



Profile depresji u adolescentów w kontekście objawów depresyjnych, wybranych cech psychospołecznych i demograficznych – analiza skupień

Profiles of depression in adolescents in the context of depressive symptoms, selected psychosocial and demographic characteristics – cluster analysis

<https://doi.org/10.34766/fer.v59i3.1304>

Aneta Baranowska^a, Karol Mausch^b, Ewa Ryś^c

^a Dr Aneta Baranowska¹, <https://orcid.org/0000-0001-5386-357X>

^b Dr hab. Karol Mausch¹, prof. ucz., <https://orcid.org/0000-0003-3550-4703>

^c Dr hab. Ewa Ryś¹, prof. ucz., <https://orcid.org/0000-0002-8732-5507>

¹ Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim

Abstrakt: Celem badań było określenie i scharakteryzowanie profili badanych adolescentów w zakresie depresji, cech psychospołecznych i demograficznych przy zastosowaniu analizy skupień metodą hierarchiczną. W prezentowanych badaniach charakterystyki skupisk uwzględniają dane dotyczące: występowania objawów depresyjnych, nastroju (ogólny i sytuacyjny), emocji podstawowych, samotności, kompetencji osobistych, radzenia sobie ze stresem, płci i wieku. W czasie- i po- pandemii COVID 19 obserwuje się globalny wzrost depresji u dzieci i młodzieży. Badanie związków między objawami depresji, cechami psychospołecznymi i demograficznymi zmierza do pogłębienia wiedzy zastosowania jej w opracowaniu programów służących interwencji, wsparciu i terapii w praktyce medycznej i edukacyjnej. W prezentowanych badaniach wzięli udział uczniowie klas IV-VIII, w wieku od 11 do 16 lat ($M = 12,5$), 53% – dziewczęta, 42% – chłopcy, 5% nie udzieliło odpowiedzi. Analizy wykazały istnienie czterech skupisk, wyodrębniono dwa różne profile u osób o umiarkowanym nasileniu objawów depresyjnych. Uzyskane wyniki badań potwierdzają heterogeniczność zjawiska depresji ujawniającą się różnicowanymi obrazami (profilami) tego zaburzenia, także w obrębie określonego typu. Wyniki badań potwierdzają stanowisko, że nie zawsze symptomy objawów depresyjnych opisywane przez nastolatków są zbieżne z kryteriami diagnostycznymi, dlatego zjawisko depresji u dzieci i młodzieży wymaga dalszego rozpoznawania. Uzyskane wyniki sugerują istnienie istotnych związków między natężeniem objawów depresyjnych, cech psychospołecznych i płci u badanych adolescentów, tzn. wraz z nasileniem objawów depresyjnych obniża się: poziom poczucia własnej skuteczności, korzystanie z aktywnego radzenia sobie, doświadczanie pozytywnego nastroju i radości, wzrasta poziom samotności, dominacja negatywnego nastroju i doświadczanie negatywnych emocji (strach, gniew, poczucie winy, smutek). Zaprezentowane wyniki potwierdzają słuszność stanowiska, które mówi o konieczności zwiększenia i dopasowania do płci działań interwencyjnych w szkoła skierowanych na dzieci i młodzież w celu wzmacniania ich zasobów osobistych.

Słowa kluczowe: depresja, cechy psychospołeczne, płeć, adolescenti, analiza skupień

Abstract: The aim of the study was to determine and characterize the profiles of the studied adolescents in terms of depression, psychosocial and demographic characteristics using a hierarchical cluster analysis. In the presented research, the characteristics of the clusters include data on: the occurrence of depressive symptoms, mood (general and situational), basic emotions, loneliness, personal competences, coping with stress, gender and age. During and after the COVID 19 pandemic, a global increase in depression in children and adolescents has been observed. The study of the relationships between symptoms of depression, psychosocial and demographic characteristics aims to deepen the knowledge and use it in the development of programs for interventions, support and therapy in medical and educational practice. The presented research involved students of grades 4-8, aged 11 to 16 ($M = 12.5$), 53% – girls, 42% – boys, 5% did not answer. The analyzes showed the existence of four clusters. There are significant relationships between the intensity of depressive symptoms, psychosocial features and gender in the surveyed adolescents, i.e. with the severity of depressive symptoms, the following decreases: the level of self-efficacy, the use of active coping, the experience of positive mood and joy, increases level of loneliness, dominance of negative mood and experiencing negative emotions (fear, anger, guilt, sadness). Two different profiles were identified in people with moderate depressive symptoms. The obtained research results confirm the heterogeneity of the phenomenon of depression, which is revealed by different pictures (profiles) of this disorder, also within a specific type. The research results confirm the position that the symptoms of depressive symptoms described by teenagers are not always consistent with the diagnostic criteria, therefore the phenomenon of depression in children and adolescents requires further recognition. The presented results confirm the validity of the position that it is necessary to increase and adapt intervention activities at school aimed at children and youth to gender and gender in order to strengthen their personal resources.

Keywords: depression, psychosocial characteristics, gender, adolescents, cluster analysis

Wprowadzenie

Współczesne analizy zjawiska depresji u dzieci i młodzieży wskazują na globalny wzrost tego zaburzenia psychicznego, zwłaszcza w czasie i po pandemii covid-19 (Madigan, Racine, Vaillancourt, Korczak, Hewitt i in., 2023; Mayne, Hannan, Davis, Young, Kelly i in., 2021; Wang, Chen, Ran, Che, Fang i in., 2022). Metaanalizy przeprowadzone przez Nicole Racine i współpracowników sugerują występowanie klinicznie podwyższonych objawów depresji u 25,2% nastolatków (1 na 4 adolescentów), co przemawia za pilną potrzebą interwencji i profilaktyki oraz wsparcia dzieci i młodzieży w zakresie wzmacniania dobrostanu nastolatków, a także za koniecznością prowadzenia kolejnych badań uwzględniających różnice indywidualne (Racine, McArthur, Cooke, Eirich, Zhu i in., 2021).

Z literatury przedmiotu wiadomo, że badania depresji koncentrują się na odkrywaniu mechanizmów tego zjawiska oraz opracowywaniu charakterystyk cech specyficznych dla różnych typów tej choroby. Dużą uwagę zwraca się na zasoby zewnętrzne (na ogół związane ze wsparciem społecznym) i wewnętrzne badanych (związane z atrybutami psychospołecznymi). Wyniki badań sugerują, że nie zawsze symptomy depresji opisywane przez nastolatków są zbieżne z kryteriami diagnostycznymi, dlatego zjawisko zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży wymaga dalszego rozpoznawania (Twivy, Kirkham, Cooper, 2023).

W literaturze naukowej wciąż brakuje empirycznie opracowanych profili nastolatków o różnym nasileniu objawów depresyjnych w powiązaniu z różnymi cechami psychospołecznymi i demograficznymi. W prezentowanych badaniach podjęto próbę określenia charakterystyk ukazujących konfiguracje powiązań między wybranymi cechami psychospołecznymi (nastój (ogólny i dyspozycyjny), emocje podstawowe, samotność, poczucie własnej skuteczności, radzenie sobie ze stresem) i demograficznymi (wiek i płeć), w obrębie klastrów wykreślonych przy pomocy analizy skupień. Przeprowadzone analizy pozwalają na wskazanie specyficznych grup nastolatków o różnych kombinacjach uwzględnionych cech oraz na dostarczenie nowej wiedzy, która może służyć praktyce klinicznej i edukacyjnej.

1. Związki depresji z wybranymi cechami psychospołecznymi i demograficznymi

Zaburzenia depresyjne to najważniejsze zaburzenia nastroju u dzieci i młodzieży (Burnett, 2020; Pels, 2020; Radziwiłłowicz, 2020). Zakłada się, że depresja „to postępujący stan dysforyczny, choroba lub przynajmniej zaburzenie, które przez długi czas uniemożliwia przeżywanie pozytywnych emocji” (Barr-Zisowitz, 2005, s. 761). Objawy depresji wiążą się z negatywnym myśleniem, samokrytyką, pesymizmem, izolowaniem się od innych, spadkiem aktywności, niską motywacją, bezsennością, uczuciem zmęczenia, spadkiem/wzrostem apetytu, z nastrojem smutku, drażliwością, poczuciem winy (Hay, 2021; Padesky, Greenberger, 2017). Depresja jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka samobójstw – szacuje się, że ok. 80% ofiar samobójstw cierpiało na jakąś z jej form. Z tego też powodu zalicza się ją do grupy chorób śmiertelnych (Ministerstwo Zdrowia, 2018). Rozpoznanie depresji nie zawsze stanowi łatwe zadanie z uwagi na dużą zmienność osobniczą jej obrazu klinicznego – na pierwszy plan u chorych mogą się wysuwać różne objawy (zależne np. od wieku pacjentów). Proces diagnozy nierzadko utrudnia też typ choroby, która poprzez swoją specyfikę może przejawiać się symptomami podobnymi do depresyjnych, co powoduje, że diagnoza „prawdziwej” depresji wymaga od lekarza specjalisty dużej uważności (Murawiec, 2017).

Należy podkreślić, że obecnie przeważa przekonanie, że obraz kliniczny depresji wieku rozwojowego w zakresie podstawowych objawów nie różni się od obrazu klinicznego depresji dorosłych. Traktuje się je jako te same zaburzenia, dlatego też w aktualnych systemach klasyfikacji nie uwzględniono odrębnych kryteriów diagnostycznych dla obu tych grup. Depresja dziecięca czy młodzieńcza nie są zatem jednostką nozologiczną (Jankowicz, 2018).

