

MGR INŻ. LESZEK RUCHOMSKI
Lublin University of Technology in Lublin (Poland)

Chemist. Research interests: various branches of chemistry, issues related to teaching and learning, including adult learning. Interested in the effective teaching of adults who decide to pursue education later in life (andragogy).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5401-3948>

E-mail: l.ruchomski@pollub.pl

CC-BY-NC-ND 4.0 Deed

DEPRESSION AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS IN POLAND

Depresja dzieci i młodzieży w Polsce

DOI: <https://doi.org/10.62266/PK.1898-3685.2025.37.16>

Wprowadzenie

Szybki rozwój społeczeństwa, w którym żyjemy wymusza szybkie przetwarzanie informacji, czasem trudno znaleźć informacje godne uwagi, a czasem ciężko oddzielić informacje prawdziwe od fałszywych. W tym natłoku informacyjnym niejednokrotnie człowiek pozostaje sam, a szczególnie osoby młodsze. Problemy dzieci i młodzieży różnią się od problemów dorosłych, pracujących osób, między innymi dlatego nie zwracano uwagi na depresje występujące wśród dzieci i młodzieży; był to problem niejako pomijalny¹. W połowie XX wieku zaczęto zwracać uwagę na depresję dzieci i młodzieży. W latach 80. ubiegłego wieku część specjalistów przedstawiała pogląd, że depresja w okresie młodzieńczy jest naturalnym etapem dorastania². Dzisiaj nikt już nie kwestionuje, że depresja występuje wśród młodszej populacji. Zburzenia i choroby psychiczne stały się głównymi wyzwaniami zdrowotnymi w XXI wieku, które dotyczą osób w każdym wieku. Depresja pojawiająca się w wieku dziecięcym lub w okresie adolescencji może przekładać się na problemy w późniejszym okresie życia. Młodzi dorośli (grupa wiekowa rozumiana w niniejszym opracowaniu jako osoby od 20 do 30 lat) również zmagają się z sytuacjami, których dotychczas nie znali, np. wyjazd na studia do innego miasta lub podjęcie pierwszej pracy, co może wiązać się ze stresem. Problem z przystosowaniem osób wchodzących w dorosłość może mieć swoje podłoże w depresji wieku dziecięcego³. Zaznajomienie z problemem depresji osób młodszych jest istotne, ponieważ dotyczy 0,2–2% dzieci, a w grupie adolescentów jest to przedział 2–15%. W opracowaniach specjalistycznych raportowane jest, że około 20% osiemnastolatków doświadczyło już pierwszego epizodu depresji⁴. Zaznacza się tendencja obniżenia wieku dzieci, które doświadczają pierwszego epizodu depresji⁵.

1. Przyczyny depresji dzieci i młodzieży

¹ P. C. Kendall, *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Techniki terapeutyczne dla profesjonalistów i rodziców*, GWP, Gdańsk 2012.

² A. Raczkowski, *Depresja dzieci i młodzieży – zjawisko i perspektywa pomocy*, Wychowanie w rodzinie XIV, 2017; 2, 315-329.

³ M. Dudek, *Depresja wśród młodzieży licealnej. Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych*. 2014;(LXVII):139–51.

⁴ J. Rabe-Jabłońska (red.), *Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży*, PZWL, 2014.

⁵ P. C. Kendall, *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Techniki terapeutyczne dla profesjonalistów i rodziców*, GWP, Gdańsk 2012.

