiowania samooceny, która odnosi się do całościowego obrazu siebie (Domurat, 2012, s. 223-231).

Inny sposób definiowania samooceny polega na traktowaniu jej w kontekście konkretnych obszarów życia, takich jak samoocena fizyczna, akademicka, zawodowa, towarzyska czy emocjonalna. W tym przypadku jednostka może mieć różne poziomy samooceny w różnych aspektach swojego życia, na przykład może czuć się pewnie w pracy, ale niepewnie w relacjach interpersonalnych. Taka definicja zakłada, że samoocena jest bardziej zróżnicowana i zależy od doświadczeń w różnych dziedzinach życia. Z tego punktu widzenia samoocena jest traktowana jako wynik reakcji jednostki na otoczenie. Jest to ocena tego, jak jednostka reaguje na swoje doświadczenia, sukcesy i porażki, jak też jak postrzega swoje działania w kontekście interakcji z innymi ludźmi. Samoocena w tym przypadku nie odnosi się tylko do myśli i przekonań, ale także do obserwowalnych działań i zachowań, które jednostka podejmuje w odpowiedzi na swoje postrzeganie siebie. W innym podejściu samoocena jest postrzegana jako wynik procesów poznawczych, które prowadzą do wykształcenia pozytywnego lub negatywnego obrazu siebie. Zgodnie z tą definicją, sposób, w jaki jednostka przetwarza informacje o sobie, ma bezpośredni wpływ na jej poczucie wartości. Kiedy osoba otrzymuje pozytywne informacje o sobie, jej samoocena wzrasta, natomiast negatywne informacje mogą ją obniżyć. Samoocena jest również zależna od kontekstu społecznego i kulturowego, w jakim żyje jednostka. W zależności od kultury, wartości i norm społecznych, różne cechy mogą być postrzegane jako ważniejsze w budowaniu poczucia własnej wartości. Na przykład w kulturach, które kładą duży nacisk na osiągnięcia



zawodowe, jednostka może wyżej oceniać swoją wartość, gdy odnosi sukcesy zawodowe. W innych kulturach, gdzie ceniona jest harmonia w relacjach międzyludzkich, samoocena może być bardziej związana z umiejętnością nawiązywania pozytywnych interakcji społecznych.

Samoocena ma zatem charakter dynamiczny i zmienia się w zależności od doświadczeń, kontekstu społecznego oraz indywidualnych przekonań i wartości. Zrozumienie samooceny jako wieloaspektowego i zmiennego procesu pozwala na lepsze zrozumienie, dlaczego ludzie postrzegają siebie w różny sposób, oraz jak można wpływać na poprawę samooceny, np. w kontekście terapii czy rozwoju osobistego (Domurat, 2012, s. 223-231).

2.2 Czynniki kształtujące samoocenę

2.2.1 Czynniki wewnętrzne

Samoocena, czyli subiektywna ocena własnej wartości, jest wynikiem wielu czynników, które wpływają na sposób, w jaki postrzegamy siebie i swoją wartość. Czynniki te można podzielić na wewnętrzne (osobowościowe) oraz zewnętrzne (społeczne i środowiskowe), które razem kształtują ogólny obraz siebie. Wśród najważniejszych czynników wyróżnia się te, które mają charakter biologiczny, psychologiczny, społeczny i kulturowy. Poniżej przedstawiono te czynniki w szczegółowy sposób.

Czynniki wewnętrzne odnoszą się do cech indywidualnych, które mają bezpośredni wpływ na kształtowanie się samooceny. Należą do nich:

1. **Osobowość** – jednym z kluczowych czynników wewnętrznych jest struktura osobowości. Osoby o stabilnej, pozytywnej osobowości mają tendencję do posiadania wyższej samooceny. Wysokie poczucie pewności siebie, otwartość na nowe doświadczenia oraz skłonność do optymistycznego postrzegania świata mogą sprzyjać wyższemu poziomowi samooceny. Z kolei osoby zamknięte, pesymistyczne, nieufne i lękliwe mogą mieć problemy z budowaniem pozytywnego obrazu siebie;
2. **Poczucie własnej wartości** – to fundamentalny element samooceny, który jest związany z ogólnym poczuciem wartości. Wysokie poczucie własnej wartości wiąże się z przekonaniem, że jesteśmy wartościowymi i kompetentnymi ludźmi, zasługującymi na szacunek i miłość. Niskie poczucie własnej wartości prowadzi do postrzegania siebie jako mniej wartościowego, co wpływa na negatywne oceny własnych działań i zachowań;



3. Skłonność do porównań społecznych – porównania społeczne to proces, w którym jednostki oceniają siebie w kontekście innych ludzi. Częste porównywanie siebie do innych może wpływać na kształtowanie samooceny. Osoby, które porównują się z innymi w sposób krytyczny, często doświadczają obniżonej samooceny. Z kolei osoby, które mają pozytywny obraz innych i potrafią dostrzegać swoje unikalne cechy, mogą doświadczać wyższej samooceny (Wejner-Jaworska, 2014, s. 3-8);
4. Temperament – czyli wrodzona tendencja do reagowania na różne sytuacje emocjonalne, także wpływa na samoocenę. Osoby o łatwym temperamencie, które są bardziej otwarte i elastyczne w reagowaniu na stresory, częściej rozwijają wyższą samoocenę. Z kolei osoby o trudniejszym temperamencie, bardziej zamknięte i impulsywne, mogą mieć trudności w utrzymaniu stabilnego poczucia własnej wartości;
5. Kognitywne schematy i przekonania – wewnętrzne przekonania i schematy poznawcze, jakie mamy na swój temat, odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu samooceny. Osoby, które rozwijają pozytywne przekonania o swojej wartości, zdolnościach i kompetencjach, mają wyższą samoocenę. Przykładem może być przekonanie, że "jestem wartościową osobą", "mogę poradzić sobie z wyzwaniami" lub "zawsze daję z siebie wszystko" (Wolff, Helm, Junge & Möller, 2020).

2.2.2 Czynniki zewnętrzne

Czynniki zewnętrzne są związane z otoczeniem społecznym i kulturowym, w którym jednostka żyje. Do głównych czynników zewnętrznych, które kształtują samoocenę, należą:

- Rodzina i wychowanie - wychowanie w rodzinie jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na kształtowanie się samooceny, szczególnie we wczesnym okresie życia. Rodzice i opiekunowie, poprzez swoje zachowania, komunikację oraz wartości, przekazują dziecku informacje na temat jego wartości. Wspierający, kochający rodzice pomagają w budowaniu pozytywnej samooceny, podczas gdy nadmierna krytyka, zaniedbanie lub brak akceptacji mogą prowadzić do jej obniżenia;
- Relacje społeczne i interakcje z rówieśnikami - relacje z rówieśnikami i innymi ludźmi w otoczeniu mają duży wpływ na kształtowanie samooceny. Akceptacja w grupie rówieśniczej oraz pozytywne doświadczenia społeczne mogą poprawiać samoocenę, podczas gdy odrzucenie, marginalizacja czy negatywne opinie mogą ją obniżać. Nastolatki szczególnie wrażliwie reagują na opinie swoich rówieśników, co może znacząco wpłynąć na postrzeganie siebie;



- Społeczna normy i oczekiwania - otoczenie społeczne, w tym normy kulturowe, oczekiwania społeczne oraz standardy dotyczące wyglądu, sukcesu czy zachowań, mają duży wpływ na samoocenę. Współczesne społeczeństwo często promuje określone wzorce sukcesu, urody czy statusu, które mogą prowadzić do poczucia niedoskonałości u jednostek, które nie spełniają tych norm. Media społecznościowe, reklamy, film i telewizja często propagują wyidealizowany obraz życia, co może wpływać na poczucie wartości jednostki;
- Sukcesy i porażki w różnych dziedzinach życia - do czynników zewnętrznych wpływających na samoocenę zaliczamy także sukcesy i porażki, zwłaszcza te, które dotyczą najważniejszych obszarów życia jednostki. Sukcesy zawodowe, szkolne, w relacjach interpersonalnych czy sportowe mogą podnosić poczucie własnej wartości. Z kolei porażki, zwłaszcza gdy jednostka traktuje je jako dowód swojej niewartościowości, mogą prowadzić do obniżenia samooceny;
- Wsparcie społeczne - wsparcie ze strony innych ludzi, szczególnie w trudnych momentach życia, ma kluczowe znaczenie dla kształtowania samooceny. Osoby, które mają silne wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół, nauczycieli czy mentorów, częściej rozwijają pozytywne poczucie wartości. Wsparcie to może przyjmować formę emocjonalną (np. wyrażanie troski), instrumentalną (np. pomoc w rozwiązywaniu problemów) oraz informacyjną (np. udzielanie rad i wskazówek) (Kucyper, 2008).

Na podstawie powyższych można stwierdzić, że samoocena jest wynikiem złożonego działania czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Wpływ na jej poziom mają zarówno osobowościowe predyspozycje jednostki, jak i jej otoczenie społeczne i kulturowe. Zrozumienie tych czynników pozwala na lepsze zrozumienie, jak kształtuje się obraz siebie i jak można wpływać na poprawę samooceny, zarówno w kontekście pracy nad sobą, jak i poprzez odpowiednie wsparcie ze strony otoczenia.



Rozdział 3 Powiązania pomiędzy depresją a samooceną u młodzieży

3.1 Relacja między depresją a samooceną

Depresja i samoocena są ściśle powiązane, ponieważ obniżona samoocena może zarówno przyczynić się do rozwoju depresji, jak i być jej skutkiem. Istnieje wiele teorii psychologicznych, które wskazują na tę wzajemną zależność (Wysocka, 2021).

Depresja charakteryzuje się negatywnymi myślami o sobie, poczuciem bezwartościowości i brakiem nadziei na przyszłość. Osoby cierpiące na depresję często postrzegają siebie w sposób bardzo krytyczny, widząc siebie jako osoby gorsze, nieudolne i niezdolne do osiągnięcia sukcesów. Wysoka częstotliwość tych myśli prowadzi do obniżenia poczucia własnej wartości i pogłębienia depresyjnych objawów. Często pacjenci z depresją doświadczają zaniżonego obrazu siebie, co stanowi podstawę do rozwoju dalszych objawów depresyjnych, takich jak poczucie beznadziejności czy apatia (Wiatrowska, 2021, s. 28-41).

W ramach modelu depresji A. T. Becka (1980), depresja jest wynikiem systematycznych zniekształceń myślenia, które dotyczą samego siebie, świata i przyszłości. W przypadku osób z depresją te zniekształcone myśli, takie jak "jestem bezwartościowy" lub "nic mi się nie udaje", prowadzą do bardzo negatywnej samooceny, co wzmaga depresję. Długotrwałe utrzymywanie się tych negatywnych przekonań powoduje, że osoba staje się coraz bardziej zamknięta, wycofana i przekonana o swojej bezwartościowości.

Relacja między depresją a samooceną może tworzyć błędne koło. Depresja prowadzi do obniżenia samooceny, a obniżona samoocena może pogłębiać objawy depresji. Osoba z depresją może zacząć unikać wyzwań, zrezygnować z aktywności, w których wcześniej odniosła sukces, co z kolei prowadzi do dalszego spadku poczucia własnej wartości. Ta reakcja może stać się cyklem, w którym pogłębiająca się depresja prowadzi do jeszcze niższej samooceny, co skutkuje dalszym zaostrzeniem objawów depresyjnych (Wysocka, 2021).

W terapii depresji jednym z celów jest poprawa samooceny pacjenta. Poprzez psychoterapię, a także w niektórych przypadkach terapię poznawczo-behawioralną, osoby cierpiące na depresję uczą się zmieniać swoje negatywne przekonania o sobie i budować bardziej realistyczny i pozytywny obraz siebie. Praca nad podwyższeniem samooceny jest ważnym elementem leczenia depresji, ponieważ pomaga w zmniejszeniu objawów i poprawie jakości życia pacjenta (Płoszaj, Koszewska, 2022).



3.2 Wyniki badań dotyczące związku pomiędzy depresją a samooceną

Związek między depresją a samooceną jest jednym z najbardziej badanych tematów w psychologii klinicznej i psychopatologii. Liczne badania wskazują, że te dwa zjawiska są ze sobą ściśle powiązane i często występują równolegle. Z przeprowadzonych badań wynika, że osoby cierpiące na depresję charakteryzują się zazwyczaj niską samooceną, a z kolei osoby o niskiej samoocenie są bardziej narażone na rozwój depresji. Poniżej przedstawiono wyniki kilku kluczowych badań, które potwierdzają tę zależność.

Badania korelacyjne i eksperymentalne - wielu badaczy przeprowadziło badania korelacyjne, które wykazały, że istnieje silny związek między depresją a niską samooceną. Badania te wskazują, że osoby z objawami depresji mają tendencję do postrzegania siebie w negatywnym świetle, co może prowadzić do obniżenia ich poczucia wartości i samoakceptacji. Z kolei osoby o niskiej samoocenie częściej doświadczają negatywnych emocji, takich jak smutek, beznadziejność czy bezsilność, co sprzyja rozwojowi depresji. W jednym z badań przeprowadzonych przez Rosenberga (1965) wykazano, że osoby z niską samooceną mają większą tendencję do doświadczania objawów depresyjnych, zwłaszcza w obliczu stresu. Rosenberg zauważył, że obniżona samoocena sprzyja negatywnemu przetwarzaniu informacji, co prowadzi do zaostrzenia objawów depresji.

Z kolei eksperymentalne badania Cohen i Willis (1985) wskazują, że niska samoocena może pełnić funkcję czynnika ryzyka w rozwoju depresji. Ich badania sugerują, że osoby z niższym poczuciem własnej wartości reagują na negatywne wydarzenia życiowe bardziej intensywnie i częściej wpadają w stan depresyjny.

Badania longitudinalne, które śledzą zmiany w czasie, również potwierdzają związek między depresją a samooceną. Harter (1999) przeprowadziła badania longitudinalne na grupie nastolatków, które wykazały, że niska samoocena w okresie dojrzewania predysponuje do wystąpienia depresji w późniejszym wieku. Osoby, które miały obniżoną samoocenę w młodości, częściej doświadczają depresji, mają trudności w nawiązywaniu zdrowych relacji i są bardziej podatne na stres.

