

Depresja nastoletnia

Przez dłuższy czas przebywania w grupie dorastającej młodzieży (w dodatku sama będąc w tym wieku) zauważyłam wiele nietypowych, a także nieco bardziej powszechnych modeli przeżywania tego okresu. Nie ulega wątpliwości fakt, iż u 90% nastolatków ten okres obfituje w płacz, wybuchy złości, trzaskanie drzwiami, nagłe zmiany nastroju, a także nieraz powtarzane zdanie „życie nie ma sensu”. Krótko mówiąc u dojrzałego człowieka już dawno stwierdzono by depresję kliniczną. U młodzieży w okresie dorastania sprawa jest nieco bardziej skomplikowana. Dlaczego? Choćby dlatego, iż dorośli sądzą, że to normalne w tym wieku. Najgorsze w tym wszystkim jest to, że mają całkowitą rację – dokładnie tymi samymi symptomami objawia się dorastanie, czy też tzw. „bunt nastoletni”. Gdzie zatem kończą się przejawy dorastania, a zaczyna się depresja nastoletnia? Jest to bardzo trudne do sprecyzowania, gdyż granica jest cienka. A może poniekąd wcale jej nie ma? Skoro nawet osoba chora na depresję często równocześnie przechodzi okres dorastania – te dwie rzeczy się nie wykluczają.

Aby dobrze odróżnić depresję u dziecka od okresu dorastania przede wszystkim należy pochylić się nad najbardziej charakterystycznymi, wyróżniającymi dziecko od innych jakby to nazwali dorośli „obrażonych na cały świat nastolatków”. Przede wszystkim warto pamiętać o tym, że u dziecka cierpiącego na depresję zazwyczaj dominującym nastrojem nie jest smutek, a drażliwość. Nie koniecznie będzie się to charakteryzowało popularnym w dorastaniu obrażaniem się o byle błahostkę, a raczej szczególną wrażliwością na słowa kierowane ku danej osobie przez innych. „Trudności w usiedzeniu bez ruchu, niespokojne kręcenie się np. w szkolnej ławce, zachowania związane z silnym niepokojem np. skubanie skóry, fragmentów ubrania lub innych przedmiotów, pociąganie lub kręcenie włosów oraz inne widoczne przejawy napięcia, niepokoju, lęku. Przy diagnozowaniu depresji nastoletniej istotne jest także zwracanie uwagi na zgłaszane bóle tzw. bóle psychosomatyczne, które w tej chorobie o wiele częściej występują u dzieci i młodzieży, niż dorosłych. Z kolei objawami występującymi znacznie częściej w depresji nastoletniej i u dorosłych, a rzadziej u młodszych dzieci jest na przykład poczucie bezradności, braku nadziei czy poczucie winy.”¹

Przede wszystkim zawsze naszą uwagę powinna zwrócić nagła zmiana zachowania u danej osoby. Pamiętajmy, że jeśli dziecko, które niedawno wkroczyło dodatkowo w okres dojrzewania, a jego osobowość zawsze cechowała się dużymi skłonnościami do melancholii, czy do nagłych przyływów złości i agresji – prawdopodobnie nie ma powodów do niepokoju. Nie znaczy to oczywiście, że możemy zupełnie nie zwracać uwagi na jego niepokojące zachowania. „Każda najmniejsza nagła zmiana zachowania bliskiej osoby jest powodem do niepokoju – nigdy jej nie lekceważ.”² Kolejnym wobec mnie jednym z najważniejszych kryteriów jest czas. Zazwyczaj mówi się, że „zły nastrój” może trwać do dwóch tygodni. Jeśli po dwóch tygodniach codziennego bardzo złego samopoczucia nic się nie zmienia, warto udać się na kontrolę do psychiatry dziecięcego.