W literaturze przedmiotu dominują stanowiska ukazujące depresję w perspektywie „deficytów” biologicznych, psychospołecznych, rozwojowych oraz środowiskowych. Wraz z rozwojem psychologii humanistycznej, egzystencjalnej i pozytywnej w badaniach omawianej choroby zwraca się uwagę na atrybuty psychospołeczne i zasoby rozwojowe (Zhou, Shek, Zhu, Dou, 2020).

1.1. Depresja a nastrój i emocje podstawowe

Zdaniem badaczy w depresji występują cztery „główne zbitki emocjonalne”: poczucie wstydu lub winy, strach lub niepokój, smutek, gniew (Greenberg, Watson, 2014, s. 73). U większość osób z depresją występuje przynajmniej jedna z nich, a ustalenia dotyczące częstotliwości tematów emocjonalnych, na podstawie 36 terapii opartych na emocjach, sugerują, że gniew stanowi 66%, poczucie wstydu lub winy – 56%, strach lub niepokój – 50%, smutek 0-39% (Greenberg, Watson, 2014).

Gniew sygnalizuje konflikt wartości i gotowość do narzucania swoich wartości innym. Według Roberta Plutchika podstawowym wzorcem zachowania gniewu jest niszczenie (destrukcja), ukierunkowane na likwidację przeszkód utrudniających zaspokojenie danej potrzeby (za: Gasiul, 2007). Gniew konfliktowy według Fredrica Busha jest jedną z pięciu centralnych dynamik depresji i wiąże się (wraz z obwinianiem i zazdrością) z zachowaniami skierowanymi na innych, czego konsekwencją jest utrata relacji społecznych oraz z dezorientacją dotycząca odpowiedzialności i gniewem skierowany na siebie (za: Henriksen, Ulberg, Tallberg, Løvgren, Johnsen Dahl, 2021). Wyniki badań empirycznych sugerują, że konfliktowy gniew może być centralną cechą depresji. Doniesienia z badań wskazują, że gniew jako cecha jest predyktorem samotności u adolescentów, a radzenie sobie z gniewem wiąże się z niższym poziomem depresji i lęku (Karabab, 2020). Wyniki badań sugerują też, że wraz z wzrostem natężenia gniewu wzrasta poziom stresu (Morales-Rodríguez, 2021).

Poczucie winy i wstyd również mają silny związek z depresją (Hay, 2021). W literaturze przedmiotu wymienia się dwie formy poczucia winy: adekwatne i patologiczne. Według Antoniego Kępińskiego (2014) w depresji typowe jest narastanie patologicznej formy poczucia winy, szczególnie w depresjach nerwicowych. Dzieciom ze zdiagnozowaną depresją towarzyszy wysoki poziom poczucia winy i poczucia wstydu, jednak z niższą skłonnością do podejmowania działań naprawczych. Uznaje się, że dzieci z depresją mogą odczuwać wysokie natężenie poczucia winy, z czym współwystępują trudności

w radzeniu sobie z problemami interpersonalnymi. Czasem poczucie winy jest u nich nieproporcjonalne do przewinienia. Wyniki badań Dale F. Hay (2021) wskazują, że wśród dzieci z depresją ok. 80% odczuwa poczucie bezwartościowości i winy, co nie pozostaje bez znaczenia w kontekście ich rozwoju społecznego i emocjonalnego. Rezultaty badań empirycznych potwierdzają hipotezę, że samoobwinianie się pozytywnie wiąże się z depresją, gdyż było ono istotnym niezależnym predyktorem depresji w modelu regresji (Horwitz, Hill, King, 2010).

Strach sygnalizuje zagrożenie, jest reakcją związaną z unikaniem i ucieczką, czasem walki (Gasiul, 2007). Depresja u nastolatków koreluje z wysokim poziomem niepokoju (Zulkipli, Suliaman, Abidin, Anas, Mohamad i in., 2024). Metaanalizy, których przedmiotem był wpływ psychologiczny pandemii na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży sugerują, że u tej grupy wiekowej bez wcześniejszych objawów psychopatologii wystąpiły: drażliwość – 42,3%, depresja – 41,7%, lęk – 34,5% trudności w koncentracji – 30,8%, negatywne zmiany w stanie behawioralno-psychologicznym – 79,4%, u ok. 22,5% dzieci odczuwanie znacznego strachu przed COVID-19 (Lopez-Serrano, Díaz-Bóveda, González-Vallespi, Santamarina-Pérez, Bretones-Rodríguez i in., 2023). Wyniki badań przekrojowych przeprowadzonych w czasie pandemii covid 19 wśród chińskich uczniów w wieku 12-18 lat sugerują występowanie u nich: objawów depresyjnych – 43,7%, objawów lękowych – 37,4%, kombinację objawów depresyjnych i lękowych – 31,3% oraz wyższy wskaźnik tych czynników u dziewcząt (Zhou, Zhang, Wang, 2020).

Smutek w depresji wiąże się z wzmożonym przypominaniem sobie smutnych wydarzeń, słów, rozpamiętywaniem negatywnych spraw. Smutek wpływa na procesy poznawcze i jakoś rozumowania, np. osoby z umiarkowaną depresją na ogół trafniej oceniają sytuację. Zauważa się, że nadmierny smutek może stanowić obciążenie dla innych, co przypuszczalnie ma miejsce w depresji (Barr-Zisowitz, 2005). Skrajny smutek prowadzi do utraty zainteresowania światem zewnętrznym i społecznym, czego konsekwencją jest „głębokie przygnębienie i wycofanie” (Izard, Ackerman 2005, s. 335).

Radość na ogół rozumiana jest jako przyjemny stan powstający w sytuacji uznawanej za bezpieczną, znajomą, wymagającą niewielkiego wysiłku (Johnson, 2020). Poczucie radości powiązane jest z realizacją celów osobistych, elastycznością myślenia, skuteczniejszym i twórczym rozwiązywaniem problemów oraz radzeniem sobie, budowaniem więzi społecznych, percepcją otrzymywanego wsparcia społecznego, z wzmacnianiem odporności psychicznej. Depresja może hamować rozpoznawanie sygnałów pozytywnych tj. intensyfikować «ostrożność» w detekcji sygnałów radości (Marszałek-Wiśniewska, Fajkowska-Stanik, 2005). Kiedy smutek (emocja „mało energetyzująca”) jest pierwszym sygnałem, wtedy depresja pogarsza detekcję takich emocji jak złość i radość, utrudniona jest percepcja emocji energetyzujących (zwłaszcza złości). Z kolei w sytuacji, gdy radość jest pierwszą emocją, wtedy depresja sprzyja bardziej zachowawczemu, impulsywnemu rozpoznawaniu sygnałów pozytywnych, co może oznaczać, że 1) „w sytuacjach wzmacniających typowy dla depresji nastrój smutku” osłabieniu ulega „czujność wobec zagrożenia”; 2) w sytuacjach generujących radość uruchamiane są „mechanizmy obronne wobec sygnałów pozytywnych” (Marszałek-Wiśniewska, Fajkowska-Stanik, 2005, s. 119-130). Wyniki badań empirycznych sugerują, że u adolescentów doświadczanie radości koreluje istotnie statystycznie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) z: poczuciem siły, poczuciem wytrwałości, poczuciem kompetencji osobistych, tzn. wraz z nasileniem radości wzrasta poczucie siły, poczucie wytrwałości i poczucie kompetencji osobistych (i odwrotnie), co może chronić przed depresją (Ryś, Mausch, Baranowska, 2023).

1.2. Depresja a poczucie własnej skuteczności

Poczucie własnej skuteczności oznacza przekonanie, że posiada się możliwości skutecznego poradzenia sobie z trudnościami. W teorii poznawczo-społecznej Alberta Bandury sugeruje się dwukierunkowy związek między poczuciem własnej skuteczności a depresją, tzn. brak poczucia własnej skuteczności może prowadzić do pojawienia się symptomów depresji poprzez rozbieżność pomiędzy aspiracjami a postrzeganymi

umiejętnościami. Nastolatkom pragną osiągnąć postawione sobie cele, nierzadko nierealistyczne, jednak brakuje im do tego odpowiednich kompetencji. Z tego powodu mogą być mniej skłonni do podejmowania różnych działań, co negatywnie wpływa na ich samopoczucie i zwiększa ryzyko zachorowania na zaburzenia depresyjne. W etiologii depresji dużą rolę odgrywa wiara młodych ludzi w to, że nie są w stanie stworzyć satysfakcjonujących relacji z innymi oraz kontrolować natrętnych myśli (Bandura, 2007).

Stanowisko to potwierdzają badania. Jak wynika z dociekań empirycznych Petera Murisa, Cor Meesters, Anny Pierik i Bo De Kock (2016) silne poczucie własnej skuteczności zmniejsza podatność na stres, lęk oraz depresję u nastolatków. Szczególnie ważnym czynnikiem chroniącym przed wystąpieniem lęku i depresji u dzieci i młodzieży są silne przekonania o własnej skuteczności w funkcjonowaniu społecznym, emocjonalnym oraz osiągnięciach w nauce. Również dociekania empiryczne Daiane Nunes i Andre Faro (2021) pokazały, że obniżony poziom poczucia własnej skuteczności wiązał się z wyższym poziomem objawów depresyjnych u adolescentów w wieku 14-19 lat.