Podobne wyniki uzyskali Kernis i współpracownicy (2000), którzy badając zmiany samooceny w czasie, zauważyli, że osoby z niską, niestabilną samooceną częściej doświadczają objawów depresyjnych. W ich badaniach zauważono również, że osoby, które przez dłuższy czas miały obniżoną samoocenę, miały większe trudności w utrzymaniu pozytywnego obrazu siebie, co prowadziło do rozwoju depresji.

Badania z zakresu neurobiologii wskazują, że osoby z niską samooceną mogą mieć zmienioną aktywność w obszarach mózgu związanych z emocjami, takich jak ciało



migdałowate czy kora przedczołowa, co może prowadzić do większej podatności na depresję (Davidson, Pizzagalli, Nitschke & Putnam, 2002). Zmiany w neuroprzekaznikach, takich jak serotonina i dopamina, są związane z zaburzeniami nastroju, co w połączeniu z niską samooceną może zwiększać ryzyko rozwoju depresji.

Z kolei badania rozwojowe sugerują, że wczesne doświadczenia życiowe, takie jak interakcje z rodzicami (Bowlby, 1988), mogą wpływać na kształtowanie się samooceny w późniejszych latach życia. Dzieci, które doświadczyły zaniedbania lub nadmiernej krytyki ze strony opiekunów, mogą rozwinąć niską samoocenę, co w dorosłym życiu może prowadzić do depresji (Kendler, Gardner & Prescott, 2002).

Również badania dotyczące interwencji psychoterapeutycznych wykazują, że poprawa samooceny prowadzi do zmniejszenia objawów depresyjnych. Beck (1967) i jego prace nad terapią poznawczą wykazały, że poprawa negatywnych schematów myślenia o sobie może prowadzić do znacznej redukcji objawów depresyjnych. W terapii poznawczej kluczowym celem jest zmiana przekonań o własnej wartości i umiejętności radzenia sobie z trudnościami, co prowadzi do poprawy samooceny i redukcji depresji.

Sowisło i Markiewicz (2011) przeprowadzili badania, które wykazały, że w terapii poznawczo-behawioralnej poprawa samooceny była jednym z głównych celów interwencji, a jej wzrost prowadził do zmniejszenia objawów depresyjnych. W tym badaniu pacjenci, którzy osiągnęli lepsze wyniki w zakresie samooceny, odczuwali mniejszy poziom lęku, smutku i poczucia beznadziejności.

Wyniki powyższych badań jednoznacznie wskazują na silny związek między depresją a samooceną. Depresja jest często wynikiem obniżonego poczucia wartości, a z kolei depresja pogłębia negatywny obraz siebie, tworząc błędne koło. Poprawa samooceny stanowi jeden z kluczowych elementów terapii depresji, a badania pokazują, że interwencje mające na celu poprawę samooceny mogą przynieść znaczną poprawę w leczeniu depresji. W związku z tym, leczenie depresji powinno uwzględniać nie tylko farmakoterapię, ale także psychoterapię, której celem jest poprawa samooceny i zmiana negatywnych wzorców myślenia o sobie.



Rozdział 4 Wsparcie oraz formy pomocy dla młodzieży

4.1 Społeczny kontekst leczenia depresji

Leczenie depresji, oprócz wymiaru medycznego i psychologicznego, ma również silny wymiar społeczny, który odgrywa kluczową rolę w procesie leczenia i rehabilitacji pacjenta. Społeczny kontekst leczenia depresji obejmuje różnorodne czynniki związane z interakcjami międzyludzkimi, normami społecznymi, wsparciem rodzinnym oraz dostępem do zasobów zdrowotnych. Ponadto, społeczne i kulturowe uwarunkowania mają wpływ na to, jak depresja jest postrzegana, rozpoznawana i jak pacjenci reagują na leczenie. W tym kontekście wyróżnia się kilka kluczowych aspektów (Tabak, 2014, s. 113-138).

Depresja, podobnie jak inne zaburzenia psychiczne, często wiąże się z piętnem społecznym, które może wpływać na sposób, w jaki pacjenci są postrzegani przez innych oraz na ich własne poczucie wartości. W wielu kulturach, w tym w społeczeństwach zachodnich, choroby psychiczne, w tym depresja, nadal mogą być traktowane jako temat tabu. Osoby cierpiące na depresję mogą doświadczać stygmatyzacji, co prowadzi do unikania szukania pomocy, izolacji społecznej, a także poczucia wstydu czy winy (Chudzicka-Czupała i Biernat, 2018).

Stygmatyzacja depresji ma negatywne konsekwencje nie tylko w kontekście leczenia, ale także w relacjach międzyludzkich. Często pacjenci, obawiając się krytyki, ukrywają swoje problemy zdrowotne, co prowadzi do pogorszenia stanu emocjonalnego i utrudnia proces leczenia. Ponadto, społeczne uprzedzenia mogą wpływać na dostęp do opieki zdrowotnej oraz powodować, że osoby z depresją będą traktowane w sposób mniej zrozumiały przez otoczenie winy (Chudzicka-Czupała i Biernat 2018).

Wsparcie społeczne jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na proces leczenia depresji. Osoby, które mają silne więzi z rodziną, przyjaciółmi lub grupami społecznymi, zazwyczaj lepiej radzą sobie z objawami depresji i są bardziej skłonne do podjęcia leczenia. Badania pokazują, że osoby z siecią wsparcia społecznego, która oferuje emocjonalne, informacyjne i instrumentalne wsparcie, mają lepsze rokowania w leczeniu depresji.

Wspierająca rodzina, która wykazuje empatię i zrozumienie, może pomóc pacjentowi z depresją w procesie zdrowienia, a także zapobiec nawrotom choroby. Z kolei brak wsparcia lub jego negatywna forma, na przykład krytyka lub odrzucenie, może pogłębiać objawy depresyjne i utrudniać powrót do zdrowia. Dlatego rola najbliższego otoczenia jest kluczowa w leczeniu depresji, zarówno w trakcie terapii, jak i po zakończeniu leczenia (Michalska-Leśniewicz, Gruszczyński, 2010).



Społeczny kontekst leczenia depresji jest również związany z dostępem do odpowiedniej opieki zdrowotnej. W zależności od kraju, regionu czy systemu opieki zdrowotnej, pacjenci z depresją mogą mieć różny dostęp do leczenia, a także do różnych form wsparcia. W krajach, gdzie opieka zdrowotna jest ograniczona lub gdzie zaburzenia psychiczne są niedostatecznie uwzględniane, pacjenci mogą napotkać na trudności związane z brakiem odpowiednich usług. Brak dostępu do specjalistów, terapeutów czy lekarzy psychiatrów, a także wysokie koszty leczenia, mogą stanowić poważną barierę w procesie zdrowienia (Makara-Studzińska, 2017, s. 53-61).

Społeczne nierówności ekonomiczne także mają istotny wpływ na leczenie depresji. Osoby z niższym statusem społeczno-ekonomicznym mogą doświadczać trudności w dostępie do odpowiedniej opieki zdrowotnej. Dodatkowo, żyjąc w trudnych warunkach materialnych, mogą mieć większy poziom stresu, który przyczynia się do pogłębiania objawów depresji. Stres związany z problemami finansowymi, brakiem stabilności zawodowej czy mieszkaniowej jest jednym z głównych czynników ryzyka rozwoju depresji (Skiba, 2021, s. 110-134).

4.2 Leczenie farmakologiczne

Leczenie farmakologiczne depresji jest kluczowym elementem terapii, szczególnie w umiarkowanej i ciężkiej depresji. Najczęściej stosowaną grupą leków są selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI), takie jak fluoksetyna, sertralina czy citalopram, które zwiększają dostępność serotoniny w mózgu i charakteryzują się stosunkowo niskim ryzykiem działań niepożądanych, takich jak bóle głowy, nudności czy bezsenność (Samochowiec i in., 2021a).

Inną grupą są inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI), jak wenlafaksyna i duloksetyna, szczególnie skuteczne w depresji odpornej na SSRI (Pełka-Wysiecka i Samochowiec, 2014). Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TCA), takie jak amitryptylina, są rzadziej stosowane ze względu na większe ryzyko działań niepożądanych, choć mogą być skuteczne w przypadku ciężkiej depresji (Pełka-Wysiecka i Samochowiec, 2014, s. 141-147). Inhibitory monoamino oksydazy (MAOI), jak fenelzyna, są obecnie rzadko przepisywane z powodu poważnych interakcji z żywnością i lekami (Barytzel i in., 2016, s. 67-71). Nowoczesne leki, takie jak agomelatyna czy mirtazapina, oferują skuteczność przy zmniejszonych działaniach niepożądanych.

Farmakoterapia, często łączona z psychoterapią, jest szczególnie skuteczna w regulacji poziomu neurotransmiterów, co poprawia nastrój, sen i energię. Efekty leczenia mogą być



widoczne po 4-6 tygodniach stosowania leków (Samochowicz i in., 202).

Monitorowanie terapii przez specjalistę pozwala dostosować dawkę lub zmienić lek w przypadku braku efektów lub wystąpienia działań niepożądanych, takich jak zmniejszenie libido, przyrost masy ciała czy zaburzenia rytmu serca (Barytzel i in., 2016). Farmakoterapia, szczególnie w połączeniu z psychoterapią, stanowi skuteczne podejście do leczenia depresji, pozwalając pacjentom na stopniowy powrót do zdrowia.

4.3 Psychoterapia oraz metody wspomagające leczenie depresji

Psychoterapia jest jednym z podstawowych sposobów leczenia depresji, zwłaszcza w przypadkach łagodnych i umiarkowanych form tego zaburzenia. Działa na poziomie emocji, myśli i zachowań pacjenta, pomagając mu lepiej radzić sobie z trudnymi doświadczeniami, zmieniać destrukcyjne wzorce myślenia i zachowania, oraz odzyskiwać kontrolę nad swoim życiem. Psychoterapia może być stosowana zarówno samodzielnie, jak i w połączeniu z leczeniem farmakologicznym, w zależności od nasilenia objawów i indywidualnych potrzeb pacjenta (Kalita, 2018, s. 63-78).

Rodzaje psychoterapii stosowane w leczeniu depresji:

- Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) – jest jedną z najczęściej stosowanych form psychoterapii w leczeniu depresji. Głównym celem CBT jest identyfikacja i zmiana negatywnych, zniekształconych wzorców myślenia, które prowadzą do depresyjnych emocji i zachowań. Pacjent uczy się dostrzegać, jak jego myśli wpływają na nastrój oraz jak zmieniać swoje przekonania i postawy wobec siebie, innych ludzi i otaczającego świata. Terapia CBT pomaga w radzeniu sobie z lękiem, stresem, obniżonym poczuciem wartości oraz brakiem motywacji, które często towarzyszą depresji (Link-Dratkowska, 2011);
- Terapia interpersonalna (IPT) – koncentruje się na poprawie umiejętności komunikacyjnych i relacji międzyludzkich pacjenta, które mogą być zaburzone w wyniku depresji. Celem terapii jest poprawa zdolności do radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych, takich jak problemy w relacjach z rodziną, przyjaciółmi, współpracownikami, czy trudności w adaptacji do zmian życiowych. IPT pomaga pacjentowi identyfikować problemy interpersonalne, które mogą pogłębiać stan depresyjny, a następnie uczyć go nowych sposobów rozwiązywania konfliktów i budowania wsparcia społecznego (Roubal, 2007, s. 35-43);



- Terapia psychodynamiczna – opiera się na założeniu, że depresja wynika z nierozwiązanych konfliktów wewnętrznych, które mogą mieć swoje korzenie w dzieciństwie lub wcześniejszych doświadczeniach życiowych. Celem terapii psychodynamicznej jest odkrycie i zrozumienie ukrytych, często nieświadomych mechanizmów obronnych, które prowadzą do depresji. Terapia ta pozwala na głębszą refleksję nad przeszłością pacjenta, pomagając w rozwiązywaniu emocjonalnych blokad, które mogą prowadzić do pogłębiania się depresji (Pawlak, Zyska, 2021, s. 47-58);
- Terapia akceptacji i zaangażowania (ACT) – jest jedną z metod terapii poznawczej, która łączy elementy mindfulness (uważności) z psychologią pozytywną. Celem ACT jest zwiększenie zdolności pacjenta do akceptacji trudnych emocji, myśli oraz reakcji, zamiast ich unikania lub tłumienia. Terapia ta koncentruje się na budowaniu wartościowych celów i zaangażowaniu w działania, które są zgodne z wartościami pacjenta, niezależnie od obecnych trudności. Dzięki ACT pacjent może nauczyć się, jak przejąć kontrolę nad swoim życiem, mimo obecności objawów depresji (Błaszczak, 2023, s. 16-25).

W leczeniu depresji pomocne mogą być także inne metody wspomagające, które mogą być stosowane równolegle z psychoterapią lub leczeniem farmakologicznym. Dieta odgrywa istotną rolę w leczeniu i zapobieganiu depresji, dostarczając organizmowi niezbędnych składników odżywczych, które wspierają prawidłowe funkcjonowanie mózgu. W leczeniu depresji szczególnie polecana jest dieta śródziemnomorska, bogata w warzywa, owoce, pełnoziarniste produkty zbożowe, ryby, orzechy, oliwę z oliwek oraz rośliny strączkowe. Taka dieta dostarcza kwasów tłuszczowych omega-3, które wspierają neuroplastyczność mózgu i mogą zmniejszać objawy depresji. Ważnym elementem diety jest również spożycie witamin z grupy B, zwłaszcza kwasu foliowego (witamina B9) oraz witaminy B12, które wpływają na metabolizm serotoniny, zwanej "hormonem szczęścia". Niedobór tych witamin może prowadzić do obniżenia nastroju. Warto również zadbać o odpowiednią podaż cynku i magnezu, które wspierają regulację układu nerwowego, oraz witaminy D, której niedobory są często związane z depresją. Urozmaicona dieta bogata w antyoksydanty, takie jak witamina C i E, pomaga zmniejszyć stres oksydacyjny, który może odgrywać rolę w rozwoju depresji (Badowska i Juruć, 2020).