Nawet jeśli orientujemy się już, że bliska nam osoba może cierpieć na depresję nie wiemy do końca jak się z nią obchodzić w obliczu sytuacji. Często odsuwamy się od niej w wyniku

¹ Por. „One są wśród nas. Dziecko z depresją w szkole i przedszkolu.” Monika Turno, wyd. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010, str. 10

² Por. „Nastoletnia depresja. Poradnik dla rodziców” poradnik wydany przez platformę „forum przeciw depresji”, str.2

poczucia bezradności. Niewątpliwie jest to najgorsze co w takiej chwili możemy zrobić. Gdy nie mamy odwagi i pojęcia w jaki sposób rozmawiać z chorym, warto po prostu przy nim być. W znacznej części przypadków sama obecność daje najwięcej. Co gdy wolimy porozmawiać? W tym przypadku mogą nam pomóc różne poradniki np. w tym wydanym przez „forum przeciw depresji” możemy znaleźć całą listę zwrotów które warto lub nie warto kierować w stosunku do osób chorych. Zdecydowanie na słowa należy uważać w rozmowie z nimi, gdyż człowiek cierpiący na depresję jest zazwyczaj bardzo wyczulony na słowa – nie znaczy to o jego słabości, a jedynie specyfice choroby – osoba ma już sama przeświadczenie o swojej „beznadziejności”, a nie przemyślane słowa mogą tylko umocnić jej przekonania. Także pocieszenia, takie jak „Będzie dobrze”, czy „Przejdzie Ci” są nie na miejscu, bo osoba w takim stanie zazwyczaj nie widzi przyszłości w jasnych barwach.

Zazwyczaj nie da się określić konkretnej przyczyny dla danej osoby cierpiącej na depresję, a co dopiero dla ogółu. Często jednak jednym z głównych powodów jest nadmierny stres spowodowany funkcjonowaniem (od dziecka) w społeczeństwie, które w mojej opinii ma na uwadze tylko to by działać szybciej i lepiej niż wymagają tego na różne sposoby określone normy. Ludzie nie oczekują już od siebie nawzajem działania w zakresie tych norm, a wykonywania pracy na poziomie ponad przeciętnym.

Choć zaburzenia depresyjne występują w każdym wieku. Depresja nastoletnia jest jedną z najczęściej zauważanych odmian depresji wśród społeczeństwa, ponieważ właśnie w tym wieku liczba przypadków ów zaburzeń wyraźnie wzrasta. Przyczyn tej reguły zazwyczaj szukamy w znaczącym wpływie czynników hormonalnych. Młody organizm nie jest przystosowany do gwałtownych zmian w tej sferze, nie wspominając o występujących często nieprawidłowościach w gospodarce hormonalnej, które to mogą przejawiać swoje skutki dopóki organizm się nie ustabilizuje w tej sferze. Kolejnym zauważanym chyba w niemal każdej, jak nie w każdej społeczności młodzieżowej czynnikiem jest skupianie w tym okresie szczególnej uwagi na aspekt wyglądu. Większość nastolatków i nastolatek nie jest w tym okresie zadowolona ze swojego wyglądu i twierdzi, że nie wpisuje się on w jakkolwiek wyznaczone „standardy”. Na tego typu problemy przede wszystkim narażone są dziewczęta, gdyż mający związek z procesem dojrzewania przyrost tkanki tłuszczowej utrudnia ich dążenie do zachowania szczupłej sylwetki. Nastolatków często też przerasta radzenie sobie z wieloma w ich wieku tzw. zadaniami rozwojowymi np. zdobywaniu samodzielności, odcięciem się od rodziny, określaniem tożsamości seksualnej.

Obecnie skala zachorowań na depresję wśród młodzieży jest przerażająca – szacuje się, iż obecnie „1 na 3 nastolatków ma objawy depresji”³ – takie dane podaje „forum przeciw depresji”, a potwierdzają je wyniki przeprowadzonej przeze mnie ankiety. W 2012 roku według raportu „Polityki” co 10 nastolatek cierpiał na zaburzenia nastroju. Nietrudno zatem zauważyć tendencję do pogorszenia się zdrowia psychicznego wśród młodzieży. Pytanie, zatem z czego to wynika? Jedni twierdzą, że jest to związane nie ze wzrostem zachorowań, a postępach w funkcjonowaniu psychiatrii dziecięcej. Ja jednak na podstawie artykułu, który ostatnio przeczytałam, a także rozmów z różnymi osobami, które podobnie jak ja miały jakąkolwiek styczność z obecnym systemem psychiatrycznym w Polsce nie jestem

³ Zob. „Nastoletnia depresja. Poradnik dla rodziców” poradnik wydany przez platformę „forum przeciw depresji”, str.7

przychylna tej hipotezie. Skłaniam się bardziej ku teorii mówiącej o coraz częstszej depresji, jako wyniku życia w „odrealnionym” świecie, który przerasta nasze zdolności jako człowieka.