Zachorowanie na depresję może mieć wiele czynników w zależności od przyjętego modelu. Predysponujące do wystąpienia depresji, to między innymi czynniki genetyczne, rodzinne występowanie zaburzeń nastroju, dorastanie w otoczeniu osoby chorej na depresję (uczenie warunkowe). Sposoby radzenia sobie ze stresem i przetwarzaniem informacji oraz osobiste zranienie również jest istotnym czynnikiem, który może skutkować pojawieniem się depresji⁶. Wskazywane są również negatywne lub błędne relacje z rodzicami, np. chłodne, odrzucające, dystansujące, ponadto problemy z nadużywaniem alkoholu, środków psychoaktywnych lub przemoc w rodzinie⁷. Nieobecność jednego lub obojga rodziców na skutek separacji, rozwodu lub śmierci. Nie bez znaczenia pozostaje niski status społeczny i złe warunki socjalnobytowe⁸. Należy zaznaczyć, że czynników genetycznych nie można wyeliminować, natomiast można nauczyć dziecko radzenia sobie z obiektywnym podejściem do emocji, radzenia sobie w sytuacjach stresowych i rozwiązywania problemów emocjonalnych. Możliwa jest również zmiana podejścia do dziecka w celu otoczenia opieką i zrozumieniem. W wymienionych przypadkach znajduje zastosowanie terapia poznawczo-behawioralna (ang. *Cognitive-behavioral therapy*, CBT)⁹.

Czynniki wyzwalające stanowią zdarzenia, które się dzieją aktualnie w życiu dziecka. Można wymienić utratę znaczących osób zarówno z rodziny, jak również z otoczenia, np. rodzica, kolegę lub nauczyciela. Innymi przykładami są relacje interpersonalne: trudności w relacjach rodzinnych, rówieśniczych lub z nauczycielami. Negatywne sytuacje stresowe: przemoc w domu lub szkole, alkoholizm bliskiej osoby¹⁰.

Depresja u młodych osób, szczególnie dzieci może być następstwem nieodpowiedniego podejścia rodziców (prawnych opiekunów) w sprawowaniu opieki i wychowania. Autorzy badań przeprowadzonych wśród trzynastoletniej młodzieży krakowskich szkół średnich wskazali takie czynniki jak: brak wsparcia emocjonalnego w życiu dziecka, brak zainteresowania, warunki materialne i otoczenie, w którym dorasta dziecko¹¹. Wyniki badań przeprowadzonych na uczniach klas pierwszych i drugich szkół średnich (średnia wieku 17,5 lat) powiatu łukowskiego w 2013 roku nie wykazały różnicy pomiędzy występowaniem depresji u uczniów szkoły miejskiej i wiejskiej¹², co może oznaczać, że warunki socjalnobytowe pomiędzy stereotypową wsią i miastem uległy wyrównaniu.

2. Kliniczny obraz depresji

Depresja dzieci i młodzieży może przybierać nietypowy obraz kliniczny w porównaniu do depresji osób dorosłych. Wśród dzieci charakterystyczna jest drażliwość, która może eskalować do złości i wrogości, pojawiają się wybuchy krzyku, płaczu¹³. Obniżony nastrój staje się zauważalny w wyglądzie twarzy i postawie ciała dziecka¹⁴. Adolescenci ze względu na rozwinięcie pojęć abstrakcyjnych trafniej nazywają swoje stany emocjonalne i psychiczne,

⁶ J. R. Weisz, A. Kazdin, *Metody w psychoterapii dzieci i młodzieży oparte na dowodach*, Wyd. UJ, Kraków 2020.

⁷ R. Goodman, S. Scott, *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2000.

⁸ A. Carr, *Depresja i próby samobójcze młodzieży. Sposoby przeciwdziałania i reagowania*, GWP, Gdańsk 2004.

⁹ J. S. Beck, *Terapia poznawczo-behawioralna. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*, Wyd. UJ, Kraków 2012.

¹⁰ I. Namysłowska (red.), *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży: wybrane zagadnienia*, Wyd. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2000.

¹¹ R. Modrzejewska, J. Bomba, *Porównanie rozpowszechnienia depresji w populacji 13-letniej młodzieży krakowskich szkół średnich w latach 1984 i 2001*, *Psychiatria Polska*, 2004, 1, s.469-479.

¹² M. Dudek, *Depresja wśród młodzieży licealnej. Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych*. 2014;(LXVII):139-51

¹³ C. S. Pataki, G. A. Carlson, *Childhood and adolescent depression: a review*, *Harv. Rev. Psychiatry*, 1995; 3: 140-154.