Również muzykoterapia jest jedną z metod wspomagających leczenie depresji, opartą na świadomym wykorzystaniu muzyki w celu poprawy zdrowia psychicznego. Słuchanie muzyki, jej tworzenie lub aktywne uczestnictwo w zajęciach



muzykoterapeutycznych może pomagać pacjentom w wyrażaniu emocji, których trudno jest im wyrazić słowami. Muzykoterapia redukuje poziom stresu, obniża ciśnienie krwi, poprawia nastrój oraz stymuluje produkcję endorfin. Uczestnictwo w sesjach muzykoterapeutycznych może pomóc w redukcji lęku i poprawie ogólnego samopoczucia. W przypadku osób z depresją zaleca się stosowanie muzyki o spokojnym i relaksacyjnym charakterze, która może działać kojąco i redukować objawy depresyjne. Muzykoterapia grupowa z kolei wspiera poczucie przynależności i poprawia relacje społeczne, co jest szczególnie ważne dla osób zmagających się z izolacją i trudnościami w relacjach interpersonalnych. Tworzenie muzyki może wzmacniać poczucie kontroli i satysfakcji, pomagając pacjentom w budowaniu pozytywnego obrazu siebie i przezwyciężaniu trudnych emocji (Paszkievicz-Mes, 2013, s. 168-176).



Rozdział 5 Metodologia badań własnych

W tym rozdziale, przedstawione zostaną informacje z zakresu metodologii badań własnych. Zaprezentowane zostaną problemy, pytania i hipotezy badawcze. W dalszej części znajdują się opisy narzędzi badawczych jakie zostały zastosowane, charakterystyka grupy badanej oraz procedura przeprowadzonych badań.

5.1 Cele i problemy badawcze

K. Rubacha (2008, s. 18) pisze, że „celem poznania naukowego, a więc i badań naukowych jest wyjaśnienie, przez które rozumie się szacowanie związków między badanymi zjawiskami”.

Celem badań jest określenie oczekiwanego i pożądanego rezultatu, który badacz pragnie osiągnąć. Innymi słowy, jest to końcowy efekt, do którego dąży w procesie realizacji swoich działań badawczych (Maszke, 2004, s. 20). W. Zaczyński (1995, s. 52) dodaje, że praca badawcza to działanie skoncentrowane na jasno określonym celu, który powinien być konkretny, możliwy do zrealizowania i precyzyjnie zdefiniowany.

Celem głównym badań w niniejszej pracy jest zbadanie związku między objawami depresyjnymi a poziomem samooceny u nastolatków. Na podstawie celu głównego wyszczególniono następujące cele szczegółowe:

- Określenie związku między poziomem objawów depresyjnych a samooceną u badanych nastolatków.
- Zbadanie w jaki sposób powiązany jest wiek badanych adolescentów z nasileniem objawów depresyjnych u młodzieży.
- Analiza różnic związku między samooceną a objawami depresyjnymi w zależności od płci badanych.
- Określenie powiązania w jaki sposób przekłada się rodzaj szkoły, do której uczęszczają badani, na poziom samooceny.
- Analiza związku między miejscem zamieszkania a poziomem samooceny u młodzieży.
- Zbadanie powiązania sposobu spędzania czasu wolnego na poziom samooceny i objawy depresyjne u nastolatków.

5.2 Problemy i hipotezy badawcze

Problem badawczy definiowany przez S. Nowaka (1970, s. 55) to „pewne pytanie lub zespół pytań, na które odpowiedzi ma dostarczyć badanie”. S. Palka (2006) definiuje problem



badawczy jako pytanie, na które odpowiedź można uzyskać poprzez prowadzenie badań naukowych. Autor podkreśla, że dla badacza-pedagoga istotne są rodzaje pytań wyróżnione w logice, które różnią się sposobem udzielania odpowiedzi i liczbą możliwych odpowiedzi.

Zgodnie z tym kryterium można wyróżnić:

- a) pytania wymagające rozstrzygnięcia (tzw. pytania rozstrzygnięcia),
- b) pytania wymagające uzupełnienia (tzw. pytania dopełnienia).

Na podstawie powyższych definicji sformułowano główny problem badawczy w niniejszej pracy, który brzmi: Jaki jest związek między objawami depresyjnymi a poziomem samooceny u nastolatków oraz jakie czynniki mogą wpływać na ten związek?

W ramach szczegółowego rozwoju problematyki badawczej postawiono następujące pytania szczegółowe:

1. Czy istnieje związek pomiędzy poziomem objawów depresyjnych a samooceną u badanej młodzieży?
2. Czy wiek badanych adolescentów jest powiązany z nasileniem objawów depresyjnych?
3. Czy płeć będzie różnicowała związek pomiędzy samooceną a poziomem objawów depresyjnych?
4. Czy rodzaj szkoły, do której uczęszcza badana młodzież, przekłada się na poziom samooceny?
5. Czy miejsce zamieszkania przekłada się na poziom samooceny u badanej młodzieży?
6. Czy sposób spędzania czasu wolnego jest powiązany z poziomem samooceny i objawami depresyjnymi?

W nawiązaniu do problemu głównego oraz szczegółowych pytań badawczych sformułowano główną hipotezę badawczą, która brzmi: „Istnieje związek między objawami depresyjnymi a poziomem samooceny u nastolatków, a także czynniki takie jak wiek, płeć, rodzaj szkoły, miejsce zamieszkania oraz sposób spędzania czasu wolnego może różnicować ten związek.”

Na podstawie tej hipotezy głównej sformułowano następujące hipotezy szczegółowe:

1. Nastolatki z wyższym poziomem objawów depresyjnych mają niższą samoocenę w porównaniu do nastolatków z niższym poziomem objawów depresyjnych.
2. Wiek badanych adolescentów nie jest powiązany z nasileniem ich objawów depresyjnych.
3. Płeć różnicuje związek pomiędzy samooceną a poziomem objawów depresyjnych.
4. Rodzaj szkoły, do jakiej uczęszcza badana młodzież, nie przekłada się na poziom samooceny.



5. Miejsce zamieszkania przekłada się na poziom samooceny u badanej młodzieży.
6. Sposób spędzania czasu wolnego jest powiązany z poziomem samooceny i objawami depresyjnymi.

5.3 Charakterystyka metod badawczych

Do przeprowadzonych badań posłużyłam się dwoma testami psychometrycznymi: SES Skala Samooceny Rosenberga, Polska adaptacja Skali SES Rosenberga, autorzy Irena Dzwonkowska, Kinga Lachowicz-Tabaczek, Mariola Łąguna, Skala Depresji CDI-2 (CDI-2 Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Depresji u Dzieci i Młodzieży) autorstwa Maria Kovacs, Polska adaptacja Emilia Wrocławska-Warchala, Radosław Wujcik oraz Arkuszem personalnym własnej konstrukcji.

5.3.1 Skala Samooceny SES Rosenberg

W przeprowadzonych badaniach pierwszą część testów psychologicznych stanowiła Skala samooceny SES (Self-Esteem Scale) M. Rosenberga w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek i M. Łąguny. Jest to jedno z najbardziej popularnych narzędzi do mierzenia poziomu samooceny. Skala składa się z 10 stwierdzeń, na które respondenci odpowiadają, zaznaczając swoje zgody lub niezgody na czteropunktowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza "zdecydowanie zgadzam się", a 4 "zdecydowanie nie zgadzam się". Pytania dotyczą ogólnego postrzegania siebie, swojej wartości i zadowolenia z siebie.

Oryginalna wersja SES jest jedną z najczęściej używanych skal samooceny (Anastasi i Urbina, 1999; Wylie, 1974) – badanie zajmuje tylko ok. 2–3 minut. Jest jedną z nielicznych metod wysoko ocenionych w przeglądzie dokonany przez Blascovicha i Tomaka (1991). Doczekała się przekładów na co najmniej 28 języków (Schmitt i Allik, 2005). Często stanowi kryterium oceny trafności innych skal mierzących samoocenę lub dyspozycje z nią powiązane (Blascovich i Tomaka, 1991).

W Polsce skalę tą dotychczas stosowało wielu badaczy, którzy posługiwali się różnymi jej tłumaczeniami, najczęściej sprawdzając tylko jej rzetelność. Skala Samooceny Rosenberga zbudowana jest z 10 twierdzeń (wszystkie mają charakter diagnostyczny). Osoba badana jest proszona o wskazanie, w jakim stopniu zgadza się z każdym z nich. Odpowiedzi udziela się na czterostopniowej skali Likerta, a w przyjętej tu wersji możliwe do uzyskania wyniki mieszczą się w przedziale od 10 do 40 punktów (2007 Psychologia Społeczna).



Punktowanie każdego twierdzenia wynosi od 1 do 4, odwracane są twierdzenia sformułowane w sposób pozytywny: 1,2,4,6,7, tak aby wyższa wartość punktowa była przyznawana za odpowiedzi wyrażające wyższy poziom samooceny. Wynikiem jest suma punktów stanowiąca ogólny poziom samooceny. Normy stenowe zostały opracowane osobno dla kobiet i mężczyzn w trzech grupach wiekowych: 14-18 lat, 19-24 lat, 25-75 lat.

Analiza wyników badań (z wykorzystaniem polskiej wersji) Skali Samooceny Rosenberga prowadzi do wniosku, że dobrze mierzy ona siłę przekonania o własnej wartości i diagnozuje ważny aspekt koncepcji Ja. Badania walidacyjne wykazały, że polska wersja tej skali jest narzędziem rzetelnym, o potwierdzonej trafności teoretycznej. Udowodniono ponadto, że wystarczająco wysoko koreluje z innymi skalami mierzącymi poziom samooceny. Kryterialny aspekt trafności obrazuje zaprezentowane przez nas wyniki badań świadczące o tym, iż poziom samooceny mierzony polską wersją SES pozwala przewidywać zarówno funkcjonowanie emocjonalne i społeczne, jak i pewne aspekty zadaniowego nastawienia jednostki. Diagnozowane za pomocą polskiego odpowiednika skali osoby o wysokiej samoocenie okazuje się – w porównaniu z badanymi o niskiej samoocenie – przeżywać mniej negatywnych emocji, w tym przede wszystkim lęku, smutku i depresji. Ponadto są aktywne i sprawniejsze społecznie, a także wykazują wyższy poziom dyspozycji sprzyjających efektywnej realizacji zadań. Wyniki uzyskane przy zastosowaniu polskiego odpowiednika SES są pod tym względem zgodne z rezultatami badań, w których posłużono się oryginalną wersją tego narzędzia.

5.3.2 Skala Depresji CDI-2 (CDI-2 Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Depresji u Dzieci i Młodzieży)

Drugą część testów psychologicznych stanowił CDI-2 (Children's Depression Inventory-2), opracowany przez Emilię Wrocławską-Warchalą i Radosława Wujcika. Jest to narzędzie diagnostyczne używane do oceny poziomu depresji u dzieci i młodzieży. CDI-2 składa się z 28 pytań, na które respondenci odpowiadają, wybierając jedno z trzech zdań, które najlepiej opisuje ich samopoczucie w ostatnich dwóch tygodniach. Opcje są rangowane od 0 do 2, gdzie 0 oznacza brak objawów, 1 łagodne objawy, a 2 ciężkie objawy. Skala Depresji CDI-2 jest przeznaczona do pomiaru objawów depresji u dzieci i młodzieży. Zestaw kwestionariuszy CDI 2 zawiera komplet narzędzi diagnostycznych, które zapewniają wszechstronną ocenę symptomów depresji u dzieci w wieku od 7 do 18 lat. Badanie można przeprowadzać indywidualnie bądź grupowo. Badany może wypełnić kwestionariusz w obecności diagnosty



bądź na odległość. Jest to metoda typu papier – ołówek, przeprowadzana według standardowych sposobów badania. Obliczanie wyników uzyskuje się poprzez dodanie wartości liczbowych, które przysługują odpowiedziom badanego w poszczególnych pozycjach arkusza. Uzyskując wyższy wynik oznacza on bowiem występowanie większej liczby symptomów charakterystycznych dla depresji (CD 2:S) na poziomie 28 punktów wskazuje na obecność większego nasilenia symptomów depresji niż wynik surowy na poziomie 4 punktów.

Aby umożliwić interpretacje wyników przeliczamy wyniki surowe na teny lub centyle. Średnia dla skali tenowej wynosi 50, odchylenie standardowe-10. Skala tenowa może posłużyć do wskazania co może być typowe, a co nietypowe dla dziecka w określonym wieku i określone płci (Wrocławska-Warchała i Wujcik 2017).

Definiując pojęcie rzetelność stwierdza się, iż jest to „zgodność wyników uzyskanych przez te same osoby badane kilkakrotnie tym samym testem, badane różnymi zestawami równoważnych zadań lub badane w różnych, zmiennych warunkach” (Anastasi, 1998, s. 102; Anastasi i Urbina 1999, s. 122). Wyniki badań rzetelności CDI 2 oceniana jest na podstawie zgodności wewnętrznej, standardowego błędu pomiaru (SEM), stabilności bezwzględnej i zgodności ocen różnych osób oceniających jedno dziecko tą samą wersją kwestionariusza. Trafność testu dotyczy tego, co mierzy i jak dobrze to robi (Anastasi, Urbina 1999, s. 158). Trafność narzędzia CDI 2 opiera się na danych zgromadzonych w wielu badaniach walidacyjnych z wykorzystaniem różnych metod badawczych (Campbell i Fiske, 1959). Podczas prac nad polską wersją CDI 2 przeprowadzona seria badań pozwalających na ocenę trafności kryterialnej, tj. analizą różnic pomiędzy grupą kliniczną i grupą wyłonioną z populacji ogólnej, analizę związków CDI 2 z innymi kwestionariuszami klinicznymi, analizę zbieżności wyników różnych wersji CDI 2. Sprawdzone również trafność teoretyczną. W tym celu zastosowano konfirmacyjną analizę czynnikową z wykorzystaniem próby analizy normalizacyjnej i próby klinicznej. Kwestionariusz CDI 2 może być pomocy do identyfikacji u adolescentów cierpiących z powodu objawów depresyjnych. Bardzo pomocny jest we wczesnej identyfikacji młodzieży, która mogłaby wykazywać skłonności depresyjne, oraz może znacząco posłużyć do monitorowania efektów leczenia.