1.3. Depresja a strategie radzenia sobie

Z badań wynika, że osoby doświadczające pozytywnego afektu potrafią lepiej wykorzystać swój potencjał poznawczy w zakresie pamięci, podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów i potrafią lepiej rozpoznawać aspekty sytuacji. Niższemu poziomowi pozytywnych emocji towarzyszą strategie radzenia sobie skoncentrowane na negatywnych emocjach i wycofaniu psychicznym (Morales-Rodríguez, 2021). Młodzi ludzie z rozpoznaną depresją częściej stosują mniej adaptacyjne strategie regulacji emocji oraz doświadczają większych trudności w nauce, w rezultacie czego ich poczucie własnej skuteczności zmniejsza się, co potwierdzają też wyniki badania w grupie 1341 holenderskich uczniów, których średni wiek wynosił ok. 14 lat (Taka, Brunwasser, Litchwark-Aschoff, Engels, 2017). Młodzież z niższym poziomem depresji wykorzystuje aktywne strategie radzenia sobie (Türk, Kul, Kılınc, 2021), a brak zaangażowania

behawioralnego, polegający na rezygnacji z próby poradzenia sobie z sytuacją, jest czynnikiem ryzyka i objawem depresji u nastolatków (Kaminsky, Robertson, Dewey, 2006).

Stosowanie przez młodzież strategii, które koncentrują się na źródle stresu, pełni funkcję prewencyjną w stosunku do występowania symptomów depresji. Preferowanie z kolei strategii polegających na regulacji emocji lub na odrywaniu się od problemu wiąże się z wyższymi współczynnikami depresji. Wyniki badań przeprowadzonych wśród polskich nastolatków (w wieku 11–18 lat) w 2019 i 2020 z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi sugerują, że im większe nasilenie objawów depresji tym większa tendencja do emocjonalnego radzenia sobie (Lelek, Mostowik, Kwapniewska, Adamczyk-Banach, 2021). Także rezultaty badań w grupie nastolatków w wieku 13-17 lat ukazują pozytywną korelację strategii skoncentrowanych na emocjach (np. obwinianie siebie) z depresją i myślami samobójczymi (Horwitz i in., 2010).

1.4. Depresja a samotność

Jedna z hipotez, często spotykana w literaturze przedmiotu, głosi, że osoby doświadczające silnej samotności mają problemy z interakcjami interpersonalnymi oraz niezaspokojone potrzeby emocjonalne, co z kolei powoduje u nich depresję (Erzen, Cikrikci, 2018). Warto tu wskazać na dwukierunkowy związek między samotnością a depresją, ponieważ osoby chore na depresję często same izolują się od społeczeństwa, generując tym samym odczuwanie przez siebie samotności. W piśmiennictwie psychologicznym podkreśla się, że samotność stanowi względnie trwałą właściwość okresu adolescencji, często pojawiającą się nagle i nie mającą konkretnej przyczyny. Jest ona w tym przypadku doświadczeniem subiektywnym, osobistym, wewnętrzną samotnością psychiczną i ma związek przede wszystkim z odczuwanym brakiem więzi z innymi, z wyobcowaniem, brakiem partnera (Wrótniak, 2018). Samotność u adolescentów jest dodatnio skorelowana z negatywnymi emocjami i ujemnie z pozytywnymi emocjami (Twenge, Haidt, Blake, McAllister, Lemon i in., 2021). W literaturze przedmiotu sugeruje się, że samotność sprawia, że

osoby postrzegają swoje interakcje społeczne jako bardziej negatywne i mniej satysfakcjonujące, co może wywoływać negatywne emocje (smutek, złość, strach), a utrzymywanie się ich przez dłuższy czas może prowadzić do zaburzeń zdrowia psychicznego (Hutten, Jongen, Verboon, Bos, Smeekens i in., 2021).

Powyższe stwierdzenia potwierdzają prowadzone na świecie dociekania empiryczne. W badaniach Kubry Kayaoğlu i Mehmeta Başıllara (2022) stwierdzono statystycznie dodatnią wysoką korelację między całkowitymi średnimi wynikami depresji a całkowitymi średnimi wynikami samotności młodzieży w wieku od 10 do 19 lat ($p < 0,05$). Wraz ze wzrostem poziomu samotności wśród nastolatków wzrastał ich poziom depresji. Do podobnych wniosków doszła też Maria Oleś (2006). Rezultaty przeprowadzonych przez nią badań wśród uczniów w wieku 11-13 lat wskazują, że dzieci o wysokim poczuciu osamotnienia charakteryzuje, oprócz napięcia nerwowego, predyspozycji do obwiniania siebie i niskiej samooceny, także większa skłonność do depresji. Ponadto wykazują one obniżony nastrój i pesymistyczne nastawienie do przyszłości.

1.5. Depresja a płeć i wiek

Wyniki badań pokazują, że na depresję cierpi około 2 razy więcej dziewczynek niż chłopców, a istotną rolę w tej dysproporcji odgrywają czynniki hormonalne, genetyczne i psychospołeczne. Wskazują także na różnicowanie symptomów depresji u obu płci. U dziewcząt częściej widoczne są objawy internalizacyjne, takie jak obniżony nastrój czy ciągły płacz, u chłopców natomiast częściej pojawiają się symptomy eksternalizacyjne, a więc np. trudności z koncentracją uwagi i agresywność (Baptista, Borges, Serpa, 2017).

Z danych prezentowanych przez WHO (2021) wynika, że depresja i lęk częściej występują u dzieci w wieku 15-19 lat (4,6%) niż u 10-14-latków (3,6%). Metaanaliza epidemii depresji i lęku u dzieci i młodzieży w czasie pandemii przeprowadzona przez Maggu Gaurava, Suprakasha Chaudhury'ego, Vinodę Vermę i Vishala Vindla (2023) sugeruje, że wiek jest istotnym moderatorem depresji, wraz z wiekiem wzrasta w sposób istotny statystycznie nasilenie jej objawów, w tym głównie lęku.

2. Metodologia badań

Celem prezentowanych badań jest wykrycie i scharakteryzowanie profili badanych adolescentów w zakresie wybranych cech psychospołecznych w kontekście depresji oraz dokonanie porównań ukazujących podobieństwa i różnice między nimi.

W prezentowanych badaniach charakterystyki skupisk uwzględniają dane dotyczące: występowania objawów depresyjnych, nastroju (ogólny i sytuacyjny), emocji podstawowych, samotności, poczucie własnej skuteczności, radzenia sobie ze stresem, płci i wieku. Biorąc pod uwagę wymienione cechy, zmierza się do ustalenia powiązań między nimi, co pozwala na wykreślenie w ich obrębie skupisk najbardziej zbliżonych do siebie osób. Osoby wchodzące w skład wykreślonego skupienia (klastra, grupy) są podobne do siebie w zakresie nasilenia badanych cech, co pozwala na dokonanie charakterystyki ujawnionych profili. Profile te ukazują kombinację analizowanych cech, strukturę badanych osób (liczbę i zakres profili).

Sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Jakie profile adolescentów występują przy uwzględnieniu cech: objawy depresyjne, nastrój (ogólny i dyspozycyjny), emocje podstawowe, samotność, poczucie własnej skuteczności, radzenie sobie ze stresem, płeć, wiek?
2. Jakie podobieństwa i różnice występują w charakterystykach wyodrębnionych profili badanych osób?

Badania przeprowadzono w listopadzie 2022 roku drogą kontaktu bezpośredniego metodą typu „papier – ołówek”. W badaniach wzięło udział 168 uczniów klas IV – VIII szkoły podstawowej w wieku od 11 do 16 lat ($M = 12,5$), spośród których ok. 53% to dziewczęta, 42% chłopcy, 5% nie udzieliło odpowiedzi. W badaniach wykorzystano 5 narzędzi scharakteryzowanych poniżej.

Kwestionariusz do Diagnozy Depresji u Dzieci CDI 2 – Maria Kovacs. Adaptacja polska PTPE. Wrocławska-Warchała, R. Wujcik, Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Zestaw kwestionariuszy CDI 2 to komplet narzędzi diagnostycznych, które zapewniają wszechstronną ocenę symptomów depresji u dzieci i młodzieży w wieku od 7 do 17 lat. Komplet obejmuje pełną i skróconą wersję kwestionariusza samoopisu, wersję dla rodziców i wersję dla nauczycieli. CDI 2 ma pomóc w identyfikacji dzieci i adolescentów cierpiących z powodu objawów depresyjnych. Kwestionariusz może być także pomocny we wczesnej identyfikacji dzieci i adolescentów podatnych na depresję, a także służyć do monitorowania efektów leczenia. Wysokie wyniki mogą wskazywać na to, że dziecko cierpi na depresję kliniczną. Ostateczna diagnoza depresji jest jednak oparta na historii klinicznej, wcześniejszym i obecnym sposobie funkcjonowania.

Zestaw CDI 2 składa się z czterech niezależnych kwestionariuszy. Dwa z nich przeznaczone są do samodzielnego wypełnienia przez dziecko: wersja do samoopisu (CDI2:S) oraz skrócona wersja do samoopisu (CDI 2:S/S). W prezentowanych badaniach zastosowano wersję skróconą samoopisu (czas badania ok. 5 minut). Wersja do samoopisu może być wykorzystana w badaniach indywidualnych lub grupowych. Badani wypełniali kwestionariusze w grupach.

Zestawy kwestionariuszy CDI 2 mają zgodne z standardami – właściwości psychometryczne. Próba normalizacyjna wersji samoopisowych w badaniach polskich, w latach 2013-2014, objęła 1010 dzieci w wieku 7-18 lat. Rzetelność kwestionariuszy CDI 2 mierzona za pomocą współczynnika alfa Cronbacha jest wysoka i wynosi 0,84. Wyniki przeprowadzonych badań psychometrycznych wskazują także na wysoką trafność pomiaru depresji za pomocą kwestionariuszy CDI 2.