¹⁴ E. Link-Dratkowska, *Depresja dzieci i młodzieży – podejście poznawczo-behawioralne. Teoria i terapia*, *Psychiatr.*, 2011; 8(3): 84-90.

dlatego wśród tej grupy 90% osób mówi o pustce, smutku, czy depresyjnym nastroju¹⁵, dodatkowo pojawia się spowolnienie psychoruchowe¹⁶. U młodych dorosłych depresja zaczyna przypominać objawy depresji u osób dorosłych, pojawia się anhedonia, czyli brak odczuwania przyjemności z czynności, które uprzednio ją sprawiały.

Dotychczasowe rozpoznanie depresji u dzieci i młodzieży opierało się na tych samych symptomach, które dotyczyły dorosłych. Najczęściej stosowanymi klasyfikacjami były Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem*)¹⁷ oraz klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)¹⁸. Ze względu na różne objawy kliniczne depresji u dzieci i młodzieży postulowane były zmiany w kryteriach diagnostycznych depresji u młodszych osób, co zostało wzięte pod rozważenie przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne i ostatecznie wyżej wymienione objawy stanowią kryterium diagnostyczne depresji wśród dzieci i młodzieży. W 2013 roku ukazało się zaktualizowane wydanie DSM-V¹⁹. Diagnoza powinna zawierać również elementy obserwacji i dostrzeżonych nieprawidłowości w funkcjonowaniu²⁰.

Raportowane jest występowanie depresji wśród dzieci i młodzieży szkolnej wraz z innymi zaburzeniami, takimi jak: zaburzenia zachowania, zaburzenia lękowe, dystymia, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ang. *attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD) lub nadużywanie substancji psychoaktywnych²¹. Ze względu na różne podłoże zaobserwowanych odstępstw od normy w zachowaniu dziecka niezbędne jest zaangażowanie specjalistów w procesie diagnostycznym. Pozostałe objawy depresji dzieci, młodzieży i dorosłych są zbliżone, do których należą: zmiany apetytu (nadmierny apetyt lub jego brak), problemy z masą ciała (nadwaga lub niedowaga), problemy ze snem (bezsenna lub nadmierna senność), deficyt uwagi, zaburzenia funkcji poznawczych²².

Osoby dotknięte depresją bardzo często zgłaszają problemy ze snem, który to jest symptomem wyprzedzającym pojawienie się innych objawów. 73% dzieci z rozpoznaną depresją ma problemy ze snem²³. W tym miejscu należy rozróżnić problemy ze snem występujące w depresji od problemów ze snem związanych z emitowaniem niebieskiego światła przez ekrany monitorów, tabletów i telefonów, które pobudzają układ nerwowy do działania. Rozróżnienie powinno dotyczyć niewyspania się dziecka na skutek przeglądania Internetu w nocy, co obecnie jest nagminnym problemem i stanowi zaburzenie rytmu okołodobowego.

Depresja u osób w młodszym wieku oraz u dorosłych występuje porównywalnie w obu płciach. W okresie adolescencji częściej występuje u dziewcząt i dotyczy zarówno ciężkiej

¹⁵ G. A. Carlson, J. H. Kashani, *Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies*, Am. J. of Psychiatry, 1988; 145: 1222-1225.

¹⁶ E. Link-Dratkowska, *Depresja dzieci i młodzieży – podejście poznawczo-behawioralne. Teoria i terapia*, Psychiatr., 2011; 8(3): 84-90.

¹⁷ S. Puzyński, J. Wciórka (red.), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, t. 1-2, UWM "Vesalius" i Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 2000.

¹⁸ J. Wciórka (red.), *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.

¹⁹ P. Gałęcki (red.), *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5-TR*, Edra Urban & Partner, Wrocław, 2024.

²⁰ M. Dudek, *Depresja wśród młodzieży licealnej. Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych*. 2014;(LXVII): 139-51.