CDI-2 Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Depresji u Dzieci i Młodzieży. Pozwala ocenić poziom depresji u dzieci i młodzieży oraz zidentyfikować symptomy depresji oraz określić ich nasilenie:

- Objawy depresji – CDI-2 mierzy objawy depresji, takie jak smutek, poczucie beznadziejności, brak zainteresowania codziennymi aktywnościami, problemy z jedzeniem i snem;



- Nasilenie objawów – kwestionariusz pozwala określić, czy objawy są łagodne, umiarkowane, czy ciężkie. Pozwala to na zidentyfikowanie osób, które mogą wymagać dalszej diagnostyki i interwencji;
- Potencjalne zagrożenie – wyraźne myśli samobójcze czy skrajnie negatywne przekonania mogą wskazywać na pilną potrzebę wsparcia psychologicznego lub psychiatrycznego.

5.3.3 Arkusz personalny

W celu dokonania charakterystyki grupy badanej, został skonstruowany Arkusz personalny składający się z 12 pytań. Badane osoby zostały poproszone o udzielenie szczerych odpowiedzi na pytania. Przed przystąpieniem do badania wszystkie osoby zostały poinformowane o celu oraz anonimowości przeprowadzanego badania. Uzyskana została zgoda rodziców bądź opiekunów prawnych na udział w badaniu, w przypadku niepełnoletnich uczestników. Wymóg ten jest zgodny z zasadami etyki badań naukowych, które nakładają obowiązek uzyskania zgody od rodziców lub opiekunów, gdy badanie dotyczy osób niepełnoletnich. Dodatkowo, uczestnicy musieli wyrazić dobrowolną zgodę na udział w badaniu. Pytania miały formę pytań zamkniętych. Warianty odpowiedzi były wielokrotnego wyboru. Poproszono ankietowanych o udzielenie odpowiedzi dotyczących danych socjodemograficznych oraz spotkania się z problemem dotyczącym z depresją jak również z poziomem samooceny u grupy badanej, wsparcia społecznego, zainteresowań oraz udzielonej pomocy. Ankieta to jedna z popularnych technik badawczych, polegająca na zbieraniu danych poprzez zadawanie strukturalnych pytań respondentom. Ankieta może przyjąć formę kwestionariusza, który jest wypełniany przez badanych. Kwestionariusz może zawierać różne rodzaje pytań, takie jak pytania zamknięte (gdzie respondenci wybierają odpowiedź spośród podanych opcji), pytania otwarte (gdzie respondenci udzielają swobodnej odpowiedzi) lub pytania skalowe (gdzie respondenci wyrażają swoje opinie na skali). Ankieta jest używana w celu zebrania danych od dużej liczby respondentów w sposób standaryzowany, umożliwiając analizę statystyczną i uogólnienie wyników na populację. Może być stosowana w badaniach społecznych, marketingowych, psychologicznych i innych dziedzinach naukowych. (Pilch, 2009).



5.4 Opis grupy badanej

Niniejszy podrozdział zawiera charakterystykę grupy badanej, z uwzględnieniem danych socjodemograficznych oraz innych danych, zebranych za pomocą arkusza personalnego.

W badaniu wzięło udział 80 uczniów – 36 kobiet (45%) oraz 44 mężczyzn (55%). Grupą przystępującą do badania była młodzież w wieku od 16-18 roku życia. Przed rozpoczęciem badania rodzice osób niepełnoletnich zostali poproszeni o wyrażenie zgody na udział w badaniu oraz zostali poinformowani o celu oraz anonimowości przeprowadzonego badania.

W tabeli 1 zaprezentowano pozostałe dane demograficzne badanych osób.

Tabela 1.

Dane demograficzne osób badanych

| | | <i>N</i> | <i>%</i> |
|----------------------|------------------------------|----------|----------|
| Wiek | 16-17 lat | 34 | 42,5 |
| | 18 lat | 45 | 56,3 |
| | brak danych | 1 | 1,3 |
| Miejsce zamieszkania | wieś | 11 | 13,8 |
| | miasto < 50 tys. mieszkańców | 26 | 32,5 |
| | miasto > 50 tys. mieszkańców | 43 | 53,8 |
| Rodzaj szkoły | liceum ogólnokształcące | 43 | 53,8 |
| | technikum | 22 | 27,5 |
| | szkoła branżowa | 15 | 18,8 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań własnych

Osoby badane zostały zapytane o ich doświadczenia z problemem depresji i samooceny wśród młodzieży. Ich odpowiedzi zostały zestawione w tabeli 2.



Tabela 2.

Doświadczenie osób badanych z problemem depresji i samooceny wśród młodzieży

| | <i>N</i> | <i>%</i> |
|-------------------------------------|----------|----------|
| Czy spotkał się Pan/Pani z nie | 19 | 23,8 |
| problemem depresji? tak | 61 | 76,3 |
| Czy uważa Pan/ Pani, że problem nie | 34 | 42,5 |
| depresji oraz samooceny wśród tak | 46 | 57,5 |
| młodzieży jest bagatelizowany? | | |
| Czy uważa Pan/ Pani, że młode nie | 37 | 46,3 |
| osoby z problemem depresji tak | 43 | 53,8 |
| otrzymują niezbędne wsparcie? | | |
| | <i>N</i> | <i>%</i> |
| Czy środowisko szkolne zauważa nie | 39 | 48,8 |
| problem wśród młodzieży tak | 41 | 51,2 |
| dotkniętej depresją? | | |
| Czy Pana Pan/ Pani zdaniem nie | 16 | 20 |
| zainteresowania/ hobby mają | | |
| duży wpływ na poziom tak | 64 | 80 |
| samooceny u nastolatków? | | |
| Czy objawy depresyjne nie | 15 | 18,8 |
| u nastolatków mogą się | | |
| zmniejszyć pod wpływem hobby/ tak | 65 | 81,3 |
| uprawiania sportu? | | |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań własnych

Osoby badane zostały także zapytane o główny sposób spędzania wolnego czasu. 33 osoby (41,3%) wskazały na spotkania z przyjaciółmi, 23 osoby jako główny sposób spędzania wolnego czasu wskazały telefon (28,7%) zaś po 12 osób (15%) wskazały odpowiednio komputer i sport.



5.5 Procedura badania

Badanie zostało przeprowadzone na grupie 80 uczniów w wieku 16-18 lat, pochodzących z różnych typów szkół oraz środowisk w okresie od czerwca do września 2024 roku. Taka zróżnicowana próbka pozwala na uzyskanie danych i umożliwia analizę przekładania się różnych czynników demograficznych na poziom depresji oraz samooceny.

Badanie zostało przeprowadzone za pomocą arkusza personalnego własnej konstrukcji oraz dwóch testów psychologicznych. Metryczka zawierała pytania demograficzne, które zbierały podstawowe informacje o respondentach.

Arkusze personalny oraz dwa testy psychologiczne takie jak: Skala samooceny SES (Self-Esteem Scale) M. Rosenberga w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek i M. Łaguny oraz CDI-2 Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Depresji u Dzieci i Młodzieży (Children's Depression Inventory-2), opracowany przez Marię Kovacs, Emilię Wrocławską-Warchalą i Radosława Wujcika, zostały kompletnie wypełnione przez badaną młodzież.



Rozdział 6 Wyniki badań własnych

6.1 Przedstawienie wyników badań

W niniejszym podrozdziale pragnę przedstawić wyniki badań oraz analizę statystyczną i psychologiczną zebranego materiału empirycznego.

Aby zweryfikować postawione hipotezy badawcze przeprowadzono analizy statystyczne przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 25. Przy jego użyciu wykonano analizę statystyk opisowych wraz z testami Shapiro-Wilka, testy u Manna-Whitney'a, testy Kruskala-Wallisa oraz analizy korelacji r Pearsona. Policzono także testy Z Fishera. Za poziom istotności uznano klasyczny próg $\alpha = 0,05$.

6.1.1 Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych ilościowych

W pierwszym kroku obliczono podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych ilościowych Tabela 3. Obliczono także testy normalności rozkładów Shapiro-Wilka. W przypadku poziomu skali braku efektywności, wymiaru problemów w funkcjonowaniu oraz poziomu samooceny odnotowano rozkład zbliżony do rozkładu Gaussa, na co wskazuje nieistotny statystycznie wynik testu Shapiro-Wilka. W przypadku pozostałych zmiennych odnotowano rozkłady odmienne od rozkładu normalnego. W takiej sytuacji zalecana jest dodatkowa weryfikacja wartości skośności i kurtozy rozkładu badanych zmiennych. Jeśli mieszczą się one w przedziale ± 2 , można przyjąć, że rozkład badanej zmiennej nie jest znacząco asymetryczny względem średniej (George i Mallery, 2019). Jak widać w Tabeli 3 wartości mieszczące się we wspomnianym przedziale odnotowano w przypadku wszystkich badanych zmiennych. Z tego względu postanowiono, że wykonywane będą analizy statystyczne przy użyciu testów parametrycznych przy spełnieniu pozostałych ich założeń.



Tabela 3.

Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych ilościowych

| Zmienna | <i>M</i> | <i>Me</i> | <i>SD</i> | <i>Sk.</i> | <i>Kurt.</i> | <i>Min.</i> | <i>Maks</i> | <i>D</i> | <i>p</i> |
|----------------------------|----------------------|-----------|-----------|------------|--------------|-------------|-------------|----------|------------|
| Negatywny nastrój | 3,31 | 2 | 3,20 | 0,89 | -0,38 | 0 | 12 | 0,86 | <0,00 1 |
| Niska samoocena | 2,24 | 2 | 2,04 | 0,85 | -0,03 | 0 | 8 | 0,89 | <0,00 1 |
| Brak efektywności | 5,86 | 6 | 2,88 | 0,11 | -0,49 | 0 | 12 | 0,97 | 0,074 |
| Problemy interpersonalne | 1,86 | 1 | 1,69 | 1,32 | 1,41 | 0 | 7 | 0,84 | <0,00 1 |
| Objawy depresji | 13,28 | 11 | 8,45 | 0,64 | -0,69 | 0 | 32 | 0,92 | <0,00 1 |
| Problemy emocjonalne | 5,55 | 3,50 | 4,91 | 0,92 | -0,25 | 0 | 19 | 0,87 | <0,00 1 |
| Problemy funkcjonowaniu | ^w 7,73 | 7 | 4,20 | 0,53 | 0,01 | 0 | 19 | 0,97 | 0,052 |
| Samoocena | 30,56 | 31 | 5,26 | -0,22 | -0,47 | 18 | 40 | 0,98 | 0,162 |

Adnotacja. *M* – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk.* – skośność; *Kurt.* – kurtoza; *Min i Maks.* – najniższa i najwyższa wartość rozkładu; *D* – wynik testu Shapiro-Wilka; *p* – istotność

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań własnych

6.2 Powiązania pomiędzy poziomem objawów depresyjnych a samooceną

Do wykazania związków pomiędzy poszczególnymi elementami składającymi się na objawy depresyjności a poziomem samooceny wykonano serię analiz korelacji *r* Pearsona.

Wyniki przeprowadzonych badań zaprezentowane zostaną poniżej. Wyniki uzyskane za pomocą CDI-2 Kwestionariusza do Diagnozy Depresji u Dzieci i Młodzieży (Children's Depression Inventory-2), skorelowano przy użyciu analizy statystycznej *r* Pearsona z wynikami Skala samooceny SES (Self-Esteem Scale) M. Rosenberga.



6.3 Analiza statystyczna wyników przeprowadzonych badań

Hipotezy:

Hipoteza 1: Nastolatki z wyższym poziomem objawów depresyjnych mają niższą samoocenę w porównaniu do nastolatków z niższym poziomem objawów depresyjnych

W kolejnym kroku postanowiono zweryfikować pierwszą z postawionych hipotez, w ramach której zakładano, że nastolatki z wyższym poziomem objawów depresyjnych mają niższą samoocenę w porównaniu do nastolatków z niższym poziomem objawów depresyjnych. Wykonano serię analiz korelacji r Pearsona Tabela 4.

Tabela 4.

Poziom samooceny a nasilenie objawów depresyjnych

| | Samoocena |
|---------------------------|-----------|
| Negatywny nastrój | -0,54*** |
| Niska samoocena | -0,65*** |
| Brak efektywności | -0,60*** |
| Problemy interpersonalne | -0,56*** |
| Objawy depresji | -0,68*** |
| Problemy emocjonalne | -0,62*** |
| Problemy w funkcjonowaniu | -0,64*** |

*Adnotacja: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań własnych

Jak widać w Tabeli 4 wszystkie zależności okazały się istotne statystycznie. Poziom samooceny był ujemnie powiązany z nasileniem objawów depresji w wymiarze ogólnym, dwóch wymiarach (problemów emocjonalnych oraz problemów w funkcjonowaniu) oraz wszystkich czterech skalach – negatywnego nastroju, niskiej samooceny, braku efektywności oraz problemów interpersonalnych. Oznacza to, że wyższy poziom samooceny współwystępował z niższym nasileniem objawów depresyjnych. Siła wszystkich odnotowanych zależności była duża. Uzyskane wyniki pozwalają na przyjęcie pierwszej z postawionych hipotez badawczych.



Hipoteza 2: Wiek badanych adolescentów nie jest powiązany z nasileniem ich objawów depresyjnych

W kolejnym kroku zweryfikowano drugą z postawionych hipotez badawczych, w ramach której zakładano, że wiek badanych adolescentów nie jest powiązany z nasileniem ich objawów depresyjnych. Wykonano testy *t* Studenta dla prób niezależnych Tabela 5.

Tabela 5.

Nasilenie objawów depresyjnych a wiek badanych adolescentów

| | 16-17 lat (n = 34) | | 18 lat (n = 45) | | <i>t</i> | <i>p</i> | 95% <i>CI</i> | | <i>d</i> Cohena |
|---------------------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|----------|---------------|-----------|--------------------|
| | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | | | <i>LL</i> | <i>UL</i> | |
| Negatywny nastrój | 3,15 | 3,47 | 3,47 | 3,05 | -0,43 | 0,665 | -1,78 | 1,15 | 0,10 |
| Niska samoocena | 2,15 | 2,39 | 2,33 | 1,77 | -0,38 | 0,704 | -1,16 | 0,79 | 0,09 |
| Brak efektywności | 5,88 | 2,93 | 5,93 | 2,86 | -0,08 | 0,938 | -1,36 | 1,26 | 0,02 |
| Problemy interpersonalne | 1,76 | 1,72 | 1,98 | 1,67 | -0,55 | 0,582 | -0,98 | 0,55 | 0,13 |
| Objawy depresji | 12,94 | 9,14 | 13,71 | 7,98 | -0,40 | 0,691 | -4,62 | 3,08 | 0,09 |
| Problemy emocjonalne | 5,29 | 5,60 | 5,80 | 4,41 | -0,45 | 0,655 | -2,75 | 1,74 | 0,10 |
| Problemy w funkcjonowaniu | 7,65 | 4,11 | 7,91 | 4,27 | -0,28 | 0,783 | -2,17 | 1,64 | 0,06 |

Adnotacja: *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *t* – wynik testu *t* Studenta dla prób niezależnych; *p* – istotność; 95%*CI* – przedział ufności. *LL* – dolna granica; *UL* – górna granica; *d* Cohena – współczynnik siły efektu

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań własnych

Nie odnotowano żadnych zależności istotnych statystycznie. Tak więc wiek badanych osób nie różnicował w znaczącym stopniu poziomu objawów depresyjnych, a co za tym idzie postawiona hipoteza badawcza została potwierdzona.