Skala Kompetencji Osobistej – KompOs Zygryda Juczyńskiego. Składa się z dwóch podskal, z których każda zawiera sześć stwierdzeń, sformułowanych w połowie pozytywnie i w połowie negatywnie. Skala mierzy uogólnione poczucie własnej skuteczności oraz dwa jego elementy, tj. przekonania dotyczące dysponowania siłą, konieczną do zainicjowania działania oraz związane z wytrwałością, niezbędną do kontynuowania działania. Skala KompOs znajduje zastosowanie w badaniu dzieci i młodzieży, zdrowych i chorych. Wyodrębnione w skali dwa czynniki, tj.

siła i wytrwałość, odzwierciedlają najważniejsze aspekty pomiaru poczucia własnej kompetencji. Poczucie kompetencji koncentruje się na podmiotowej pewności co do pokonania trudności i przeciwności sytuacyjnych i osiągnięcia zamierzonego celu. Badania można prowadzić indywidualnie i grupowo zgodnie z ogólnymi zasadami. Badanie trwa przeciętnie około 10 minut. Zgodność wewnętrzna KompOs, oceniania przy pomocy alfa Cronbacha, wynosi dla całej skali 0,72.

Skala Jak Sobie Radzisz? – JSR. Służy do badania problematyki stresu i radzenia sobie z nim u dzieci i młodzieży. Została przygotowana przez Zygryfda Juczyńskiego i Ninę Ogińską-Bulik. Teoretyczna podbudowa skonstruowanej skali *Jak Sobie Radzisz?* – JSR nawiązuje do paradygmatu badań R. Lazarusa i S. Folkmana. Skala ujmuje zarówno *dyspozycyjne*, jak i *sytuacyjne sposoby radzenia sobie* z sytuacją stresową. Pierwsze wyraża charakterystyczny dla jednostki repertuar strategii czy sposobów radzenia sobie ze stresem. Badany ustosunkowuje się do standardowej sytuacji dotyczącej przyjęcia imieninowego urządzanego przez kolegę/koleżankę, na które zaproszeni zostali wszyscy poza samym badanym. Drugie ujmuje strategie wykorzystywane w konkretnej, doświadczanej na przestrzeni minionego roku sytuacji stresowej przez badanego. W skład każdej części wchodzi dziewięć stwierdzeń sformułowanych w czasie teraźniejszym w odniesieniu do podanej sytuacji, zaś w czasie przeszłym do tej wymienionej przez badanego. Odpowiedzi udziela się w skali pięciostopniowej. Czas badania zwykle nie przekracza 10 minut. Skala mierzy trzy strategie: *Aktywne Radzenie Sobie*, *Koncentrację na Emocjach* oraz *Poszukiwanie Wsparcia Społecznego*.

Rzetelność testu jest dobra, współczynnik alfa Cronbacha wynosi 0,86. Stwierdzono wysoką trafność skali, analiza składowych skal nie ujawniła znaczących różnic w strukturze czynnikowej. Badania normalizacyjne przeprowadzono na losowej próbie (dobór warstwowy) 919 dzieci i młodzieży.

Skala samotności De Jong Gierveld (DJGLS). Może być ona wykorzystywana zarówno w diagnozie indywidualnej, jak i badaniach naukowych do pomiaru poczucia samotności. Autorami adaptacji są Paweł

Grygiel, Grzegorz Humenny, Sławomir Rębisz, Piotr Świtaj, Justyna Sikorska. Narzędzie składa się z 11 twierdzeń i jest częściowo zbalansowane, 6 itemów zawiera zdania negatywnie sformułowane, opisujące brak satysfakcji z kontaktów społecznych, a pozostałe 5 – pozytywnie sformułowanych – mierzy satysfakcję związaną z relacjami interpersonalnymi. Osoba badana proszona jest o wskazanie, w jakim stopniu twierdzenia wyrażają jej obecną sytuację i odczucia. Odpowiedzi udzielać można na skali 5-stopniowej: od „zdecydowanie tak” do „zdecydowanie nie”. Wskaźnik poczucia samotności oblicza się rekodując 6 itemów „negatywnych” (tj. twierdzenia nr 2, 3, 5, 6, 9 oraz 10), następnie zaś sumując wszystkie pozycje testowe.

Polska adaptacja skali DJGLS wykazuje wysoki poziom rzetelności oraz homogeniczności. Współczynnik wewnętrznej stabilności alfa Cronbacha skali jest wysoki ($\alpha = 0,89$), podobnie jak wartość średniej korelacji międzypozycyjnej ($r = 0,42$) oraz współczynnik homogeniczności H Loevingera ($H = 0,47$). Skala ma duży poziom trafności, jest zasadniczo jednowymiarowa i mierzy przede wszystkim zgeneralizowane poczucie samotności. Skala służy do badania młodzieży i dorosłych, indywidualnie lub grupowe, czas badania: ok. 5 minut.

Skale do Pomiaru Nastroju i Szczęścia Emocji Bogdana Wojciszke i Wiesława Baryły składające się z czterech narzędzi: Skali Nastroju Ogólnego, Skali Nastroju Pozytywnego, Skali Nastroju Negatywnego oraz Kwestionariusza Emocji. Skala Nastroju Ogólnego jest złożona z twierdzeń sformułowanych w taki sposób, by wyrażały ogólny nastrój pozytywny lub negatywny, choć nie specyficzne emocje. Składa się z 10 twierdzeń (5, w których odpowiedź twierdząca wskazuje na pozytywny nastrój i 5 z kluczem odwrotnym). Wypełniający skalę badani wskazują na pięciostopniowych skalach szacunkowych, jak dalece zgadzają się lub nie z każdym z tych twierdzeń. Wynikiem ogólnym skali jest średnia ocen z poszczególnych skal szacunkowych (tak więc wynik może się zmieniać w przedziale od 1 do 5).

Zadaniem osób wypełniających Skalę Nastroju Pozytywnego i Skalę Nastroju Negatywnego jest zaznaczenie wszystkich tych określeń, które trafnie wyrażają ich nastrój (bieżący albo za jakiś niedługi

okres czasu). Wynik ogólny stanowi liczba zaznaczonych określeń (każde zaznaczenie punktowane jest jako 1; tak więc wyniki skali nastroju zarówno pozytywnego, jak i negatywnego zawierają się w przedziale od 0 do 10).

Kwestionariusz Emocji składa się z 24 przymiotników oznaczających nazwy dyskretnych emocji, po cztery na każdą z sześciu emocji głównych (radość, miłość, strach, gniew, poczucie winy i smutek). Skala ta służy do mierzenia natężenia doświadczania wymienionych emocji. Zadaniem osób wypełniających tę skalę jest wskazanie na siedmiostopniowej skali szacunkowej od 1 (nigdy) do 7 (zawsze), jak często przeżywali każdą z emocji w okresie czasu wskazanym w instrukcji. Wyniki dla każdej z sześciu emocji głównych są średnią czterech składających na nią emocji szczegółowych, zawierają się więc w przedziale od 1 do 7.

Zaprezentowane skale charakteryzują się wysoką rzetelnością, wiarygodnością, trafnością teoretyczną i różnicową oraz wrażliwością na oddziaływanie sytuacyjne, dzięki czemu mogą służyć jako wskaźniki zmiennych pośredniczących i zależnych.

Autorzy badań przestrzegali wszelkich wytycznych, prawnych i etycznych jak: uzyskanie zgody na badanie, zapewnienie poufności wyników, wyjaśnienie celu badań.

Do obliczeń statystycznych zastosowano metodę analizy skupień. Analizę skupień wykonano metodą hierarchiczną (*AHC – agglomerative hierarchical clustering*). Metoda aglomeracyjnego grupowania hierarchicznego jest uznawana za najbardziej uniwersalną, odporną na tzw. obserwacje odstające oraz niewymagającą a priori ustalenia liczby poszukiwanych skupień. Inne powszechnie stosowane metody, jak metoda k-średnich czy metoda grupowania wokół medoidów (*PAM – Partitioning Around Medoids*) nie mają tych, pożądaných cech. W obliczeniach zastosowano standardowe parametry tej metody, tj. odległość euklidesową i połączenie Warda. Przed analizą wystandaryzowano brane pod uwagę zmienne, tak aby każda z nich miała taką samą wagę w procesie wyszukiwania skupień. Normalność rozkładu zmiennych badano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Porównanie grup wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa, a w przypadku wykrycia istotnych

statystycznie różnic wykonywano analizę *post-hoc* testem Dunna, w celu zidentyfikowania różniących się istotnie statystycznie grup. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05, tzn., że wszystkie wartości poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach. Analizę wykonano w programie R, wersja 3.5.0 (R Core Team, 2022).

3. Wyniki

Wyniki badań sugerują podział badanych adolescentów na cztery klastry traktowane jako profile (Rysunek 1.).

Profil 1.