²¹ J. R. Weisz, A. Kazdin, *Metody w psychoterapii dzieci i młodzieży oparte na dowodach*, Wyd. UJ, Kraków 2020.

²² D. Dudek, M. Siwek, *Współwystępowanie chorób somatycznych i depresji*, Psychiatria, 2007, 4(1), s.17-24.

²³ X. Liu, D. J. Buysse, A. L. Gentzler, E. Kiss, L. Mayer, K. Kapornai, A. Vetró, M. Kovacs, *Insomnia and hypersomnia associated with depressive phenomenology and comorbidity in childhood depression*, Sleep 2007; 30 (1): s.83-90.

depresji (poczucie bezwartościowości, niska samoocena, poczucie winy i myśli samobójcze) oraz umiarkowanej depresji (utrata zainteresowania, anhedonia i zwiększona męczliwość)²⁴. Różnice te mogą mieć podłoże w gospodarce hormonalnej dziewcząt podczas dojrzewania.

Depresja stanowi chorobę o dużym prawdopodobieństwie nawrotu, dlatego tak ważne jest zdiagnozowanie dzieci i młodzieży z tą jednostką chorobową oraz wdrożenie leczenia. Ma to na celu wyeliminowanie lub obniżenie nawrotu w przyszłości oraz lepsze poznanie symptomów świadczących o nawrocie w późniejszym dorosłym życiu. Przedkłada się to na szybsze udanie się do specjalisty psychiatry lub psychologa–psychoterapeuty. Prawdopodobieństwo nawrotu u młodszych dzieci w ciągu pierwszego roku po epizodzie depresji wynosi 12%, natomiast w ciągu czterech lat wzrasta do 33%²⁵. Objawy depresji mijają stopniowo, natomiast u dzieci i młodzieży pomimo ustąpienia głównych objawów mogą się utrzymywać inne objawy, np. niepokój, nadmierne zmęczenie, zaburzenia uwagi, trudności z podejmowaniem decyzji, poczucie winy²⁶.

3. Próby samobójcze i samobójstwa

Depresje wśród dzieci i młodzieży może mieć negatywne skutki wpływające na edukację, słabsze oceny w szkole oraz spadek aktywności. Niejednokrotnie dochodzi do pogorszenia relacji z rówieśnikami oraz w rodzinie²⁷, a w życiu dorosłym mogą pojawić się trudności interpersonalne, trudności w przystosowaniu, pełnieniu ról społecznych, a nawet podejmowanie prób samobójczych²⁸.

Myśli samobójcze pojawiają się u osób chorujących na depresję w każdym wieku, jednakże u dzieci bardzo rzadko dochodzi do realizacji próby samobójczej. Adolescenci, młodzi dorośli i dorośli częściej realizują te myśli, jednakże badania potwierdzają, że adolescenti są grupą, w której najczęściej dochodzi do realizacji tych myśli²⁹. Na przestrzeni ostatnich lat obserwowana jest tendencja obniżenia wieku osób podejmujących próby samobójcze. Częściej próby samobójcze podejmują dziewczęta³⁰.

Komenda Główna Policji publikuje statystyki prób samobójczych oraz popełnionych samobójstw; dostępne dane obejmują lata 2017-2024. W Tabeli 1 zestawiono samobójstwa w danym roku (bez rozróżnienia na wiek). Na przestrzeni lat można zaobserwować sukcesywny spadek samobójstw skutecznych w całej populacji (kolumna nr 1), co z kolei koreluje ze spadkiem samobójstw skutecznych w przypadku mężczyzn (kolumna nr 2) oraz kobiet (kolumna nr 3). Odsetek popełnionych samobójstw, których podłożem była choroba psychiczna lub zaburzenie psychiczne do wszystkich samobójstw bez względu na przyczynę na przestrzeni lat pozostaje stały (kolumna nr 4). Okazuje się, że co piąte samobójstwo jest popełnione na skutek choroby psychicznej lub zaburzenia psychicznego, czyli 20%. W tym miejscu należy zaznaczyć, że dane te są ustalone przez Policję, więc poprzez chorobę lub zaburzenie psychiczne należy rozumieć sumę wszystkich przypadłości psychicznych, a nie tylko depresję. Policja nie prowadzi statystyk z wyszczególnieniem chorób lub zaburzeń psychicznych.