Hipoteza 3: Płeć różnicuje związek pomiędzy samooceną a poziomem objawów depresyjnych

W kolejnym kroku postanowiono zweryfikować trzecią z postawionych hipotez, w ramach której zakładano, że płeć różnicuje związek pomiędzy samooceną a poziomem objawów depresyjnych. Najpierw wykonano serię analiz korelacji r Pearsona w podziale na płeć adolescentów, by zbadać, czy w ogóle zachodzą zależności pomiędzy badanymi cechami w podgrupach kobiet i mężczyzn a następnie wykonano testy Z Fishera by zweryfikować, czy obserwowana różnica w sile zależności może zostać uznana za nieprzypadkową Tabela 6.

Tabela 6.

Poziom samooceny a nasilenie objawów depresyjnych kobiet i mężczyzn

| | Samoocena | | Z Fishera |
|---------------------------|-----------|-----------|------------------------|
| | Kobieta | Mężczyzna | |
| Negatywny nastrój | -0,54*** | -0,55*** | $Z = 0,06; p = 0,476$ |
| Niska samoocena | -0,66*** | -0,63*** | $Z = -0,22; p = 0,413$ |
| Brak efektywności | -0,67*** | -0,52*** | $Z = -1,00; p = 0,158$ |
| Problemy interpersonalne | -0,68*** | -0,45** | $Z = -1,47; p = 0,070$ |
| Objawy depresji | -0,70*** | -0,65*** | $Z = -0,39; p = 0,347$ |
| Problemy emocjonalne | -0,63*** | -0,62*** | $Z = -0,07; p = 0,472$ |
| Problemy w funkcjonowaniu | -0,71*** | -0,55*** | $Z = -1,15; p = 0,125$ |

Adnotacja: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań własnych

Wszystkie zależności w obu grupach okazały się istotne statystycznie. Poziom samooceny był ujemnie powiązany z nasileniem objawów depresji w wymiarze ogólnym, obydwu wymiarów (problemów emocjonalnych oraz problemów w funkcjonowaniu) oraz wszystkich czterech skal (negatywnego nastroju, niskiej samooceny, braku efektywności oraz problemów interpersonalnych). Siła związku pomiędzy poziomem samooceny a ogólnym nasileniem objawów depresji oraz wymiarem problemów w funkcjonowaniu była bardzo silna w grupie kobiet, zależność między samooceną a skalą problemów interpersonalnych była umiarkowanie silna w grupie mężczyzn, zaś pozostałe zależności cechowały się dużą siłą. Następnie wykonano testy Z Fishera, nie odnotowano jednak żadnych wyników istotnych



statystycznie. Tak więc obserwowane różnice w sile zależności w grupie kobiet i mężczyzn nie mogą zostać uznane za nieprzypadkowe. Tak więc uzyskane wyniki nie pozwalają na przyjęcie trzeciej z postawionych hipotez badawczych.

Hipoteza 4: Rodzaj szkoły, do jakiej uczęszcza badana młodzież, nie przekłada się na poziom samooceny

W kolejnym kroku postanowiono zweryfikować czwartą z postawionych hipotez badawczych, w ramach której zakładano, że rodzaj szkoły do jakiej uczęszcza badana młodzież nie przekłada się na poziom samooceny. Wykonano test Kruskala-Wallisa ze względu na silną nierównoliczność porównywanych grup Tabela 7.

Tabela 7.

Rodzaj szkoły a poziom samooceny nastolatków

| | liceum ogólnokształcące (n = 43) | | technikum (n = 22) | | szkoła branżowa (n = 15) | | <i>H</i> | <i>p</i> |
|-----------|--|-----------|-----------------------|-----------|--------------------------------|-----------|----------|----------|
| | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | | |
| Samoocena | 31,56 | 5,57 | 29,64 | 4,98 | 29,07 | 4,32 | 5,69 | 0,058 |

Adnotacja: *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *H* – wynik testu Kruskala-Wallisa. *p* – istotność

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań własnych

Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy międzygrupowej. Poziom samooceny nastolatków nie był więc znaczącym stopniu zależny od rodzaju szkoły, do której uczęszczali. Tak więc postawiona hipoteza badawcza została potwierdzona.

Hipoteza 5: Miejsce zamieszkania przekłada się na poziom samooceny u badanej młodzieży

W kolejnym kroku postanowiono zweryfikować piątą z postawionych hipotez badawczych, w ramach której zakładano, że miejsce zamieszkania przekłada się na poziom samooceny u badanej młodzieży. Wykonano ponownie test Kruskala-Wallisa ze względu na silną nierównoliczność porównywanych grup Tabela 8.



Tabela 8.

Miejsce zamieszkania a poziom samooceny nastolatków

| | liceum ogólnokształcące (n = 43) | | technikum (n = 22) | | szkoła branżowa (n = 15) | | <i>H</i> | <i>p</i> |
|---------|--|-----------|-----------------------|-----------|--------------------------------|-----------|----------|----------|
| | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | | |
| Samooce | 26,09 | 4,95 | 29,65 | 5,18 | 32,26 | 4,63 | 14,73 | 0,001 |

Adnotacja: *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *H* – wynik testu Kruskala-Wallisa; *p* – istotność

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań własnych

Jak widać w Tabeli 8 odnotowano wynik istotny statystycznie. Wykonano więc analizy *post-hoc* przy użyciu testu Dunn-Sidak. Odnotowano dwie różnice istotne statystycznie. Poziom samooceny osób mieszkających w miastach > 50 tys. mieszkańców był wyższy w porównaniu do samooceny osób mieszkających na wsi ($p < 0,001$) oraz w miastach do 50 tys. mieszkańców ($p = 0,019$). Te dwie grupy, tj. mieszkańcy wsi i miast do 50 tys. mieszkańców, nie różniły się między sobą istotnie statystycznie. Tak więc postawiona hipoteza badawcza została potwierdzona.

Hipoteza 6: Sposób spędzania czasu wolnego jest powiązany z poziomem samooceny i objawami depresyjnymi

W ostatnim kroku postanowiono zweryfikować szóstą z postawionych hipotez badawczych, w ramach której zakładano, że sposób spędzania czasu wolnego jest powiązany z poziomem samooceny i objawy depresyjne - aktywności takie jak sport i spotkania z przyjaciółmi są związane z wyższą samoocena i mniejszymi objawami depresyjnymi. Wykonano ponownie serię testów Kruskala-Wallisa ze względu na silną nierównoliczność porównywanych grup Tabela 9.



Tabela 9.

Sposób spędzania wolnego czasu a nasilenie objawów depresyjnych oraz samoocena nastolatków

| | spotkania ze znajomymi (n = 33) | | sport (n = 12) | | telefon (n = 23) | | komputer (n = 12) | | H | p |
|--------------------------|---------------------------------------|------|-------------------|------|---------------------|------|----------------------|-------|-----------|-------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | | |
| Negatywny nastrój | 2,45 | 2,65 | 3,08 | 3,75 | 4,35 | 3,08 | 3,92 | 3,92 | 5,94 | 0,114 |
| Niska samoocena | 1,79 | 1,63 | 1,67 | 2,39 | 3,09 | 2,11 | 2,42 | 2,23 | 7,26 | 0,064 |
| Brak efektywności | 5,55 | 2,45 | 3,92 | 2,54 | 7,17 | 2,93 | 6,17 | 3,24 | 10,4 3 | 0,015 |
| Problemy interpersonalne | 1,30 | 1,10 | 1,50 | 1,45 | 2,52 | 1,88 | 2,50 | 2,32 | 8,21 | 0,042 |
| Objawy depresji | 11,09 | 6,63 | 10,17 | 9,11 | 17,13 | 8,21 | 15,00 | 10,37 | 8,88 | 0,031 |
| Problemy emocjonalne | 4,24 | 3,83 | 4,75 | 5,89 | 7,43 | 4,86 | 6,33 | 5,87 | 6,35 | 0,096 |
| Problemy funkcjonowaniu | ^w 6,85 | 3,30 | 5,42 | 3,73 | 9,70 | 4,40 | 8,67 | 5,02 | 10,2 2 | 0,017 |
| Samoocena | 31,52 | 4,26 | 33,00 | 5,27 | 28,13 | 5,11 | 30,17 | 6,62 | 8,47 | 0,037 |

Adnotacja: M – średnia; SD – odchylenie standardowe; H – wynik testu Kruskala-Wallisa; p – istotność

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań własnych

Odnotowano pięć różnic istotnych statystycznie - w zakresie skal braku efektywności oraz problemów interpersonalnych, ogólnego poziomu objawów depresji, wymiaru problemów w funkcjonowaniu oraz samooceny. Wykonano więc analizy *post-hoc* przy użyciu testu Dunn-Sidak.

W zakresie skali braku efektywności odnotowano dwie różnice istotne statystycznie. Osoby spędzające czas wolny przed telefonem cechował się wyższym poziomem tej skali objawów depresyjnych w porównaniu do osób wskazujących na sport ($p = 0,002$) oraz spotkania ze znajomymi ($p = 0,044$). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie.

W zakresie skali problemów interpersonalnych odnotowano jedną różnicę istotną statystycznie. Osoby spędzające czas wolny przed telefonem cechował się wyższym poziomem tej skali objawów depresyjnych w porównaniu do osób wskazujących na spotkania ze znajomymi ($p = 0,009$). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie.

W zakresie ogólnego poziomu objawów depresyjnych odnotowano dwie różnice istotne statystycznie. Osoby spędzające czas wolny przed telefonem cechował się wyższym poziomem



ogólnych objawów depresyjnych w porównaniu do osób wskazujących na sport ($p = 0,013$) oraz spotkania ze znajomymi ($p = 0,012$). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie.

W zakresie wymiaru problemów w funkcjonowaniu także odnotowano dwie różnice istotne statystycznie. Osoby spędzające czas wolny przed telefonem cechował się wyższym poziomem ogólnych objawów depresyjnych w porównaniu do osób wskazujących na sport ($p = 0,004$) oraz spotkania ze znajomymi ($p = 0,018$). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie.

W zakresie dwóch pozostałych skal – negatywnego nastroju oraz niskiej samooceny a także wymiaru problemów emocjonalnych nie odnotowano wyników istotnych statystycznie.

W zakresie poziomu samooceny także odnotowano dwie różnice istotne statystycznie. Osoby spędzające czas wolny przed telefonem cechował się niższym poziomem samooceny w porównaniu do osób wskazujących na sport ($p = 0,012$) oraz spotkania ze znajomymi ($p = 0,015$). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie.

Tak więc postawiona hipoteza została potwierdzona, przy czym w zakresie depresji zależność ze sposobem spędzania wolnego czasu dotyczyła aspektów problemów w funkcjonowaniu (zarówno wymiaru jak i skal), nie zaś problemów emocjonalnych.

Uzyskane wyniki pozwalają na częściowe przyjęcie szóstej hipotezy badawczej – zarówno sport, jak i spotkania ze znajomymi wiązały się z wyższym poziomem samooceny i niższym poziomem objawów depresyjnych, ale jedynie w porównaniu ze spędzaniem czasu wolnego z telefonem – w przypadku komputera analogiczne różnice nie były istotne statystycznie.

6.4 Podsumowanie i weryfikacja hipotez

Niniejszy podrozdział ma na celu przedstawienie szczegółowej weryfikacji postawionych hipotez badawczych w kontekście uzyskanych wyników. W oparciu o przeprowadzone analizy statystyczne oraz zebrane dane empiryczne dokonano oceny zgodności wyników z założeniami każdej hipotezy.

Główna hipoteza badawcza brzmiała: „Istnieje związek między objawami depresyjnymi a poziomem samooceny u nastolatków, a także czynniki takie jak wiek, płeć, rodzaj szkoły, miejsce zamieszkania oraz sposób spędzania czasu wolnego mogą wpływać na ten związek.” Hipoteza ta została częściowo potwierdzona na podstawie wyników badań. Analizy wykazały istotny związek między poziomem objawów depresyjnych a samooceną – wyższy poziom samooceny współwystępował z niższym nasileniem objawów depresyjnych. Czynniki takie jak



miejsce zamieszkania i sposób spędzania czasu wolnego miały wpływ na analizowane zależności, natomiast wiek, płeć i rodzaj szkoły nie różnicowały ich istotnie. Wyniki wskazują, że część założeń głównej hipotezy została potwierdzona, co stanowi podstawę do dalszych szczegółowych analiz.

Hipoteza 1 brzmiała: „Nastolatki z wyższym poziomem objawów depresyjnych mają niższą samoocenę w porównaniu do nastolatków z niższym poziomem objawów depresyjnych.” Hipoteza została potwierdzona. Analizy korelacji r Pearsona wykazały silny, ujemny związek między objawami depresyjnymi a samooceną. Wyższa samoocena była skorelowana z niższym nasileniem objawów depresyjnych we wszystkich analizowanych skalach, takich jak negatywny nastrój, niska samoocena, brak efektywności oraz problemy interpersonalne. Siła tych zależności była wysoka, co jednoznacznie potwierdza założenie tej hipotezy.

Hipoteza 2 brzmiała: „Wiek badanych adolescentów nie jest powiązany z nasileniem ich objawów depresyjnych.” Hipoteza została potwierdzona. Testy t Studenta dla prób niezależnych nie wykazały istotnych statystycznie różnic w nasileniu objawów depresyjnych pomiędzy grupami młodzieży w różnym wieku. Brak zależności między wiekiem a poziomem objawów depresyjnych wskazuje, że wiek nie jest istotnym czynnikiem wpływającym na analizowane zmienne.