Adolescenci o niskim (rozwojowym) poziomie objawów depresyjnych,

pozytywnym obrazie cech psychospołecznych, z przewagą badanych chłopców

Badani wchodzący w skład 1 skupienia (52%) to osoby charakteryzujące się:

- rozwojowym poziomem objawów depresyjnych (poziomy niski i przeciętny) (52%);
- wysokim natężeniem poczucia własnej skuteczności;
- wysokim natężeniu poczucia siły;
- wysokim natężeniu poczucia wytrwałości;
- radzeniem sobie dyspozycyjnym charakteryzującym się występowaniem aktywnego radzenia sobie (czasami), bardzo rzadko koncentracją na emocjach, rzadko poszukiwaniem wsparcia społecznego);
- radzeniem sobie sytuacyjnym charakteryzującym się trudnym do określenia stylem („ani występuje, ani nie występuje”);
- umiarkowanym natężeniem samotności;
- niskim natężeniem samotności emocjonalnej;
- niskim natężeniem samotności społecznej;
- raczej ogólnym pozytywnym nastrojem;
- raczej brakiem ogólnego nastroju negatywnego;
- raczej pozytywnym nastrojem;
- raczej brakiem negatywnego nastroju;
- częstym doświadczaniem radości;
- czasem doświadczaną miłością;

- bardzo rzadko doświadczanym strachem;
- rzadko doświadczanym gniewem;
- bardzo rzadko doświadczanym poczuciem winy;
- bardzo rzadko doświadczanym smutkiem;
- przewagą chłopców (ok. 60%).

Profil 2.

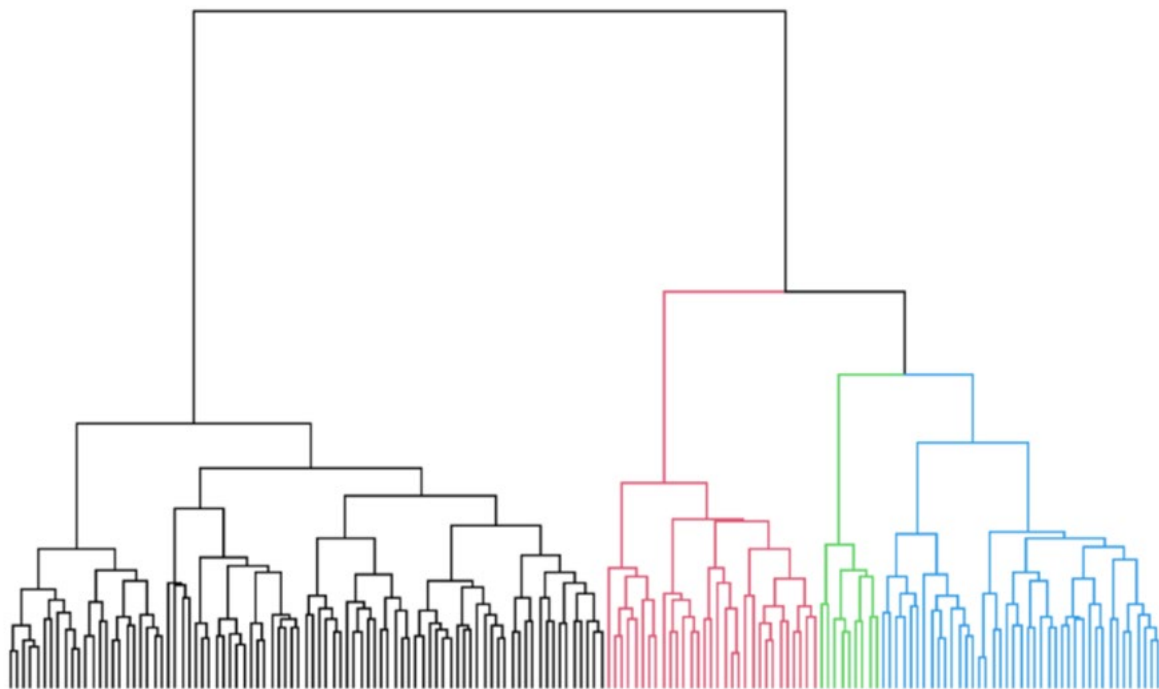
Adolescenci o bardzo wysokim poziomie objawów depresyjnych,

negatywnych czynnikach w obrazie cech psychospołecznych, ze zdecydowaną przewagą badanych dziewcząt

Badani wchodzący w skład 2 skupienia (18%) to osoby charakteryzujące się:

- bardzo wysokim poziomem depresji (18%);
- niskim natężeniem poczucia własnej skuteczności;
- niskim natężeniu poczucia siły;
- niskim natężeniu poczucia wytrwałości;
- radzeniem sobie dyspozycyjnym charakteryzującym się rzadkim występowaniem aktywnego radzenia sobie, czasem koncentracją na emocjach, czasem poszukiwaniem wsparcia społecznego;

- radzeniem sobie sytuacyjnym charakteryzującym się trudnym do określenia („ani występuje, ani nie występuje”) aktywnym radzeniem sobie, występowaniem koncentracji na emocjach, brakiem występowania poszukiwania wsparcia społecznego;
- znacznym natężeniem samotności;
- wysokim natężeniem samotności emocjonalnej;
- przeciętnym natężeniem samotności społecznej;
- raczej nie występowaniem ogólnego pozytywnego nastroju;
- raczej występowaniem ogólnego negatywnego nastroju;
- nie występowaniem pozytywnego nastroju;
- występowaniem negatywnego nastroju;
- czasem doświadczaniem radości;
- czasem doświadczaną miłością;
- często doświadczanym strachem;
- często doświadczanym gniewem;
- często doświadczanym poczuciem winy;
- często doświadczanym smutkiem;
- przewagą dziewcząt (ok. 94%).



Rysunek 1. Struktura uzyskanych skupień

Tabela 1. Statystyki opisowe skupień

Badane zmienne	Grupa				p	
	A (N = 87)	B (N = 31)	C (N = 9)	D (N = 41)		
CDI2	Średnia (SD)	4,22 (2,88)	14,16 (3,77)	8,11 (4,14)	8,8 (2,97)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	4 (2-6)	14 (11-16,5)	8 (6-11)	9 (7-10)	
	Zakres	0-14	7-22	1-15	2-16	
	Braki danych	0	0	0	0	
KompOs: Poczucie siły	Średnia (SD)	17,66 (3,02)	12,9 (3,23)	14,11 (3,92)	16,76 (3,11)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	18 (16-20)	12 (10,5-15)	13 (12-18)	17 (15-19)	
	Zakres	9-24	8-20	8-20	10-22	
	Braki danych	0	0	0	0	
KompOs: Poczucie wytrwałości	Średnia (SD)	17,4 (2,88)	14,65 (3,27)	14,09 (3,74)	17,32 (3,39)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	18 (15-19)	14 (14-17)	14 (11-16)	17 (15-20)	
	Zakres	10-24	6-21	8-20	9-24	
	Braki danych	0	0	0	0	
KompOs: Poczucie własnej kompetencji	Średnia (SD)	35,06 (4,12)	27,55 (5,37)	28,2 (3,75)	34,07 (4,96)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	36 (32-38)	27 (25-31,5)	27 (26-31)	34 (30-37)	
	Zakres	24-44	16-37	23-35	23-46	
	Braki danych	0	0	0	0	
JSR: Aktywne radzenie sobie - dyspozycyjne	Średnia (SD)	1,68 (0,96)	1,44 (0,89)	0,96 (1,16)	1,95 (1,11)	p = 0,029 *
	Mediana (kwartyle)	1,67 (1-2,33)	1,33 (0,67-2)	0,67 (0-1,33)	2 (1,33-2,67)	
	Zakres	0-3,67	0-3,67	0-3,33	0-4	
	Braki danych	0	0	0	0	
JSR: Koncentracja na emocjach - dyspozycyjne	Średnia (SD)	0,84 (0,8)	2,42 (1,45)	0,67 (0,78)	1,92 (1,06)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	0,67 (0,17-1,33)	2,67 (1,5-3,67)	0,33 (0-1)	2 (1-2,67)	
	Zakres	0-2,67	0-4	0-2	0-4	
	Braki danych	0	0	0	0	
JSR: Poszukiwanie wsparcia społecznego - dyspozycyjne	Średnia (SD)	1,29 (0,97)	1,72 (1,02)	0,26 (0,52)	1,78 (0,91)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	1 (0,67-1,67)	1,33 (1,17-2,33)	0 (0-0)	1,67 (1-2,33)	
	Zakres	0-4	0-4	0-1,33	0-4	
	Braki danych	0	0	0	0	
JSR: Aktywne radzenie sobie - sytuacyjne	Średnia (SD)	2,37 (0,86)	2,1 (0,85)	1,33 (0,94)	2,67 (0,73)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	2,67 (2-3)	2,33 (1,67-2,67)	1,33 (1-2)	3 (2,33-3)	
	Zakres	0-4	0-3,67	0-2,67	1-4	
	Braki danych	0	0	0	0	
JSR: Koncentracja na emocjach - sytuacyjne	Średnia (SD)	1,79 (0,89)	3,13 (0,74)	1,04 (0,59)	2,36 (0,9)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	1,67 (1-2,5)	3,33 (2,83-3,83)	1 (0,67-1,33)	2,33 (1,67-3)	
	Zakres	0-3,33	1,33-4	0-2	0,33-4	
	Braki danych	0	0	0	0	
JSR: Poszukiwanie wsparcia społecznego - sytuacyjne	Średnia (SD)	1,67 (0,79)	1,44 (1,09)	0,44 (0,73)	1,98 (0,85)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	1,67 (1-2,33)	1,33 (0,5-2)	0 (0-1)	2 (1,33-2,67)	
	Zakres	0-3,33	0-4	0-2	0,67-4	
	Braki danych	0	0	0	0	

Profile depresji u adolescentów w kontekście objawów depresyjnych...