Warto dodać, iż depresja zarówno u dzieci, młodzieży, jak i dorosłych jest zdecydowanie „chorobą naszych czasów”. Jak to nazwał psycholog Martin Seligman depresja stała się w naszych czasach „pospolitym przeziębieniem”.⁴ W Stanach Zjednoczonych jest główną przyczyną przyjęć do szpitali psychiatrycznych.⁵ Nie znam konkretnych badań dotyczących polskich szpitali, aczkolwiek znając skalę zachorowań podejrzewam, że sytuacja mogłaby wyglądać podobnie. Ów skale są przerażające choćby z tego powodu, że w przeciwieństwie do przeziębienia, do którego to M.Seligman depresja powoduje nie raz realne zagrożenie życia.

Istotnym czynnikiem zdaje się być także stres szkolny oraz presja związana z wynikami w nauce danego dziecka. Jestem jedną z tych osób, która uważa, że atmosfera w szkole to jeden z głównych czynników wpływających na samopoczucie psychiczne dzieci i młodzieży. Zatem uważam, że zmiany w systemie edukacji związane z reformą z 2016 roku, również wpłynęły na częstsze tendencje do depresji wśród młodzieży. Nie jest to zresztą tylko mój pogląd, gdyż podobne zdanie wyrażają także pedagodzy i psychologowie z różnych szkół.

„Największym zagrożeniem związanym z depresją są próby samobójcze u osoby chorej. Według dostępnych danych tylko w 2016 roku w Polsce osoby niepełnoletnie podjęły się 481 prób samobójczych, z tego 161 ze skutkiem śmiertelnym. Te statystyki stawiają nas na drugim miejscu w Europie w zakresie prób samobójczych osób nieletnich.”⁵ Zazwyczaj rozróżniamy je ze względu na zamiary cierpiącego – próba ta może być bowiem, albo realnym zamiarem odebrania sobie życia, lub sposobem na zwrócenie na siebie uwagi społeczeństwa. Uważam, że pisząc „zwrócić na siebie uwagę” należy pochylić się nad tymi słowami, gdyż odnoszę silne wrażenie, iż w naszym społeczeństwie to sformułowanie ma złą passę. Ludzie te słowa zaczęli równoważyć z uzalaniem się nad sobą i chęcią zyskania popularności, gdy nie ma się już niczym innym chwalić. Powiedziałabym, że jest wręcz przeciwnie – osoby, które np. tną się w celu zwrócenia na siebie uwagi, robią to z uwagi na nieumiejętność opowiedzenia o swoich zmartwieniach wprost komukolwiek. Można by rzec, że nieraz jest to dla nich „ostatnia deska ratunku”, myśląc coś w rodzaju „Potrzebuję pomocy. Jestem na skraju. Może w ten sposób ktoś zauważy, że mam problem i sam zacznę temat. Jeśli nie – poddam się nie mam siły już dłużej walczyć”. Ta wypowiedź nie jest moim wymyślonym przypuszczeniem, a realnym zetknięciem ze specyfiką myśli samobójczych, rozmów z osobami, które wielokrotnie przechodziły przez próby samobójcze, a także z osobą, która nie wiele po podobnej rozmowie ze mną popełniła samobójstwo. Mam nadzieję, że ludzie zaczną inaczej rozumieć te słowa, gdyż osoby, które dopuszczają się zachowań autoagresywnych chcąc zwrócić na siebie uwagę – właściwie nigdy by się do tego nie przyznały, bo w ocenie choćby rówieśników to „denne zachowanie”. Niezależnie jednak od tego z jakiej przyczyny osoba dopuszcza się prób samobójczych jestem pewna, że jest to równie trudne dla niej, jak i jej przyjaciół i rodziny. Bliskim często najtrudniej jest zrozumieć tego typu czyny i nie jednokrotnie zadają pytania o „przyczynę”, nieustannie twierdząc „przecież on nie mógł tego zrobić” czy „to nie w jej stylu”. Nie wspomnę tutaj o

⁴ Por. „Psychologia kluczowe koncepcje. Psychologia osobowości” Philip G. Zimbardo, Robert L. Johnson, Vivian McCann, wyd. Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2017, str.115-116