Hipoteza 3 brzmiała: „Płeć różnicuje związek pomiędzy samooceną a poziomem objawów depresyjnych.” Hipoteza nie została potwierdzona. Choć w grupach kobiet i mężczyzn zaobserwowano ujemny związek między samooceną a objawami depresyjnymi, testy Z Fishera nie wykazały istotnych statystycznie różnic w sile zależności między płciami. Wyniki sugerują, że różnice te mogą być przypadkowe, a płeć nie różnicuje znacząco związku między badanymi zmiennymi.

Hipoteza 4 brzmiała: „Rodzaj szkoły, do jakiej uczęszcza badana młodzież, nie przekłada się na poziom samooceny.” Hipoteza została potwierdzona. Test Kruskala-Wallisa wykazał brak istotnych statystycznie różnic w poziomie samooceny w zależności od rodzaju szkoły. Wyniki sugerują, że rodzaj szkoły, do której uczęszcza młodzież, nie wpływa na ich samoocenę.

Hipoteza 5 brzmiała: „Miejsce zamieszkania przekłada się na poziom samooceny u badanej młodzieży.” Hipoteza została potwierdzona. Analiza przeprowadzona przy użyciu testu Kruskala-Wallisa oraz testów post-hoc Dunn-Sidak wykazała istotne różnice w poziomie samooceny w zależności od miejsca zamieszkania. Młodzież mieszkająca w miastach powyżej 50 tys. mieszkańców miała wyższą samoocenę w porównaniu do młodzieży z wsi i małych



miast. Wyniki te wskazują, że miejsce zamieszkania jest istotnym czynnikiem wpływającym na poziom samooceny.

Hipoteza 6 brzmiała: „Sposób spędzania czasu wolnego jest powiązany z poziomem samooceny i objawami depresyjnymi.” Hipoteza została częściowo potwierdzona. Wyniki testu Kruskala-Wallisa wykazały istotne różnice w poziomie samooceny i nasileniu objawów depresyjnych w zależności od sposobu spędzania czasu wolnego. Osoby uprawiające sport lub spędzające czas na spotkaniach z przyjaciółmi charakteryzowały się wyższą samooceną i niższym poziomem objawów depresyjnych w porównaniu do osób spędzających czas przed telefonem. Różnice te nie były jednak istotne w przypadku osób korzystających z komputera, co ogranicza pełne potwierdzenie tej hipotezy.

Wyniki badań pozwoliły na częściowe potwierdzenie głównej hipotezy badawczej oraz większości hipotez szczegółowych, co dostarcza istotnych informacji o zależnościach między objawami depresyjnymi, samooceną oraz czynnikami środowiskowymi wśród nastolatków.

6.5 Porównanie wyników badań z literaturą

Celem niniejszej pracy było zbadanie związku między poziomem samooceny a nasileniem objawów depresyjnych wśród nastolatków. Uzyskane wyniki dostarczają istotnych informacji zarówno o korelacji między tymi zmiennymi, jak i o wpływie czynników demograficznych, takich jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania, rodzaj szkoły oraz sposób spędzania wolnego czasu. W dalszej części omówiono wyniki w odniesieniu do poszczególnych hipotez badawczych.

Pierwsza hipoteza: Wyższy poziom objawów depresyjnych jest związany z niższą samooceną została potwierdzona. Wyniki analizy korelacji r Pearsona wykazały, że poziom samooceny jest istotnie ujemnie powiązany z nasileniem objawów depresyjnych, w tym takich aspektów jak negatywny nastrój, niska samoocena, brak efektywności czy problemy interpersonalne. Oznacza to, że im wyższy był poziom samooceny u młodzieży, tym niższe były wyniki wskazujące na objawy depresji. Siła zaobserwowanych zależności była znacząca, co dodatkowo potwierdza wpływ samooceny na zdrowie psychiczne adolescentów. Takie wyniki są spójne z badaniami przeprowadzonymi przez Meyer i współpracowników (2019), które pokazują, że depresja i obniżona samoocena są ze sobą ściśle powiązane. Z kolei Saarni i współpracownicy (2018) wskazują, że młodzież z wyższymi objawami depresji często doświadcza obniżonego poczucia własnej wartości, co znajduje potwierdzenie w naszych badaniach.



Badania takie jak Hammen (2017) pokazują, że długotrwałe objawy depresyjne mogą prowadzić do chronicznego obniżenia samooceny.

Druga hipoteza, która zakładała: „Wiek badanych adolescentów nie jest powiązany z nasileniem ich objawów depresyjnych”, została potwierdzona. Przeprowadzone testy t-Studenta dla prób niezależnych wykazały, że wiek uczestników badania (16–17 lat vs. 18 lat) nie różnicował w istotny sposób poziom objawów depresyjnych, takich jak negatywny nastrój, niska samoocena, brak efektywności czy problemy interpersonalne (Tabela 5). Wyniki testów nie wykazały statystycznie istotnych różnic w żadnym z analizowanych wymiarów, co sugeruje, że wiek nie odgrywa istotnej roli w nasileniu objawów depresji w badanej grupie adolescentów. Podobne wyniki zostały przedstawione w badaniach autorstwa Lewinasohna i współpracowników (1994), którzy wskazali, że wiek w okresie dojrzewania nie jest kluczowym czynnikiem różnicującym poziom objawów depresyjnych, a różnice mogą wynikać raczej z indywidualnych predyspozycji czy czynników środowiskowych. Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi przez Garber i Flynn (2001), objawy depresji mogą być bardziej związane z jakością relacji interpersonalnych, stresem czy samooceną, niż z wiekiem nastolatków. W polskich badaniach Wrocławskiej-Warchali i Wójcika (2017) wskazano, że wiek w grupie adolescentów nie odgrywa istotnej roli jako czynnik różnicujący poziom depresyjności, szczególnie w sytuacji, gdy porównywane są grupy mieszczące się w zbliżonym przedziale wiekowym.

Trzecia hipoteza: „Płeć różnicuje związek pomiędzy samooceną a poziomem objawów depresyjnych” nie została potwierdzona. Wyniki badań przeprowadzonych w niniejszej pracy wskazały, że choć zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn samoocena była ujemnie skorelowana z poziomem objawów depresyjnych, różnice w sile zależności pomiędzy tymi zmiennymi w podgrupach płciowych nie były istotne statystycznie. Zatem płeć nie różnicowała związku między samooceną a objawami depresyjnymi, co wskazuje na uniwersalność tej relacji w badanej grupie. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Tereszko i Dudek (2017), które wskazują, że różnice międzypłciowe w zakresie objawów depresyjnych są bardziej związane z odmiennymi wzorcami przeżywania i wyrażania emocji niż z różnicami w strukturze korelacji pomiędzy samooceną a depresyjnością. Autorzy zauważyli, że kobiety częściej zgłaszają objawy takie jak smutek, drażliwość czy problemy ze snem, natomiast u mężczyzn obserwuje się większe nasilenie objawów o charakterze zewnętrznym, takich jak acting out czy skłonność do nadużywania substancji psychoaktywnych (Tereszko i Dudek, 2017). Dodatkowo, analiza przeprowadzona przez Parker i współpracowników (2014) potwierdza, że choć



nasilenie objawów depresyjnych może różnić się między płciami, mechanizmy wewnętrznej samooceny wydają się działać w podobny sposób. W ich badaniach zaobserwowano, że samoocena silnie wpływa na postrzeganie własnych zdolności radzenia sobie z trudnościami, co jest wspólnym czynnikiem zmniejszającym ryzyko depresji zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Te wyniki sugerują, że interwencje mające na celu poprawę samooceny mogą być skuteczne w zmniejszaniu objawów depresyjnych niezależnie od płci, co ma istotne znaczenie praktyczne w projektowaniu uniwersalnych programów wsparcia psychologicznego.

Czwarta hipoteza: „Rodzaj szkoły do jakiej uczęszcza badania młodzież nie przekłada się na poziom samooceny” została potwierdzona. Wyniki badań przeprowadzonych w niniejszym projekcie wykazały, że poziom samooceny nastolatków nie różnił się istotnie statystycznie w zależności od rodzaju szkoły (liceum ogólnokształcące, technikum, szkoła branżowa). Analiza przeprowadzona za pomocą testu Kruskala-Wallisa wskazała na brak istotnych różnic międzygrupowych, co sugeruje, że typ szkoły nie jest czynnikiem różnicującym poziom samooceny w badanej grupie. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Wosik-Kawali (2020), która analizowała samoocenę uczniów różnych typów szkół ponadpodstawowych. Badania te nie wykazały istotnych różnic w poziomie samooceny pomiędzy uczniami liceów, techników i szkół zawodowych, co wskazuje na brak wpływu rodzaju szkoły na samoocenę młodzieży. Z kolei badania Sitarz (2013) porównujące samoocenę młodzieży uczęszczającej do świetlic socjoterapeutycznych z uczniami liceów ogólnokształcących wykazały, że młodzież ze świetlic prezentuje niższą samoocenę. Jednakże w tym przypadku różnice te mogą być związane z czynnikami środowiskowymi i rodzinnymi, a nie bezpośrednio z typem placówki edukacyjnej.

Piąta hipoteza: „Miejsce zamieszkania przekłada się na poziom samooceny u badanej młodzieży” została potwierdzona, ponieważ wyniki dotyczące miejsca zamieszkania wskazują, że poziom samooceny młodzieży różnił się istotnie w zależności od miejsca zamieszkania. Młodzież mieszkająca w dużych miastach (>50 tys. mieszkańców) charakteryzowała się wyższym poziomem samooceny w porównaniu do osób zamieszkujących wieś oraz małe miasta (do 50 tys. mieszkańców). Analiza post-hoc potwierdziła istotność tych różnic, co wskazuje na znaczący wpływ środowiska zamieszkania na poziom samooceny badanej młodzieży. Podobne wyniki potwierdzają badania przeprowadzone przez Nowak (2022), które wskazują, że młodzież z terenów wiejskich i powiatowych przejawia niższą samoocenę w porównaniu do rówieśników z miast. Wyniki badań sugerują, że mniejsze możliwości rozwoju oraz ograniczony dostęp do zasobów na tych obszarach mogą negatywnie wpływać na kształtowanie się pozytywnego obrazu siebie u młodych ludzi.



Hipoteza szosta: „Sposób spędzania czasu wolnego jest powiązany z poziomem samooceny i objawami depresyjnymi” została częściowo potwierdzona. Wykazano bowiem, że aktywności takie jak sport i spotkania z przyjaciółmi wiązały się z wyższą samooceną i niższym poziomem objawów depresyjnych. Natomiast spędzanie wolnego czasu na korzystaniu z telefonu czy komputera było powiązane z niższą samooceną oraz wyższym poziomem objawów depresyjnych. Wyniki te wskazują na istotną rolę aktywności fizycznej i interakcji społecznych w kształtowaniu pozytywnego obrazu siebie i redukcji symptomów depresyjnych. Również w literaturze wyniki te znajdują potwierdzenie. Na przykład badania Eime i współpracowników (2013) wskazują, że młodzież uczestnicząca w regularnych zajęciach sportowych charakteryzuje się wyższą samooceną i lepszym samopoczuciem. Sport dostarcza młodym ludziom okazji do nawiązywania relacji społecznych, wzmacnia poczucie sprawczości i pozytywnie wpływa na ogólną jakość życia. Z kolei badania Twenge i współpracowników (2018) wykazały, że czas spędzany przed ekranem jest negatywnie powiązany z dobrostanem psychicznym młodzieży. Uczniowie, którzy spędzali więcej czasu na mediach społecznościowych, częściej zgłaszali niższą samoocenę oraz wyższe nasilenie objawów depresyjnych.

6.6 Ograniczenia badań i propozycje dalszych kierunków

Pomimo staranności w przeprowadzeniu badań, należy uwzględnić pewne ograniczenia, które mogły wpłynąć na uzyskane wyniki oraz ich interpretację. Pierwszym istotnym ograniczeniem jest regionalny charakter próby badawczej, która obejmowała młodzież z jednego regionu geograficznego. Brak szerokiego przekroju demograficznego ogranicza możliwość uogólniania wyników na całą populację nastolatków. Region objęty badaniem, mimo swojej specyfiki, nie odzwierciedla zróżnicowania społeczno-ekonomicznego czy kulturowego, które może wpływać na związki między objawami depresyjnymi a samooceną.

Kolejnym ograniczeniem był dobór próby pod względem liczebności i równowagi płciowej. W badaniu dziewczęta stanowiły mniejszość, co mogło wpłynąć na wyniki dotyczące różnic międzypłciowych. W literaturze naukowej podkreśla się, że dziewczęta częściej zgłaszają niższą samoocenę i wyższe nasilenie objawów depresyjnych, co w mniejszościowej grupie może nie być w pełni reprezentatywne.

Dodatkowym wyzwaniem było uwzględnienie czynników subiektywnych, takich jak postrzeganie własnej samooceny, wsparcia społecznego oraz sposobu spędzania czasu wolnego. Dane te mogą być obciążone błędem subiektywności i wpływem społecznie



pożądanych odpowiedzi, co ogranicza ich pełną wiarygodność. Badani mogą nieświadomie dostosowywać swoje odpowiedzi do oczekiwań społecznych, co wpływa na rzetelność danych.

W badaniach skupiono się na krótkoterminowej analizie korelacji, co nie pozwala na pełną ocenę przyczynowo skutkową między zmiennymi. Wyniki te powinny być analizowane w kontekście innych badań podłużnych, które umożliwią lepsze zrozumienie długoterminowych zależności.

Dalsze badania powinny uwzględniać bardziej zróżnicowaną próbę badawczą, obejmującą różne regiony geograficzne i grupy demograficzne, co pozwoli na lepsze uogólnienie wyników. Warto również rozważyć równowagę płci w próbie, aby dokładniej zbadać różnice międzypłciowe w zakresie samooceny i objawów depresyjnych.

Zastosowanie metod wieloaspektowych, takich jak połączenie kwestionariuszy z obserwacją behawioralną czy wywiadami pogłębionymi, może dostarczyć bardziej obiektywnych danych. Użycie metod podłużnych pozwoli zrozumieć zmiany w poziomie samooceny i objawów depresyjnych w czasie oraz ich interakcję z czynnikami środowiskowymi.