Badane zmienne	Grupa				p	
	A (N = 87)	B (N = 31)	C (N = 9)	D (N = 41)		
DJGLS: Samotność	Średnia (SD)	2,87 (2,55)	8,68 (2,4)	7,89 (2,09)	6,93 (3,04)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	2 (1-4,5)	9 (7-11)	7 (7-9)	7 (5-9)	
	Zakres	0-11	2-11	5-11	0-11	
	Braki danych	0	0	0	0	
DJGLS: Samotność emocjonalna	Średnia (SD)	1,48 (1,44)	5,06 (1,06)	3,44 (1,81)	3,93 (1,72)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	1 (0-2,5)	5 (4-6)	4 (2-4)	4 (3-5)	
	Zakres	0-6	2-6	1-6	0-6	
	Braki danych	0	0	0	0	
DJGLS: Samotność społeczna	Średnia (SD)	1,39 (1,48)	3,61 (1,69)	4,44 (1,33)	3 (1,75)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	1 (0-2)	4 (3-5)	5 (5-5)	3 (2-4)	
	Zakres	0-5	0-5	1-5	0-5	
	Braki danych	0	0	0	0	
Ogólny nastrój pozytywny	Średnia (SD)	3,96 (0,76)	2,24 (0,72)	2,51 (1,01)	3,14 (0,89)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	4,2 (3,6-4,4)	2,2 (1,8-2,7)	2,6 (2,2-3)	3,2 (2,4-3,6)	
	Zakres	1,6-5	1-4,2	1-4	1,4-5	
	Braki danych	0	0	0	0	
Ogólny nastrój negatywny	Średnia (SD)	1,74 (0,74)	3,64 (0,69)	2,11 (1,06)	2,6 (0,72)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	1,6 (1,2-2,1)	3,6 (3,2-4,1)	2 (1,2-2,4)	2,8 (2-3,2)	
	Zakres	1-4,2	2,2-5	1-4,4	1-4	
	Braki danych	0	0	0	0	
Nastrój pozytywny	Średnia (SD)	4,55 (2,36)	1,35 (1,38)	2,56 (2,13)	2,49 (2,09)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	4 (3-6)	1 (0-2)	2 (1-3)	2 (1-4)	
	Zakres	0-10	0-5	0-6	0-7	
	Braki danych	0	0	0	0	
Nastrój negatywny	Średnia (SD)	1,56 (1,64)	5,42 (2,32)	1,56 (1,88)	3,59 (2,1)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	1 (0-3)	6 (4-7)	1 (0-2)	3 (2-5)	
	Zakres	0-7	0-9	0-6	0-9	
	Braki danych	0	0	0	0	
Kw. Emocji: Radość	Średnia (SD)	5,38 (1,02)	3,52 (1,2)	3,44 (1,1)	4,41 (0,82)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	5,75 (4,75-6)	3,25 (2,75-4,25)	3,25 (2,75-4,5)	4,5 (4-5)	
	Zakres	2-7	1,25-6	1,75-5	2,75-6,25	
	Braki danych	0	0	0	0	
Kw. Emocji: Miłość	Średnia (SD)	3,64 (1,24)	3,9 (1,13)	1,64 (0,64)	4,01 (0,86)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	3,75 (2,75-4,5)	4 (3-4,75)	1,5 (1-2,25)	3,75 (3,25-4,5)	
	Zakres	1-7	1,5-6	1-2,5	2,75-6	
	Braki danych	0	0	0	0	
Kw. Emocji: Strach	Średnia (SD)	2,43 (0,79)	5,02 (1,17)	1,89 (0,65)	3,65 (1,23)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	2,5 (1,75-3)	4,75 (4,5-5,62)	2 (1,25-2,25)	3,75 (2,75-4,5)	
	Zakres	1-4,25	2,25-7	1-3	1,25-7	
	Braki danych	0	0	0	0	
Kw. Emocji: Gniew	Średnia (SD)	2,86 (1,2)	5,23 (1,2)	3,08 (1,61)	3,74 (1,11)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	2,75 (2-3,5)	5,25 (4,5-6,25)	2,5 (2-3,75)	3,75 (3-4,5)	
	Zakres	1-7	2,5-7	1-5,75	1,75-6,25	
	Braki danych	0	0	0	0	

Badane zmienne	Grupa				p	
	A (N = 87)	B (N = 31)	C (N = 9)	D (N = 41)		
Kw. Emocji: Poczucie winy	Średnia (SD)	2,24 (0,84)	5,04 (1,19)	1,56 (0,43)	3,2 (1,06)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	2,25 (1,5-2,75)	4,75 (4,12-5,75)	1,75 (1,25-2)	3,25 (2,5-3,75)	
	Zakres	1-4,5	3,25-7	1-2	1,25-5,25	
	Braki danych	0	0	0	0	
Kw. Emocji: Smutek	Średnia (SD)	2,06 (0,79)	5,46 (1,07)	2,08 (0,94)	3,82 (0,98)	p<0,001 *
	Mediana (kwartyle)	2 (1,5-2,25)	5,5 (4,62-6,25)	1,75 (1,5-2,25)	4 (3,25-4,25)	
	Zakres	1-4,75	3,25-7	1-3,75	2-6,25	
	Braki danych	0	0	0	0	
Płeć	Dziewczęta	33 (37,93%)	28 (90,32%)	2 (22,22%)	27 (65,85%)	p<0,001 *
	Chłopcy	50 (57,47%)	1 (3,23%)	6 (66,67%)	13 (31,71%)	
	Brak odpowiedzi	4 (4,60%)	2 (6,45%)	1 (11,11%)	1 (2,44%)	
Wiek	11 lat	29 (33,33%)	6 (19,35%)	3 (33,33%)	6 (14,63%)	p = 0,272
	12 lat	25 (28,74%)	8 (25,81%)	4 (44,44%)	10 (24,39%)	
	13 lat	20 (22,99%)	10 (32,26%)	1 (11,11%)	13 (31,71%)	
	14-16 lat	13 (14,94%)	7 (22,58%)	1 (11,11%)	12 (29,27%)	

Profil 3

Adoleścenci o przeciętnym poziomie objawów depresyjnych, z dominacją negatywnych czynników w obrazie cech psychospołecznych, ale bez dominacji negatywnego nastroju i doświadczania negatywnych emocji, z przewagą badanych chłopców

Badani wchodzący w skład 3 skupienia (5%) to osoby charakteryzujące się:

- przeciętnym poziomem depresji;
- niskim natężeniem poczucia własnej skuteczności;
- niskim natężeniu poczucia siły;
- niskim natężeniu poczucia wytrwałości;
- radzeniem sobie dyspozycyjnym charakteryzującym się bardzo rzadkim występowaniem aktywnego radzenia sobie, bardzo rzadką koncentracją na emocjach, nigdy nie występującym poszukiwaniem wsparcia społecznego;
- radzeniem sobie sytuacyjnym charakteryzującym się nie występowaniem aktywnego radzenia sobie, nie występowaniem koncentracji na emocjach, zdecydowanie nie występowaniem poszukiwania wsparcia społecznego;
- umiarkowanym natężeniem samotności;
- umiarkowanym natężeniem samotności emocjonalnej;
- wysokim natężeniem samotności społecznej;

- trochę występującym/trochę nie występującym ogólnym pozytywnym nastrojem;
- raczej nie występowaniem ogólnego negatywnego nastroju;
- trochę występującym/trochę nie występującym pozytywnym nastrojem;
- raczej nie występowaniem negatywnego nastroju;
- rzadko doświadczaniem radości;
- bardzo rzadko doświadczaną miłością;
- bardzo rzadko doświadczanym strachem;
- rzadko doświadczanym gniewem;
- bardzo rzadko doświadczanym poczuciem winy;
- bardzo rzadko doświadczanym smutkiem;
- przewagą chłopców (ok. 72%).

Profil 4

Adoleścenci o przeciętnym poziomie objawów depresyjnych,

z przewagą czynników pozytywnych w obrazie cech psychospołecznych, z przewagą badanych dziewcząt

Badani wchodzący w skład 4 skupienia (25%) to osoby charakteryzujące się:

- przeciętnym poziomem depresji;
- wysokim natężeniem poczucia własnej skuteczności;

- wysokim natężeniu poczucia siły;
- wysokim natężeniu poczucia wytrwałości;
- radzeniem sobie dyspozycyjnym charakteryzującym się czasem występowaniem aktywnego radzenia sobie, czasem koncentracją na emocjach, czasem występującym poszukiwaniem wsparcia społecznego;
- radzeniem sobie sytuacyjnym charakteryzującym się występowaniem aktywnego radzenia sobie, „ani tak ani nie” występowaniem koncentracji na emocjach, „ani tak ani nie” występowaniem poszukiwania wsparcia społecznego;
- umiarkowanym natężeniem samotności;
- umiarkowanym natężeniem samotności emocjonalnej;
- umiarkowanym natężeniem samotności społecznej;
- trochę występującym/trochę nie występującym ogólnym pozytywnym nastrojem;
- trochę występującym/trochę nie występującym ogólnym negatywnym nastrojem;
- raczej nie występującym pozytywnym nastrojem;
- raczej występowaniem negatywnego nastroju;
- czasem doświadczaniem radości;
- czasem doświadczaną miłością;
- czasem doświadczanym strachem;
- czasem doświadczanym gniewem;
- rzadko doświadczanym poczuciem winy;
- czasem doświadczanym smutkiem;
- przewagą dziewcząt (ok. 67%).