²⁴ P. C. Kendall, *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Techniki terapeutyczne dla profesjonalistów i rodziców*, GWP, Gdańsk 2012.

²⁵ J. R. Weisz, A. Kazdin, *Metody w psychoterapii dzieci i młodzieży oparte na dowodach*, Wyd. UJ, Kraków 2020.

²⁶ I. Namysłowska (red.), *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży: wybrane zagadnienia*, Wyd. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2000.

²⁷ J. Bomba, R. Modrzejewska, M. Pilecki, *Depresyjny przebieg dorastania jako czynnik ryzyka powstawania zaburzeń psychicznych - piętnastoletnie badania prospektywne*, *Psychiatria Polska*, 2003; 1: s.57-69.

²⁸ M. Dudek, *Depresja wśród młodzieży licealnej*, *Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych*. 2014;(LXVII):s. 139–51.

²⁹ P. M. Lewinsohn, P. Rohde, J. R. Seeley, *Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts*, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1994;62(2): s. 297-305.

³⁰ P. C. Kendall, *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Techniki terapeutyczne dla profesjonalistów i rodziców*, GWP, Gdańsk 2012

Samobójstwa popełnione w obrębie osób dotkniętych schorzeniem psychicznym uległy znacznemu zmniejszeniu (kolumna nr 5).

Tabela 1. Zestawienie samobójstw w populacji ogólnej Polski³¹

Rok	Kolumna 1.	Kolumna 2.	Kolumna 3.	Kolumna 4.	Kolumna 5.
2017	47%	53%	29%	19%	45%
2018	46%	53%	25%	20%	43%
2019	44%	51%	24%	18%	37%
2020	43%	50%	24%	20%	35%
2021	38%	46%	18%	21%	30%
2022	35%	45%	16%	20%	26%
2023	35%	46%	15%	22%	26%
2024	32%	43%	14%	21%	24%

Kolumna nr 1: Procent zgonów na skutek popełnionych samobójstw do sumy wszystkich prób samobójstw (nieudanych i zakończonych zgonem).

Kolumna nr 2: Procent zgonów mężczyzn na skutek popełnionych samobójstw do sumy prób samobójczych mężczyzn (nieudanych i zakończonych zgonem).

Kolumna nr 3: Procent zgonów kobiet na skutek popełnionych samobójstw do sumy prób samobójstw kobiet (nieudanych i zakończonych zgonem).

Kolumna nr 4: Procent zgonów na skutek popełnionych samobójstw w wyniku choroby psychicznej lub zaburzenia psychicznego do sumy wszystkich samobójstw (nieudanych i zakończonych zgonem).

Kolumna nr 5: Procent zgonów na skutek popełnionych samobójstw w wyniku choroby psychicznej lub zaburzenia psychicznego do sumy samobójstw popełnionych w wyniku choroby psychicznej lub zaburzenia psychicznego (nieudanych i zakończonych zgonem).

W Tabeli 2 zestawiono samobójstwa w różnych grupach wiekowych, jednakże bez rozróżnienia na płeć oraz przyczynę próby samobójczej. Dzieci w wieku 0-6 lat nie targnęły się na swoje życie. Pod względem samobójstw skutecznych najbardziej widoczne są wahania w grupie wiekowej 7-12 lat, gdzie trudno znaleźć jakąkolwiek tendencję. W pozostałych grupach wiekowych (13-18 lat), (19-24lat), (25-29 lat) oraz osoby powyżej 30 lat widać tendencję spadkową na przestrzeni lat pod względem samobójstw skutecznych. Samobójstwa popełnione w grupach młodych dorosłych (19-24 lat) oraz (25-29 lat) są najbardziej widoczne.