⁵ Zob. „Nastoletnia depresja. Poradnik dla rodziców” poradnik wydany przez platformę „forum przeciw depresji”

wielokrotnych, różnorodnych szantażach emocjonalnych, jak choćby „Jak on mógł nam to zrobić?”, „Ona to już w ogóle nie myśli o naszych emocjach i cierpieniu”. Tak... Zdaje się, że o nieodpowiednich sformułowaniach i zdaniach w stosunku do osoby chorej już wspominałam, więc nie zamierzam znów przytaczać tego tematu. Nie chcę jednak też lekceważyć odczuć bliskich osoby chorej, więc należy zaznaczyć, że pamiętając o regule dwóch tygodni stan bliskiego się nie poprawia on również powinien udać się na konsultację psychologiczną/ psychiatryczną. Pamiętajmy, że złe samopoczucie czy nawet zburzenia jakiejś bliskiej nam osoby nie powinny zbyt gwałtownie wpływać na nasz dobrostan psychiczny i my także w takich sytuacjach mamy prawo udać się na terapię. To trochę jak w podstawowych zasadach pierwszej pomocy, gdzie zawsze pierwsze co powinniśmy zrobić to zapewnić nam jako osobom ratującym bezpieczeństwo. Tak samo z psychiką i jej zaburzeniami – nie pomożemy choremu, jeśli sami nie będziemy w najlepszej kondycji psychicznej, w ten sposób możemy tylko zaszkodzić bliskiemu.

Przy depresji bezwzględnie należy rozpocząć konsekwentne leczenie. W wielu przypadkach wystarczy w zależności od potrzeb pacjenta różnego rodzaju psychoterapia. Czasami jednak niezbędne będą regularne wizyty u psychiatry dziecięcego i wdrożenie farmakologii. „Chore dziecko należy leczyć kompleksowo, z naciskiem na objawy depresji, lecz także odpowiednie dla wieku dziecka potrzeby rozwojowe. W trakcie każdej psychoterapii terapeuta ma za zadanie na różne sposoby pomóc pacjentowi zrozumieć samego siebie.”⁶ Terapia zakłada także, że wraz z upływem czasu dziecko choć częściowo zmieni często nieprawidłowy tok myślenia (błędne przekonania o sobie samym, czasami także o innych) oraz zanikną lub znacznie ustąpią objawy fizyczne jego choroby. Jak wspomniałam w leczeniu tej choroby można zastosować parę skutecznych rodzajów psychoterapii. Nie jestem w stanie (sądzę, że nie jest do tego także zdolny żaden psycholog czy psychoterapeuta) wybrać z nich jedną najlepszą dla wszystkich przypadków, gdyż ta ocena zależy przede wszystkim od indywidualnych cech pacjenta i jego lepszych przystosowań do pracy w takim, a nie innym trybie.

Mimo trudności w wyborze jednej uniwersalnej, najskuteczniejszej terapii – „jak dotąd najwyżej pod względem skuteczności plasuje się terapia poznawczo-behawioralna.”⁷ Podstawowe założenia psychologii zakładają, że myśli człowieka wpływają na to jakie emocje on następnie odczuwa. Na co dzień nie jesteśmy w stanie zauważyć tego modelu, gdyż jak wiemy z wielu innych przypadków nasz mózg pracuje z niezwykle szybką prędkością – co nie pozwala nam w praktyce zrozumieć wielu mechanizmów. Mimo wszystko ten schemat jest bardzo logiczny i gdy tylko postaramy się na jakiś czas skupić na naszym funkcjonowaniu w różnych sytuacjach z łatwością go zauważymy. „Cierpiący na depresję mają tendencje do bycia stanowczo zbyt krytycznym w stosunku do siebie. Może też nieodpowiednio odbierać zdanie innych na swój temat (wspominałam o tym w kontekście tego jak powinniśmy rozmawiać z osobą chorą), bardzo często pojawia się u tych osób poczucie bezradności w jakimkolwiek aspekcie ich życia, negatywna ocena przyszłości, a także mniej lub bardziej świadome oczekiwanie porażki w jakimkolwiek działaniu/ nastawianie się na negatywny skutek działania. W związku z tym leczenie na terapii

^{6,7} Por. „One są wśród nas. Dziecko z depresją w szkole i przedszkolu.” Monika Turno, wyd. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010, str. 16-17

poznawczo- behawioralnej będzie opierało się przede wszystkim na zmianie i pracy nad negatywnymi przekonaniem i schematami myślenia.”⁸