4. Dyskusja

W wyniku zastosowania analizy skupień wskazano cztery grupy osób charakteryzujących się zbliżonymi cechami w zakresie badanych zmiennych. W oparciu o uzyskane wyniki wyodrębniono, różniące się istotnie statystycznie, cztery typy profili badanych adolescentów, uporządkowane według ich zakresu:

Profil 1 (52%). To osoby o najniższym poziomie objawów depresyjnych (poziom rozwojowy) charakteryzujące się wysokim poczuciem własnej skuteczności, dominacją dyspozycyjnego aktywnego radzenia sobie, trudnym do określenia sytuacyjnym

stylem radzenia sobie, z umiarkowanym poziomem samotności (najniższym w badanej populacji), w tym przeciętnym poziomem samotności emocjonalnej i niskim poziomem samotności społecznej, dominacją ogólnego pozytywnego nastroju i raczej nie występującym ogólnym negatywnym nastrojem, często doświadczające radości, czasem miłość i bardzo rzadko (strach, poczucie winy, smutek) lub rzadko (gniew) tzw. emocji negatywnych, ponadto grupę tę w większości tworzą chłopcy – 60%;

Profil 4 (25%). To osoby o podwyższonym poziomie objawów depresyjnych charakteryzujące się wysokim poczuciem własnej skuteczności, posługujące się wszystkimi badanymi dyspozycyjnymi stylami radzenia sobie, z dominacją sytuacyjnego aktywnego radzenia sobie oraz korzystające z radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach i poszukiwaniu wsparcia społecznego, z umiarkowanym poziomem samotności, w tym przeciętnym poziomem samotności emocjonalnej i przeciętnym poziomem samotności społecznej, z mieszanym ogólnym pozytywnym i negatywnym nastrojem, czasem doświadczające radości, miłości, strachu, gniewu i smutku, rzadko poczucia winy, ponadto grupę tę w większości tworzą dziewczęta – ok. 67%;

Profil 2 (18%). To osoby o bardzo wysokim poziomie objawów depresyjnych charakteryzujące się niskim poczuciem własnej skuteczności, z dominacją dyspozycyjnego i sytuacyjnego radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach i poszukiwaniu wsparcia społecznego, ze znacznym poziomem samotności, w tym z wysokim natężeniem samotności emocjonalnej i przeciętnym poziomem samotności społecznej, z ogólnym negatywnym nastrojem, czasem doświadczające radości, miłość oraz często doświadczające negatywnych emocji, tzn. strachu, gniewu, poczucia winy i smutku, ponadto grupę tę w zdecydowanej większości tworzą dziewczęta – ok. 94%.

Profil 3 (5%). To osoby o podwyższonym poziomie objawów depresyjnych charakteryzujące się niskim poczuciem własnej skuteczności, o braku stylów dyspozycyjnego i sytuacyjnych radzenia sobie, z umiarkowanym poziomem samotności, w tym

z przeciętnym poziomem samotności emocjonalnej i wysokim poziomem samotności społecznej, z przewagą doświadczania ogólnego pozytywnego nastroju, rzadko doświadczające radości i gniewu, bardzo rzadko miłości, strachu, smutku i poczucia winy, ponadto grupę tę w większości tworzą chłopcy – ok. 72%. Charakterystyka tego profilu pozwala jedynie przypuszczać, że respondenci reprezentują depresję maskowaną, jednak nie uwzględnienie w badaniu innych cech tego rodzaju zaburzenia, nie pozwala na przyjęcie jednoznacznego stanowiska w tej kwestii.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się różne stopnie (etapy, poziomy) depresji ze wskazaniem ich typowych charakterystyk. Wyniki prezentowanych badań sugerują występowanie dwóch różnych profili badanych osób (klastry 3 i 4) reprezentujących ten sam – podwyższony poziom objawów depresyjnych. Osoby wchodzące do tych klastrów są podobne także w zakresie części zmiennych psychospołecznych: samotności, ogólnego pozytywnego nastroju, ogólnego nastroju negatywnego. Istotne statystyczne różnice między tymi profilami dotyczą: a) cech psychospołecznych: poczucie własnej skuteczności (w grupie 3 – niskie, w grupie 4 – wysokie), dyspozycyjne aktywne radzenie sobie (w grupie 3 – bardzo rzadkie, w grupie 4 – czasem występujące), dyspozycyjna koncentracja na emocjach (w grupie 3 – bardzo rzadko, w grupie 4 – czasem stosowane), dyspozycyjne poszukiwania wsparcia społecznego (w grupie 3 – nigdy, w grupie 4 – czasem), sytuacyjne aktywne radzenie sobie (w grupie 3 – nigdy, w grupie 4 – występuje), b) płci.

W badaniach własnych nie stwierdzono istotnego statystycznie związku między objawami depresji i badanymi cechami psychospołecznymi a wiekiem badanych.

Uzyskane wyniki mogą sugerować występowanie różnych profili charakteryzujących się umiarkowanym poziomem depresji, jednak bez typowego dla depresji obniżonego nastroju i dominacji doświadczania negatywnych emocji, jak strach, gniew, smutek, poczucie winy, co potwierdza stanowisko mówiące o heterogeniczności depresji oraz konieczności uwzględniania tej wiedzy w procesie diagnozowania, wspomaganiania i terapii. Ustalenia te mogą mieć szczególne znaczenie

dla wzmocnienia świadomości społecznej na temat różnorodności obrazów depresji u dzieci i młodzieży oraz wcześniejszego objęcia leczeniem osób z tego typu objawami (Loades, St Clair, Orchard, Goodyer, Reynolds, 2022).

Podsumowanie

Kryzys zdrowia psychicznego adolescentów ujawniający się m.in. pod postacią objawów depresyjnych stanowi przedmiot zainteresowania naukowców oraz wzbudza niepokój społeczny w wymiarze globalnym. Przedstawione rezultaty badawcze potwierdzają doniesienia z innych badań opublikowane w literaturze światowej sugerujące wysoki zakres depresji, związki czynników psychospołecznych z depresją oraz dominację objawów depresyjnych u dziewcząt, w porównaniu z chłopcami. W kontekście uzyskanych wyników należy podkreślić, że dobrostan adolescentów wiąże się przede wszystkim z doświadczaniem pozytywnego nastroju oraz radości, wysokim poczuciem własnej skuteczności i aktywnym radzeniem sobie ze stresem. Zaprezentowane wyniki potwierdzają słuszność stanowiska, które mówi o konieczności zintensyfikowania i dopasowania do płci działań interwencyjnych w szkołach skierowanych do dzieci i młodzieży w celu wzmocnienia ich zasobów osobistych (Adedeji, Otto, Kaman, Reiss, Devine i in., 2022; Essau, Torre-Luque, Lewinsohn, Rohde, 2020; Jull, Hjemdal, Aune, 2021). Szczególnie należy w trakcie tych czynności zwrócić uwagę na wzmocnienie motywacji wewnętrznej w zakresie poczucia sprawstwa, aktywnego radzenia sobie, indukowania emocji radości oraz dbanie o budowanie więzi społecznych (Cao, Zhu, Li, Zhang, Ding i in., 2022). Przedstawiane w literaturze naukowej wyniki sugerują, że efekty interwencji wieloskładnikowych opartych na psychologii pozytywnej korzystnie oddziałują na dobrostan uczniów oraz łagodzą objawy depresyjne, co manifestuje się m. in. elastycznością myślenia, pozytywnymi emocjami, współczuciem wobec siebie, świadomością swoich mocnych stron, satysfakcjonującymi relacjami z innymi (Hongell-Ekholm, Londen, Fagerlund, 2024).