Zestawiając Tabelę 1 oraz Tabelę 2 wprost widać tendencję spadkową skutecznych samobójstw. Zjawisko to może być wynikiem kilku synergicznych podstaw:

1. Edukacja w zakresie zdrowia psychicznego. Spotkania i warsztaty w szkołach oraz ogólnopolskie projekty, np. Światowy Dzień Walki z Depresją, który w Polsce jest obchodzony 23. lutego.

2. „Odkłamanie” szukania pomocy u specjalistów i wizyta psychologia lub psychiatry, czyli zaniechanie stygmatyzacji osób chorych lub zaburzonych psychicznie.

3. Obecność osoby chorej w otoczeniu, co wydaje się paradoksalne. Biorąc pod uwagę, że coraz więcej osób ma problemy w zakresie zdrowia psychicznego, to jest większe

³¹ Opracowanie własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji: *Zamachy samobójcze od 2017 roku*, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html> (dostęp online 15.09.2025)

prawdopodobieństwo znajomości z taką osobą. Jeśli weźmiemy pod rozwagę, że osoba tak wprost mówi o swojej dolegliwości i leczeniu, to w ostateczności okazuje, że jest dobrym znajomym, porządnym człowiekiem, który chodzi do pracy lub szkoły i żyje normalnie.

Tabela 2. Zestawienie samobójstw w wybranych populacjach wiekowych w Polsce³²

Rok	Grupa wiekowa 0-6 lat	Grupa wiekowa 7-12 lat	Grupa wiekowa 13-18 lat	Grupa wiekowa 19-24 lat	Grupa wiekowa 25-29 lat	Grupa wiekowa powyżej 30 lat
2017	0%	4%	16%	31%	34%	55%
2018	0%	19%	12%	30%	35%	53%
2019	0%	9%	10%	29%	34%	51%
2020	0%	3%	13%	28%	34%	49%
2021	0%	2%	9%	22%	30%	46%
2022	0%	7%	7%	19%	28%	45%
2023	0%	8%	7%	18%	29%	44%
2024	0%	3%	6%	17%	28%	41%

W ostatnich latach coraz więcej się mówi o problemie depresji dzieci, młodzieży i młodych dorosłych, co przekłada się na prowadzone spotkania w szkołach i różne projekty edukacyjne. Kwestia samobójstw dzieci i młodzieży celowo jest pomijana w opisie depresji i podczas różnorodnych spotkań i warsztatów edukacyjnych, ponieważ może powodować niezdrową fascynację oraz próby naśladowania. Zjawisko to jest nazywane „efektem Wernera” i odnosi się do nagłośnienia samobójstwa, wówczas samobójca staje się „bohaterem” reportaży medialnych i ogólnego zainteresowania, co niejednokrotnie pociąga za sobą inne osoby dokonujące samobójstwa. Nazwa efektu odnosi się do głównego bohatera powieści epistolarnej Johanna Wolfganga von Goethego pt. „Cierpienia młodego Wertera”, w której bohater romantyczny popełnia samobójstwo. Do dzisiaj powieść ta budzi mieszane uczucia ze względu na rozstrzygnięcie losów głównego bohatera.