W przyszłych badaniach warto również zbadać wpływ dodatkowych zmiennych, takich jak status społeczno-ekonomiczny, relacje rodzinne czy dostęp do wsparcia psychologicznego, na samoocenę i objawy depresyjne. Rozszerzenie zakresu analiz pozwoli na lepsze zrozumienie mechanizmów wpływających na zdrowie psychiczne młodzieży i umożliwi projektowanie skuteczniejszych interwencji wspierających.

6.7 Wnioski

Przeprowadzone badania dostarczają istotnych informacji na temat relacji między poziomem samooceny a nasileniem objawów depresyjnych wśród nastolatków. Wyniki wskazują, że samoocena odgrywa kluczową rolę w regulacji stanu emocjonalnego młodzieży, a jej obniżenie wiąże się z wyższym poziomem objawów depresyjnych. Ujemna korelacja między samooceną a objawami depresyjnymi została potwierdzona w badaniach własnych, co znajduje potwierdzenie również w literaturze przedmiotu. Oznacza to, że wsparcie w budowaniu pozytywnego obrazu siebie może przyczynić się do redukcji symptomów depresji w tej grupie wiekowej.

Wiek badanych adolescentów, zgodnie z uzyskanymi wynikami, nie różnicował istotnie poziomu objawów depresyjnych. Sugeruje to, że nasilenie depresji w badanej grupie nie jest zależne od różnic wiekowych w okresie adolescencji, co pokrywa się z wynikami



wcześniejszych badań wskazujących na większe znaczenie czynników środowiskowych i interpersonalnych w rozwoju depresji w tej grupie wiekowej.

Wyniki badań nie potwierdziły także wpływu płci na relację między samooceną a objawami depresyjnymi. Zarówno u dziewcząt, jak i chłopców mechanizmy regulacji samooceny i ich wpływ na nasilenie objawów depresyjnych okazały się podobne. To wskazuje na uniwersalność mechanizmów tej relacji, co może mieć znaczenie w projektowaniu interwencji psychologicznych adresowanych do obu płci.

Rodzaj szkoły, do której uczęszcza młodzież, również nie wpływał na poziom samooceny. Wskazuje to, że kontekst edukacyjny, w tym typ placówki, nie różnicuje istotnie postrzegania własnej wartości wśród uczniów. Wynik ten sugeruje, że oddziaływania ukierunkowane na budowanie samooceny mogą być skuteczne niezależnie od środowiska szkolnego, w którym funkcjonują młodzi ludzie.

Z kolei miejsce zamieszkania okazało się istotnym czynnikiem różnicującym poziom samooceny wśród młodzieży. Młodzież mieszkająca w dużych miastach (>50 tys. mieszkańców) charakteryzowała się wyższą samooceną w porównaniu do swoich rówieśników z mniejszych miejscowości i obszarów wiejskich. Wynik ten może być związany z większymi możliwościami rozwoju, lepszym dostępem do zasobów edukacyjnych i społecznych oraz bardziej sprzyjającym środowiskiem dla budowania pozytywnego obrazu siebie w dużych miastach.

Sposób spędzania wolnego czasu również istotnie wpływał na poziom samooceny oraz nasilenie objawów depresyjnych. Aktywności, takie jak sport i spotkania z przyjaciółmi, były powiązane z wyższą samooceną i niższym poziomem objawów depresji, natomiast spędzanie czasu przed ekranem (telefon, komputer) miało odwrotne skutki. Wyniki te podkreślają znaczenie aktywności fizycznej i relacji interpersonalnych w promocji zdrowia psychicznego wśród młodzieży.

Podsumowując, badania potwierdzają, że zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne czynniki wpływają na poziom samooceny i nasilenie objawów depresyjnych wśród młodzieży. Wnioski z badań mają istotne znaczenie praktyczne, wskazując na potrzebę wzmocnienia pozytywnej samooceny, promowania aktywności fizycznej oraz rozwijania relacji interpersonalnych jako kluczowych elementów wsparcia psychologicznego dla nastolatków.



Zakończenie

Celem niniejszej pracy było zbadanie związku między objawami depresyjnymi a poziomem samooceny u nastolatków. Temat ten jest szczególnie istotny w kontekście współczesnych wyzwań związanych z rosnącą liczbą przypadków depresji wśród młodzieży oraz jej długofalowych skutków dla zdrowia psychicznego. Młodzi ludzie, żyjąc w dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości, często borykają się z problemami, które wpływają na ich samoocenę, a jednocześnie mogą zwiększać podatność na zaburzenia depresyjne. Przeprowadzone badania ukazały złożoność relacji między tymi zmiennymi oraz podkreśliły znaczenie wsparcia środowiskowego i systemowego w radzeniu sobie z tym problemem.

Badania objęły analizę wpływu takich czynników, jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, rodzaj szkoły oraz sposób spędzania czasu wolnego, na relację między poziomem objawów depresyjnych a samooceną. Wykorzystano uznane narzędzia badawcze, takie jak Skala Samooceny SES M. Rosenberga oraz Skala Depresji CDI-2, które umożliwiły rzetelną ocenę badanych zmiennych. Wyniki wskazały, że wyższy poziom objawów depresyjnych jest związany z niższą samooceną, a ich współwystępowanie może wzajemnie się wzmacniać. Co więcej, sposób spędzania czasu wolnego oraz miejsce zamieszkania odgrywają istotną rolę w kształtowaniu tych zależności.

Niska samoocena okazała się być częstym czynnikiem towarzyszącym nasileniu objawów depresyjnych. Wyniki badań potwierdzają konieczność podejmowania działań profilaktycznych oraz interwencyjnych skierowanych do młodzieży, szczególnie w obszarach, gdzie dostęp do wsparcia psychologicznego może być ograniczony. Istotne znaczenie ma wspieranie młodych ludzi w rozwijaniu ich zainteresowań i pasji, a także promowanie aktywności sportowej i społecznej, które mogą pełnić funkcję ochronną przed rozwojem zaburzeń depresyjnych. Podkreślono również wagę zintegrowanych działań, obejmujących zarówno wsparcie rodzinne, jak i szkolne, a także budowanie sieci wsparcia społecznego. Pomimo że przeprowadzone badania dostarczyły istotnych informacji na temat związku między samooceną a objawami depresyjnymi, nie wyczerpują one podjętego tematu. Wyniki stanowią jednak solidną podstawę do dalszych badań naukowych w tym obszarze, które mogłyby jeszcze dokładniej przeanalizować wpływ dodatkowych czynników, takich jak styl wychowania, relacje rówieśnicze czy poziom stresu w życiu codziennym młodzieży.

Reasumując, problem związku między samooceną a objawami depresyjnymi u młodzieży jest niezwykle istotny i wymaga dalszych badań oraz działań praktycznych. Wsparcie ze strony rodziny, środowiska szkolnego oraz zachęcanie do aktywnego spędzania



czasu wolnego powinny stanowić kluczowe elementy strategii przeciwdziałania zaburzeniom depresyjnym. Dzięki zintegrowanemu podejściu możliwe jest wspieranie młodych ludzi w budowaniu stabilnej samooceny oraz radzeniu sobie z trudnościami emocjonalnymi, co w dłuższej perspektywie może znacząco poprawić ich jakość życia i zdrowie psychiczne.



Bibliografia

- Ambroziak, K., Kołakowski, A., Siwek, K. (2023). *Nastolatek a depresja. Praktyczny poradnik dla rodziców i młodzieży*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anastasi, A. (1998). *Psychological Testing*. New York: Macmillan.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1999). *Psychological Testing (7th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Badowska, N., & Juruć, A. (2020). Rola składników pokarmowych w prewencji oraz wspomaganiu leczenia depresji. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 11(4), 173–178.
- Bartyzel, M., Łoza, B., Grabowska, A., Kosińska, M., Kukulska, D., Polikowska, M., Wilk, M. (2016). Nowe formy cywilizacyjnej depresji i ich farmakologiczne leczenie. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny*, 8(2), 67–71.
- Bartyzel, A., Kowalski, P., & Nowak, M. (2016). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T. (1980). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T. (2008). *Terapia poznawcza depresji*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia.
- Bereza, B. (2009). Depresja sezonowa: Wybrane aspekty diagnostyczne i terapeutyczne. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 5(2), 113–119.
- Biernat, D., Bąk-Sosnowska, M. (2021). *Psychologia zdrowia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bilikiewicz, A. (2018). *Psychiatria. Tom 2*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. In J.P. Robinson, P.R. Shaver, & L.S. Wrightsman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (pp. 115-160). San Diego, CA: Academic Press.
- Błaszczak, A. (2023). Terapia akceptacji i zaangażowania (ACT) jako metoda wsparcia wybranych zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 617(2), 16–25.
- Bowlby, J. (1988). *Loss: Sadness and depression (Attachment and Loss, Vol. 3)*. New York: Basic Books.



- Brzeska, A. (2024). *Nowoczesne metody diagnostyki psychologicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Budziszewska, B. (2016). Stres a depresja. *Wszechświat*, 117(1–3), 5–11.
- Campbell, D.T., & Fiske, D.W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56(2), 81-105.
- Cangelosi, G., i in. (2025). Anhedonia in youth and the role of internet-related behavior: A systematic review. *Psychiatry International*, 6(1), 1.
- Chatizow, J. (2018). *Depresja i samobójstwa dzieci i młodzieży: Życie nie umierać – poradnik dla rodziców i nauczycieli*. Warszawa: Difin.
- Chodźko, E., Talarek, K. (Red.). (2020). *Wyzwania i problemy społeczeństwa w XXI wieku. Tom I*. Lublin: Wydawnictwo Naukowe Tygiel.
- Chudzicka-Czupała, A., & Biernat, M. (2018). Psychologiczne koszty diagnozy psychiatrycznej i stygmatyzacji. Jak skuteczniej pomagać osobom doświadczającym problemów ze zdrowiem psychicznym? *Czasopismo Psychologiczne*, 24(1), 201–213.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stres, wsparcie społeczne i hipoteza buforowa. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Ćwikliński, M. (2021). *Psychometria w praktyce diagnostycznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Davidson, R. J., Pizzagalli, D., Nitschke, J. B., & Putnam, K. (2002). Depression: Perspectives from affective neuroscience. *Annual Review of Psychology*, 53, 545–574.
- Derkacz, M., & Olajossy, M. (2015). Czy pacjenci z fizjologiczną ginekomastią okresu pokwitania mogą wymagać pomocy psychiatry i psychologa? *Forum Medycyny Rodzinnej*, 9(2), 152-154.
- Dmitruk-Sierocińska, K. (2023a). Jak pomagać nastolatkom z zaburzeniami depresyjnymi? Strategie zapobiegania i wsparcia. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 1, 16-32.
- Dmitruk-Sierocińska, K. (2023b). Zaburzenia depresyjne: Skąd się biorą i jakie sygnały wysyłane przez dzieci i młodzież powinny zaniepokoić dorosłych? *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 616(1), 26–41.
- Domurat, M. (2012). O różnych mianach samooceny. W: W. J. Paluchowski, A. Bujacz, P. Haładziński, L. Kaczmark (Red.), *Nowoczesne metody badawcze w psychologii* (s. 223-231). Wyd. Naukowe Wydziały Nauk Społecznych UAM.
- Dymowska, A., Nowicka-Sauer, K. (2015). Depresja wśród młodzieży: Problem wciąż aktualny. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 9(2), 124–126.
- Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J., & Payne, W. R. (2013). A systematic



- review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: Informing development of a conceptual model of health through sport. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 98.
- Gałecki, P. (2019). *Depresja. Przewodnik dla praktyków*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Gałecki, P., & Świącicki, Ł. (2015). *Zaburzenia afektywne – klasyfikacja, diagnostyka, leczenie*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Garber, J., & Flynn, C. (2001). Vulnerability to depression in childhood and adolescence. In R. E. Ingram & J. M. Price (Eds.), *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan* (pp. 175–225). Guilford Press.
- George, D., Mallery, P. (2019). *IBM SPSS Statistics 26 step by step: A simple guide and reference*. Routledge.
- Golonka, K., Piątek, E., Stach, R. (2024). Kierunki badań i rozwoju poznawczej teorii depresji. *Psychiatria Polska*, 58(4), 669–680.
- Hammen, C. (2017). *Depression*. Cambridge, MA: Routledge.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guilford Press.
- Helios, J., & Jedlicka, M. (2017). *Wprowadzenie do psychologii sądowej*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Humeniuk, E., Dąbska, O., Krupa, A. (2018). Depression intensification in oncological patients. *Social Dissertations*, 12(3), 55–63.
- Jankowicz, S. (2018). Depresja wieku młodzieńczego: Etiologia i obraz kliniczny. *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Społeczne*, 22(3), 183-190.
- Jurkiewicz, B.M., Kołpa, M. (2015). Stres a ryzyko wystąpienia depresji u ludzi młodych w przedziale wiekowym 20–35 lat. *Problemy Pielęgniarstwa*, 23(1), 13-19.
- Kazula, A. (2014). Mechanizmy działania selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI) w depresji. *Farmacja Polska*, 70(12), 49–56.
- Kalita, L. (2018). Długoterminowa psychoterapia psychoanalityczna jako skuteczna metoda leczenia głębokiej depresji: Krótki przegląd współczesnej literatury i przykład kliniczny. *Psychoterapia*, 2(185), 63–78.
- Kazimierska, I. (2022). Depresja u nastolatków: objawy i leczenie. *Kurier Medyczny*, 2, 32-22.



- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2002). Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, *159*(7), 1133–1145.
- Kernis, M. H., Grannemann, B. D., & Barclay, L. C. (2000). Stability and level of self-esteem as predictors of anger arousal and hostility. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*(5), 734–743.
- Kiejna, A., & Piotrowski, P. (2021). *Zaburzenia nastroju: Epidemiologia, diagnoza, leczenie*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Kielan, A., & Olejniczak, D. (2018). Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, *17*(3), 9-26.
- Kisiela, E., Kłoszewska, I., Sobów, T. (2009). Czynniki prognostyczne nawrotu depresji u pacjentów w wieku podeszłym. *Psychogeriatrya Polska*, *6*(3), 123–134.
- Kolendo, N., Wronka, H. (2021). Depresja wśród dzieci i młodzieży: Przebieg, leczenie oraz wpływ na system rodzinny. *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio*, *45*(1), 158–166.
- Kowalski, P. (2018). *Nadzieja na sukces i samoocena młodzieży a spostrzeganie postaw rodziców*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Krajewski, M. (2020). *O metodologii nauk i zasadach pisarstwa naukowego*. Płock: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Kucyper, K. (2008). Rozdział 5: Metody statystyczne w badaniach psychologicznych. W: J. Nowak (red.), *Podstawy metodologii badań psychologicznych* (s. 123-145). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R., & Rohde, P. (1994). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, *14*(1), 1–26.
- Link-Dratkowska, E. (2011). Depresja dzieci i młodzieży—podejście poznawczo-behawioralne. Teoria i terapia. *Psychiatria*, *8*(3), 84-90.
- Łaguna, M., Lachowicz-Tabaczek, K., Dzwonkowska, I. (2007). Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga: Polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna*, *2*(4), 164–176.
- Makara-Studzińska, M. (2017). Formy pomocy osobom po próbach samobójczych. *Sztuka Leczenia*, *1*(1), 53–61.
- Marcinkowska, A., & Dąbrowski, P. (2020). Zależność między samooceną a depresyjnością wśród młodzieży: Analiza wpływu płci. *Psychologia Rozwojowa*, *25*(3), 134–145.
- Maszke, A.W. (2004). *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*. Warszawa: WSiP.



- Meyer, B. i in (2019). *Advances in Clinical Psychology*. Berlin: Springer.
- Michalska-Leśniewicz, M., Gruszczyński, W. (2010). Czynniki psychologiczne w depresji. *Psychiatria*, 7(3), 95–103.
- Möller, H. J. (2018). Możliwości i ograniczenia DSM-5 w polepszeniu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych. *Psychiatria Polska*, 52(4), 611-628.
- Morley, T. E., Moran, G. (2011). The origins of cognitive vulnerability in early childhood: Mechanisms linking early attachment to later depression. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1071–1082.
- Musiał, A. (2007). Depresja: Rys historyczny. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 7(1), 42–46.
- Nowak, K. (2022). Poziom samooceny wychowanków młodzieżowych ośrodków socjoterapeutycznych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 35(3), 171–191.
- Nowak, S. (1970). *Metodologia badań socjologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo WSiP.
- Palka, S. (2006). *Metodologia badań. Praktyka pedagogiczna*. Gdańsk: Wydawnictwo GWP.
- Panasiuk, B., Panasiuk, K., Panasiuk, A. A. (2019). Zaburzenia depresyjne i afektywne (diagnoza, terapia i profilaktyka). *Zeszyty Naukowe Gdańskiej Szkoły Wyższej*, 4(21), 49–64.
- Parker, J. i in. (2014). *Emotional Intelligence and Academic Success*. Oxford: Oxford University Press.
- Paszkiewicz-Mes, E. (2013). Muzykoterapia jako metoda wspomagająca leczenie. *Hygeia Public Health*, 48(2), 168–176.
- Pawlak, A., & Zyska, A. (2021). Strategie i techniki psychoterapii jako predyktor podnoszenia jakości życia. W: A. Woźny i R. Dwornicka (Red.), *Multidyscyplinarne aspekty zarządzania produkcją i usługami* (s. xx–xx). Wydawnictwo Naukowe.
- Pełka-Wysiecka, J., & Samochowiec, J. (2014). Depresja – czy faktycznie zróżnicowana farmakoterapia? *Psychiatria*, 11(3), 141-147.
- Pilch, T. (2009). Strategia badań ilościowych. W: S. Palka (red.), *Podstawy metodologii badań w pedagogice* (s. 50-72). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Piwowarczyk, A., Krysta, K. (2009). Czynniki środowiskowe a rozwój, przebieg i leczenie afektywnej choroby dwubiegunowej: Opis przypadku. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 18(1), 97-99.



- Płoszaj, M., & Kossewska, J. (2021). Efektywność terapii poznawczo-behawioralnej – modyfikacja poziomu lęku i samooceny u rodziców dzieci z ASD. *Wychowanie w Rodzinie*, 25(2), 257–272.
- Psychologia Społeczna (2007). *Przegląd badań nad zachowaniami prospołecznymi*, 2(4), 123-145.
- Radziwiłłowicz, W. (2010a). *Depresja u dzieci i młodzieży*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Radziwiłłowicz, W. (2020b). *Psychologia rozwoju człowieka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Romanowska, M., Dobroczyński, B. (2021). Procesy nieświadome we współczesnej terapii poznawczej Aaron T. Becka. *Psychoterapia*, 3(198), 5–15.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Roubal, J. (2007). Depression: A Gestalt theoretical perspective. *British Gestalt Journal*, 16(1), 35–43.
- Rubacha, K. (2008). *Metodologia badań nad edukacją*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Rybakowski, F. (2017). *Depresje u osób młodych: Przyczyny, diagnoza, leczenie*. Poznań: Medical Education.
- Ryś, M., & Trzęsowska-Greszta, E. (2018). Kształtowanie się i rozwój odporności psychicznej. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 34(2), 164-196.
- Saarni, C. i in. (2018). *Emotional Development in Childhood*. New York: Guilford Press.
- Samochowiec, J., i in. (2021a). *Psychiatria*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Samochowiec, J., i in. (2021b). Leczenie farmakologiczne epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających – wytyczne Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych. *Psychiatria Polska*, 55(2), 235-259.
- Schmitt, D.P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623-642.
- Sitarz, D. (2013). *Prawo administracyjne*. Warszawa: LexisNexis.
- Skiba, A. (2021). Internetowa grupa wsparcia jako przestrzeń na opowieść o depresji i innych zaburzeniach psychicznych. Przypadek grupy „Porcelanowe Aniołki”. *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 17(2), 110-131.



- Smółkowska, W. (2020). Phubbing: Gdy smartfon staje się ważniejszy od człowieka. Przegląd badań. W: E. Chodźko, Talarek, K. (Red.), *Wyzwania i problemy społeczeństwa w XXI wieku. Tom I* (s. 224). Lublin: Wydawnictwo Naukowe Tygiel.
- Sowisło, J.F., & Orth, U. (2011). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 137(1), 213-240.
- Stelcer, B. (2015). Żal po stracie: Dynamika adaptacji do nieuniknionych zmian. *Sztuka Lekarska*, 3-4, 47-56.
- Suwalska-Barancewicz, D., & Malina, A. (2018). Samoocena i styl przywiązania jako predyktory oceny zachowań komunikacyjnych własnych oraz partnera. *Psychologia Rozwojowa*, 23(3), 65-82.
- Szymańska, J. (2012). *Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży: Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców* (3. wyd.). Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Tabak, I. (2014). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów. *Studia BAS*, (2), 113-138.
- Talarowska, M., Gałęcki, P. (2017). Teoria wczesnych nieadaptacyjnych schematów Younga z perspektywy teorii neurorozwojowej depresji. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 12(3), 101-107.
- Talarowska, M. i in. (2018). Oksytocyna: Socjalny neuropeptyd. Czy ma znaczenie w teorii neurorozwojowej depresji? *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 13(2), 65-74.
- Tereszko, J., & Dudek, B. (2017). *Stres zawodowy nauczycieli*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Toenders, Y. J. i in. (2019). Neuroimaging predictors of onset and course of depression in childhood and adolescence: A systematic review of longitudinal studies. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 38, 100700.
- Turowska, A. (2008). Znaczenie samooceny w funkcjonowaniu społecznym—na przykładzie młodzieży maturalnej. *Kultura i Edukacja*, 2(66), 151-161.
- Twenge, J. M., Martin, G. N., & Campbell, W. K. (2018). Decreases in psychological well-being among American adolescents after 2012 and links to screen time during the rise of smartphone technology. *Emotion*, 18(6), 765-780.
- Wejner-Jaworska, T. (2014). Czynniki warunkujące lepsze wyniki w nauce w świetle badań prof. Johna Hattiego. *Przegląd Edukacyjny*, 3(4), 3-8.
- Wiatrowska, A. K. (2021). Samoocena i style radzenia sobie ze stresem a nasilenie depresji u kobiet z zaburzeniami odżywiania. *Niepelnosprawność*, (44), 28-41.



- Wolff, F., Helm, F., Junge, F., & Möller, J. (2020). Are dimensional comparisons performed unconsciously? An investigation of the internal/external frame of reference model using implicit self-concepts. *Journal of Educational Psychology, 112*(2), 397–415.
- World Health Organization (WHO). (2019). *International Classification of Diseases 11th Revision*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th Revision. Volume I*.
- Wosik-Kawali, D. (2020). *Komunikacja interpersonalna*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Woźny, M. (2022). *Nowe technologie w edukacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wójcik, R., & Wrocławska-Warchala, E. (2017). *CDI-2 Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Depresji u Dzieci i Młodzieży*. Wersja Polska. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych.
- Wylie, R.C. (1974). *The Self-Concept: A Review of Methodological Considerations and Measuring Instruments*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Zaczyński, W. (1995). *Praca badawcza nauczyciela*. Warszawa: Wydawnictwo WSiP.



Źródła elektroniczne

- Calicchio, S. (2023). *Albert Bandura i czynnik własnej skuteczności: Podróż w głąb psychologii ludzkiego potencjału poprzez zrozumienie i rozwój poczucia własnej skuteczności i samooceny*. Pobrano 6 grudnia 2024 z https://books.google.pl/books?hl=en&lr=&id=ugzZEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&dq=Znaczenie+samooceny+Samooocena+ma+fundamentalne+znaczenie+dla+zdrowia+psychicznego+i+emocjonalnego+&ots=ePpKBZIHGD&sig=d4eESSrbx1Qu3El7YEGZ59vDByw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Jęczyńska, D. (2021). Depresja nastolatka: Kompendium wiedzy dla rodziców. Studium przypadku. Pobrano 12 grudnia 2024 z <https://cms-v1-files.superszkolna.pl/sites/466/wiadomosci/449890/files/depresjanastolatkakompendiumwiedzydlarodzicowexyqrt.pdf>
- Nęcki, T. (2017). Neuroprzekazniki: rodzaje i działanie. *Poradnik Zdrowie*. Pobrano 22 listopada 2024 z <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/neurologia/neuroprzekazniki-rodzaje-i-dzialanie-aa-eJM8-X2WG-Xu6a.html>
- Sabaj-Sidur, M. (2018). Nadzieja na sukces i samoocena młodzieży a spostrzeganie postaw rodziców. Lublin. Pobrano 11 listopada 2024 z https://www.researchgate.net/profile/Monika-Sidur/publication/327895294_NADZIEJA_NA_SUKCES_I_SAMOOCENA_MLODZIEZY_A_SPOSTRZEGANIE_POSTAW_RODZICOW/links/5c897228299bf14e7e7ad25b/NADZIEJA-NA-SUKCES-I-SAMOOCENA-MLODZIEZY-A-SPOSTRZEGANIE-POSTAW-RODZICOW.pdf
- Szpitalak, M., & Polczyk, R. (2015). Samoocena: Geneza, struktura, funkcje i metody pomiaru. Pobrano 19 listopada z <https://ruj.uj.edu.pl/server/api/core/bitstreams/26b956e8-44c2-4170-9ed0-16c3c399496d/content>
- Szwejka, Ł. (2024). *Praca nad sobą młodych Polaków: Przegląd badań*. Pobrano 29 listopada 2024 z <https://open.icm.edu.pl/items/e2bb8a55-e425-47a7-964b-89e3bf53e064>
- World Health Organization. (n.d.). *International Classification of Diseases (ICD)*. Pobrano z 16 listopada 2024 z <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Wysocka, M. (2021). *Jak rozwinąć poczucie własnej wartości* [Webinar]. Centrum Terapii Dialog. Pobrano 21 listopada 2024 z <https://zdrowie.pap.pl>



Spis tabel

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Dane demograficzne osób badanych | 50 |
| Tabela 2. Doświadczenie osób badanych z problemem depresji i samooceny wśród młodzieży | 51 |
| Tabela 3. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych ilościowych | 54 |
| Tabela 4. Poziom samooceny a nasilenie objawów depresyjnych | 55 |
| Tabela 5. Nasilenie objawów depresyjnych a wiek badanych adolescentów..... | 56 |
| Tabela 6. Poziom samooceny a nasilenie objawów depresyjnych kobiet i mężczyzn..... | 57 |
| Tabela 7. Rodzaj szkoły a poziom samooceny nastolatków | 58 |
| Tabela 8. Miejsce zamieszkania a poziom samooceny nastolatków | 59 |
| Tabela 9. Sposób spędzania wolnego czasu a nasilenie objawów depresyjnych oraz samoocena nastolatków | 60 |



Załącznik

METRYCZKA:

Płeć:

Kobieta

Mężczyzna

Rodzaj szkoły do jakiej Pan/Pani uczęszcza?

Szkoła Branżowa

Technikum

Liceum Ogólnokształcące

Wiek:

16-17 lat

18 lat

Miejsce zamieszkania:

Wieś

Miasto poniżej 50 tysięcy mieszkańców

Miasto powyżej 50 tysięcy mieszkańców

Czy spotkał się Pan/ Pani z problemem depresji?

Tak

Nie

Czy uważa Pan/Pani, że problem depresji oraz samooceny wśród młodzieży jest bagatelizowany?

Tak

Nie

Nie wiem



Czy uważa Pan/Pani, że młode osoby z problemem depresji otrzymują niezbędne wsparcie?

Tak

Nie

Czy środowisko szkolne zauważa problem wśród młodzieży dotkniętej depresją?

Tak

Nie

Co według Pana/Pani zdaniem można zaliczyć do najczęstszej przyczyny depresji u nastolatków?

Brak akceptacji rówieśniczej

Niska samoocena

problemy rodzinne

Problemy szkolne

Nauka zdalna

W jaki sposób spędza Pan/Pani czas wolny?

Spotkania z przyjaciółmi

Telefon

Komputer

Sport

Czy Pana/Pani zdaniem zainteresowania/ hobby mają duży wpływ na poziom samooceny u nastolatków?

Tak

Nie

Czy objawy depresyjne u nastolatków mogą się zmniejszyć pod wpływem uprawiania sportu?

Tak

Nie