Bibliografia

- Adedeji, A., Otto, Ch., Kaman, A., Reiss, F., Devine, J., Ravens-Sieberer, U. (2021). Peer Relationships and Depressive Symptoms Among Adolescents: Results From the German BELLA Study. *Frontiers in Psychology, 12*, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.767922>
- Bandura, A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Baptista, M.N., Borges, L., Serpa, A.L.O. (2017). Gender and age-related differences in depressive symptoms among Brazilian children and adolescents. *Paidéia (Ribeirão Preto), 27*(68), 290-297. <https://doi.org/10.1590/1982-43272768201706>
- Barr-Zisowitz, C. (2005). „Smutek” – czy istnieje takie zjawisko? (W:) M. Lewis, J.M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji*, 761-779. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Burnett, D. (2020). *Psycho-logika. Skąd biorą się problemy ze zdrowiem psychicznym i jak je zrozumieć*. Kraków: Inisignis.
- Cao, S., Zhu, Y., Li, P., Zhang, W., Ding, C., Yang, D. (2022). Age Difference in Roles of Perceived Social Support and Psychological Capital on Mental Health During COVID-19. *Frontiers in Psychology, 13*, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.801241>
- Erzen, E., Cikrikci, O. (2018). The effect of loneliness on depression: A meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry, 64*(160), 427-433.
- Essau, C.A., Torre-Luque, A., Lewinsohn, P.M., Rohde, P. (2020). Patterns, predictors, and outcome of the trajectories of depressive symptoms from adolescence to adulthood. *Depression and Anxiety, 37*, 565-575. <https://doi.org/10.1002/da.23034>
- Gasiul, H. (2007). *Teorie emocji i motywacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe UKSW.
- Gaurav, M., Vinod, V., Suprakash, C., Vishal, I. (2023). Epidemic of Depression and Anxiety in child and adolescent population during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta analysis of the prevalence of depression and anxiety. *Indian Journal of Psychiatry, 65*(3), 299-309. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_700_21
- Hay, D.F. (2021). *Rozwój emocjonalny od niemowlęstwa do dorastania. Kierunki rozwoju kompetencji emocjonalnych i problemów emocjonalnych*. Warszawa: Diffin.
- Henriksen, A.K., Ulberg, R., Tallberg, B., Løvgren, A., Johnsen Dahl, H.S. (2021). Conflicted Anger as a Central Dynamic in Depression in Adolescents – A Double Case Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*, 1-20. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126466>
- Hollender, A.E., Elsayed, N.M., Vogel, A.C., Tillman, R., Barch, D.M., Luby, J.L., Gilbert, K.E. (2024). Childhood emotion dysregulation mediates the relationship between preschool emotion labeling and adolescent depressive symptoms. *Emotion, 24*(1), 81-92. <https://doi.org/10.1037/emo0001248>
- Hongell-Ekholm, N., Londen, M., Fagerlund, Å. (2024). Supporting adolescents' personal growth and well-being through the Study with Strength intervention. *Cogent Education, 11*(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/2331186X.2023.2298596>
- Horwitz, A., Hill, R., King, Ch. (2010). Specific coping behaviors in relation to adolescent depression and suicidal ideation. *Journal of Adolescence, 34*(5), 1077-1084. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.10.004>
- Hutten, E., Jongen, E.M. M., Verboon, P., Bos, A.E.R., Smeekens, S., Cillessen, A.H. (2021). Trajectories of Loneliness and Psychosocial Functioning. *Journal Frontiers in Psychology, 12*, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.689913>
- Izard, C.E., Ackerman, B.P. (2005). Motywacyjne i regulujące funkcje odrębnych emocji. (W:) M. Lewis, J.M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji*, 327-341. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Jankowicz, S. (2018). Depresja wieku młodzieńczego – etiologia i obraz kliniczny. *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ Nauki Społeczne, 3* (22), 183-190.
- Johnson, M.K. (2020). Joy: a review of the literature and suggestions for future directions. *The Journal of Positive Psychology, 15*, 5-24. <https://doi.org/10.1080/17439760.2019.1685581>
- Juul, E., Hjemdal, O., Aune, T. (2021). Prevalence of depressive symptoms among older children and young adolescents: a longitudinal population-based study. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology, 9*(1), 64-72. <https://doi.org/10.21307/sjcap-2021-008>
- Kaminsky, L., Robertson, M., Dewey, D. (2006). Psychological correlates of depression in children with recurrent abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology, 31*(9), 956-966. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj103>
- Karabab, A. (2020). The relationship between trait anger and loneliness among early adolescents: The moderating role of emotion regulation. *Personality and Individual Differences, 159*, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109856>
- Kayaoğlu, K., Başçillar, M. (2022). Determining the relationship between loneliness and depression in adolescents during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 35*(4), 315-321. <https://doi.org/10.1111/jcap.12384>
- Kępiński, A. (2014). *Melancholia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Lelek, A., Mostowik, J., Kwapniewska, A., Adamczyk-Banach, M. (2021). Jak nastolatki radzą sobie z sytuacjami kryzysowymi? Wstępne doniesienia z badań nastolatków z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi. *Psychotherapia, 4*, 49-63. <https://doi.org/10.12740/PT/146493>
- Loades, M.E., St Clair, M.C., Orchard, F., Goodyer, I., Reynolds, S. (2022). Depression symptom clusters in adolescents: A latent class analysis in a clinical sample. *Psychotherapy Research, 32*(7), 860-873. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2030498>
- Lopez-Serrano, J., Díaz-Bóveda, R., González-Vallespi, L., Santamarina-Pérez, P., Bretones-Rodríguez, A., Calvo, R., Lera-Miguel, S. (2023). Psychological impact during COVID-19 lockdown in children and adolescents with previous mental health disorders. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health, 16* (1), 32-41. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.04.002>
- Madigan, S., Racine, N., Vaillancourt, T., Korczak, D., Hewitt, J., Pador, P., Park, J., McArthur B., Holy, C., Neville, R. (2023). Changes in Depression and Anxiety Among Children and Adolescents From Before to During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatric, 177*(6), 567-581. <https://doi:10.1001/jamapediatrics.2023.0846>
- Marszał-Wiśniewska, M., Fajkowska-Stanik, M. (2005). Temperament, tendencje depresyjne i detekcja sygnałów emocjonalnych. *Czasopismo Psychologiczne, 11*(2), 119-130.
- Mayne, S.L., Hannan, Ch., Davis, M., Young, J.F., Kelly, M.K., Powell, M., Dalembert, G., McPeak, K.E., Jenssen, B.P., Fiks, A. (2023). COVID-19 and Adolescent Depression and Suicide Risk Screening Outcomes. *Pediatrics, 148*(3), 1-11. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-051507>
- Ministerstwo Zdrowia (2018). *Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.

- Morales-Rodríguez, F.M. (2021). Fear, Stress, Resilience and Coping Strategies during COVID-19 in Spanish University Students. *Sustainability* 13(11), 1-19. <https://doi.org/10.3390/su13115824>
- Murawiec, S. (2017). Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza POZ – aspekty praktyczne. *Psychiatria*, 5, 338-343.
- Muris, P., Meesters, C., Pierik, A., De Kock, B. (2016). Good for the Self: Self-Compassion and Other Self-Related Constructs in Relation to Symptoms of Anxiety and Depression in Non-clinical Youths. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 607-617. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0235-2>
- Nunes, D., Faro, A. (2021). The role of self-efficacy, self-esteem and self-concept in depression in adolescents. *Ciencias Psicológicas*, 15(5), 1-13. <https://doi.org/10.22235/cp.v15i2.2164>
- Oleś, M. (2006). Psychologiczna charakterystyka dzieci o wysokim i niskim poczuciu osamotnienia. *Roczniki Psychologiczne*, 9 (1), 121-140.
- Padesky, Ch.A., Greenberger, D. (2017). *Umysł ponad nastrojem. Zmień nastroj przez zmianę sposobu myślenia*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pels, K.K. (2020). O molekularnej patogenezie stresu i depresji. *Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych*, 69(1), 169-183. https://doi.org/10.36921/kos.2020_2619
- Pullen, L., Modrcin, M.A., McGuire, S.L., Lane, K., Kearnelly, M., Engle, S. (2015). Anger in Adolescent Communities: How Angry Are They? *Pediatric Nursing*, 41(3), 135-140.
- R Core Team (2022). *A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing*. (Za:) <https://www.R-project.org/> (dostęp: 09.07.2024).
- Racine, N., McArthur, B.A., Cooke, J.E., Eirich, R., Zhu, J., Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19A Meta-analysis. *JAMA Pediatric*, 175(11), 1142-1150. <https://doi:10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Radziwiłłowicz, W. (2020). Zaburzenia emocjonalne (internalizacyjne). (W:) I. Grzegorzewska, L. Cierpiątkowska, A.R. Borkowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, 409-452. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ryś, E., Mausch, K., Baranowska, A. (2023). Emocje podstawowe a kompetencje osobiste we wczesnej adolescencji. Studium empiryczne na przykładzie uczniów klas V-VIII. *Edukacja Dziecka*, 7, 9-27.
- Soloy-Nilsen, H., Nygaard-Odeh, K., Kristiansen, M.G., Kvig, E.I., Brekke, O.L., Mollnes, T.E., Berk, M., Reitan, S.K., Oiesvold, T. (2024). Transdiagnostic Associations between Anger Hostility and Chemokine Interferon-gamma Inducible Protein 10. *Clinical Psychopharmacology Neuroscience*, 22(2), 285-294. <https://doi.org/10.9758/cpn/23.1091>
- Taka, Y., Brunwasser, S., Litchwark-Aschoff, A., Engels, R. (2017). The Prospective Associations between Self-Efficacy and Depressive Symptoms from Early to Middle Adolescence: A Cross-Lagged Model. *Journal of Youth and Adolescence*, 46, 744-756. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0614-z>
- Türk, F., Kul, A., Kiliç, E. (2021). Depression-anxiety and coping strategies of adolescents during the Covid-19 pandemic. *Turkish Journal of Education*, 10(2), 58-75. <https://doi.org/10.19128/turje.814621>
- Twenge, J.M., Haidt, J., Blake, A.B., McAllister, C., Lemon, H., Le Roy, A. (2021). Worldwide increases in adolescent loneliness. *Journal of Adolescence*, 93, 257-269. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.06.006>
- Twivy, E., Kirkham, M., Cooper, M. (2023). The lived experience of adolescent depression: A systematic review and meta-aggregation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(4), 754-767. <https://doi.org/10.1002/cpp.2834>
- Wang, S., Chen, L., Ran, H., Che, Y., Fang, D., Sun, H., Peng, J., Liang, X., Xiao, Y. (2022). Depression and anxiety among children and adolescents pre and post COVID-19: A comparative meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.917552>
- World Health Organization (2021). *Mental health of adolescents*. (Za:) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> (dostęp: 05.07.2024).
- Wrótniak, J. (2018). Poczucie samotności młodzieży w dobie portali społecznościowych. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 8, 51-59. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0012.7473>
- Zhou, SJ, Zhang, LG, Wang, LL (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 749-758. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>
- Zhou, Z., Shek, D.T.L., Zhu, X., Dou, D. (2020). Positive Youth Development and Adolescent Depression: A Longitudinal Study Based on Mainland Chinese High School Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124457>
- Zulkipli, S.N., Suliaman, I., Abidin, M.S.Z., Anas, N., Mohamad, M.A., Ahmat, A. Ch., Jamil, W. (2024). Understanding the rise of teenage depression in Malaysia: Trends, causes, and societal impact. *International Journal of Advanced and Applied Sciences*, 11(3), 265-273. <https://doi.org/10.21833/ijaas.2024.03.025>