Innym przykładem pracy może być „terapia psychodynamiczna, która zakłada, że funkcjonowanie człowieka jest uzależnione od zdarzeń z przeszłości, obecną sytuacją pacjenta. Przyjmuje ona także znaczący wpływ czynników genetycznych w rozwoju człowieka. W związku z powyższym leczenie opiera się na nauce odpowiedniego rozpoznawania emocji poprzez różne metody oraz pracy nad nieświadomymi motywami kierującymi zachowaniem u danej osoby.”⁹

Psychoterapeuci mimo niespójności w poprzednich przyczynach - bezwzględnie zgadzają się co do jednego – brak lub zaniedbanie relacji z rodzicami, mogą to być także wszelkie problemy w relacjach. Docenienie ze strony rodzica jest dla każdego dziecka ważną wartością. Może oczywiście bardziej lub mniej się do tego przyznawać. Nie zmienia to jednak faktu, że każde dziecko bardzo „bierze do siebie” uwagi rodziców. Rozpatrywanie tej relacji zaczyna się już w niemowlęctwie, jak wspomina prof. dr hab. med. Hanna Jaklewicz „Najważniejsze dla budowania stabilnej, zdrowej psychiki są związki z najbliższymi budowane od niemowlęctwa. Poczucie bliskości i wsparcie, jakie daje człowiekowi ‘zdrowa’ rodzina, powoduje, że ma szansę wyjść obronną ręką z późniejszych meandrów życia”. Z tej przyczyny uważam (jak też wiele psychologów i psychoterapeutów), że terapia rodzinna jest właściwie niemal zawsze dobrym rozwiązaniem w leczeniu depresji u dzieci i młodzieży.

Jak wcześniej wspomniałam – bywa, że w leczeniu niezbędne jest włączenie tzw. psychotropów. Choć wiem, że to kolejne słowo, które moim zdaniem bezpodstawnie źle kojarzy się ludziom – w tym przypadku to nic innego jak po prostu leki przeciwdepresyjne. Mamy to szczęście, że z postępami w medycynie nowoczesne tabletki na depresję powodują mniej działań niepożądanych niż te starsze. „Przy nowszych głównymi skutkami ubocznymi są problemy z układem pokarmowym, perystaltyką, czy bólami brzucha. Zaś przy stosowaniu starszych leków, oprócz większej ilości działań niepożądanych należy pamiętać o regularnych badaniach pracy serca, czyli tzw. EKG. W przypadku zarówno dzieci, jak i dorosłych główną wadą tego rodzaju leczenia jest to, że pierwsze jakikolwiek drobne zmiany pojawiają się dopiero po upływie dwóch lub trzech tygodni. Dzieciom zapisuje się leki rzadziej niż dorosłym nie tylko z chęci powstrzymania konieczności stymulowania młodego organizmu poprzez farmakologię, lecz także na potwierdzonej mniejszą skuteczność działania leków przeciwdepresyjnych na dzieci niż na dorosłych.”¹⁰

Co może pomóc oprócz terapii czy leków? Przede wszystkim wspomniana już przeze mnie tysiąc krotnie bliskość ze strony rodziny czy przyjaciół. Jednak choć niby takie oczywiste to jest to jej brak obserwuję bardzo często wśród przyjaciół/przyjaciółek zmagających się właśnie z depresją. Oczywiście dziecko depresyjne jest niezwykle trudne w relacji, ale należy pamiętać, że to wciąż nasza córka/syn, przyjaciółka/przyjaciel, wychowanek/wychowanka i właśnie w tym momencie najbardziej nas potrzebuje, choć nie zawsze potrafi to w odpowiedni sposób okazać.

^{8, 9, 10} Por. „One są wśród nas. Dziecko z depresją w szkole i przedszkolu.” Monika Turno, wyd. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010, str. 17-19

W relacji z osobą w depresji istotne jest także przede wszystkim okazanie akceptującej i wspierającej postawy, wyrozumienia i cierpliwości. Musimy pamiętać – to, że tak bliska nam osoba nagle jest dla nas nieco, a czasem nawet bardzo opryskliwa – nie świadczy o tym, że przestała nas lubić, czy też chce nam zrobić celowo przykrość. Musimy postarać się rozumieć to jako objaw choroby, a nie świadome, celowe działanie. Jeśli chcemy jej realnie pomóc to spróbujmy po prostu pokazać to co do czasu choroby pokazywaliśmy – wyrozumienie i to, że zawsze nam na danej osobie zależy – niezależnie od tego kim będzie i jakie będzie miała trudności. „Na dobre i na złe”, czyż to nie podstawowe założenie prawdziwej przyjaźni?

Jednak, jak i w większości innych dolegliwości, tak i w depresji staramy się zapobiegać niż leczyć. Uważam, że profilaktyka antydepresyjna to jedna z ważniejszych działań jakie powinna uruchamiać każda placówka oświatowa. Mimo częstych narzekań uczniów na różnego rodzaju przeprowadzane w szkole profilaktyki – uważam, że odpowiednie jej przeprowadzenie może pomóc wielu cierpiącym, którzy do tej pory nie zostali odpowiednio zaopiekowani. Używając sformułowania „profilaktyka” niekoniecznie mam na myśli przeprowadzane już wielokrotnie półtorej godzinne zajęcia, na które zazwyczaj przyjeżdża jakaś osoba nie wiadomo skąd, nie do końca wiadomo co nam chce przekazać swoimi zajęciami i niestety zazwyczaj więcej szkody niż pożytku uczniowie wynoszą z takich zajęć. Pisząc „profilaktyka” mam na myśli po prostu podstawy, które powinny funkcjonować w każdej szkole, czyli po prostu nic innego, jak zwracanie uwagi na to jak się nawzajem czujemy. Oczywiście, obecnie w niemal każdej szkole jest ktoś taki jak pedagog, bądź psycholog szkolny, ale skoro jest to jedna, czy też czasami dwie osoby na co najmniej 200 dzieci w szkole – wydaje mi się, że oczywista jest jego niemożność zauważenia każdego nieco bardziej przygnębionego, skulonego ucznia, którego i tak nie jest w stanie po jednej postawie ocenić. Sądzę, że rola ta powinna leżeć po stronie wszystkich nauczycieli, wychowawcy, a także kolegów i koleżanek z klasy. Uważam tak, choćby ze względu na fakt, iż to właśnie oni na co dzień widzą zachowanie i jego ewentualne niepokojące zmiany. Są to pierwsze osoby, które są w stanie zauważyć objawy depresji u danego ucznia, bądź uczennicy. W razie jakichkolwiek wątpliwości powinny one przeprowadzić rozsądną, spokojną rozmowę o swoich wątpliwościach z daną osobą i w razie potrzeby powiadomić rodziców lub/i psychologa szkolnego. Należy przy tym pamiętać, że nauczyciel ma obowiązek zgłosić każde niepokojące zachowanie dziecka jego rodzicom.

Podsumowując, w mojej opinii niezwykle ważna jest pierwsza reakcja ze strony bliskich nastolatki/nastolatce osób: nauczycieli, wychowawcy, kolegów i koleżanek z klasy, czy rodziny. Nie ważne, czy dana osoba już choruje na depresję, ma ją stwierdzoną, czy też nie. Nie odrzucajmy, a tym bardziej nie obrażajmy osoby, która siedzi samotnie, skulona, czy też po prostu jest przygnębiona lub mniej rozmowna. Mimo wszystko postarajmy się jej pomóc. Jeśli nie będzie otwarta na rozmowę – nie naciskajmy, a po prostu pokażmy, że przy niej jesteśmy. Pokażmy, że nie jest nam ona obojętna. W końcu każdy z nas potrzebuje więcej, bądź mniej, ale zawsze bliskości.

Olga Grabowska

Źródła:

- 1) „One są wśród nas. Dziecko z depresją w szkole i przedszkolu.” Monika Turno, wyd. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010
- 2) „Psychologia kluczowe koncepcje. Psychologia osobowości” Philip G. Zimbardo, Robert L. Johnson, Vivian McCann, wyd. Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2017, str.115-123 („Zaburzenia depresyjne”)
- 3) „Nastoletnia depresja. Poradnik dla rodziców” poradnik wydany przez platformę „forum przeciw depresji”
- 4) „Nastoletnia depresja. Poradnik dla młodzieży” poradnik wydany przez platformę „forum przeciw depresji”
- 5) Wykład „Dół czy depresja? Zaburzenia lękowe i nastroju w okresie dorastania” – Michał Pozdał, wykład w ramach projektu Strefa Psyche SWPS, Rok 2016
- 6) Przeprowadzona osobiście ankieta internetowa
<https://docs.google.com/forms/d/1Y248tMSNF0qtUXLIa5RdX01EP2DIoKMxGAPtNjkXINA/edit#responses>