Podsumowanie

Zagadnienia związane z funkcjonowaniem oraz chorobami układu nerwowego są realizowane na lekcjach biologii. Należałoby zwrócić większą uwagę na zaburzenia sfery psychicznej i przybliżyć problemy natury emocjonalnej, którą również posiadają dzieci wbrew dotychczasowej opinii. Jak wynika z przeprowadzonej analizy piśmiennictwa problem zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży nie może być pomijany. Na godzinach wychowawczych nauczyciele mogą się pochylić nad tym problemem i wskazać możliwości szukania pomocy przez swoich podopiecznych. Stygmatyzacja osób leczonych psychiatrycznie ulega zatarciu, niemniej jednak w tym aspekcie należy wciąż edukować młodzież, że psychiatria jest specjalizacją lekarską jak każda inna. Ciekawym rozwiązaniem wydaje się również przeprowadzenia samooceny uczniów za pomocą arkusza Beck’a (ang. *Beck Depression Inventory*, BDI). Skala depresji Beck’a składa się z 21 pytań, na które osoba samodzielnie udziela odpowiedzi, a następnie sumuje punkty i porównuje z opracowanymi normami. Jest tania i dostępna metoda przesiewowego rozpoznania objawów depresji. Kolejnym etapem wydaje się przedstawienie uczniom możliwości i drogi szukania pomocy, co przedłoży się na szybsze i bardziej celowane wdrożenie terapii farmakologicznej lub psychologicznej.

³² opracowanie własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji: *Zamachy samobójcze od 2017 roku*, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html> (dostęp online 15.09.2025)

Bibliografia:

1. Beck J. S., *Terapia poznawczo-behawioralna. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Wyd. UJ, Kraków 2012.
2. Bomba J., Modrzejewska R., Pilecki M., *Depresyjny przebieg dorastania jako czynnik ryzyka powstawania zaburzeń psychicznych - piętnastoletnie badania prospektywne*, *Psychiatria Polska*, 2003; 1: s. 57-69.
3. Carlson G.A., Kashani J.H., *Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies*, *Am. J. of Psychiatry*, 1988; s. 145: 1222-1225.
4. Carr A., *Depresja i próby samobójcze młodzieży. Sposoby przeciwdziałania i reagowania*, GWP, Gdańsk 2004.
5. Dudek D., Siwek M., *Współwystępowanie chorób somatycznych i depresji*, *Psychiatria*, 2007, 4(1), s.17–24.
6. Dudek M., *Depresja wśród młodzieży licealnej. Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych*. 2014;(LXVII):s. 139–51.
7. Gałęcki P. (red.), *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5-TR*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2024.
8. Goodman R., Scott S., *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2000.
9. Kendall P. C., *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Techniki terapeutyczne dla profesjonalistów i rodziców*, GWP, Gdańsk 2012.
10. Lewinsohn P. M., Rohde P., Seeley J.R., *Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts*, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1994;62(2): s. 297-305.
11. Link-Dratkowska E., *Depresja dzieci i młodzieży – podejście poznawczo-behawioralne. Teoria i terapia*, *Psychiatr.*, 2011; 8(3): s. 84-90.
12. Liu X., Buysse D. J., Gentzler A. L., Kiss E., Mayer L., Kapornai K., Vetró A., Kovacs M., *Insomnia and hypersomnia associated with depressive phenomenology and comorbidity in childhood depression*, *Sleep* 2007; 30 (1): s. 83–90.
13. Modrzejewska R., Bomba J., *Porównanie rozpowszechnienia depresji w populacji 13-letniej młodzieży krakowskich szkół średnich w latach 1984 i 2001*, *Psychiatria Polska*, 2004, 1, s. 469-479.
14. Namysłowska I. (red.), *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży: wybrane zagadnienia*, wyd. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2000.
15. Pataki C. S., Carlson G.A., *Childhood and adolescent depression: a review*, *Harv. Rev. Psychiatry*, 1995; 3: s.140–154.
16. Pużyński S., Wciórka J. (red.), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, t. 1-2, UWM "Vesalius" i Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 2000.
17. Rabe-Jabłońska J. (red.), *Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży*, PZWL, 2014
18. Raczkowski A., *Depresja dzieci i młodzieży – zjawisko i perspektywa pomocy*, *Wychowanie w rodzinie XIV*, 2017; 2, 315-329.
19. Wciórka J. (red.), *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.
20. Weisz J. R., Kazdin A., *Metody w psychoterapii dzieci i młodzieży oparte na dowodach*, Wyd. UJ, Kraków 2020/
21. *Zamachy samobójcze od 2017 roku*, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html> [dostęp online 15.09.2025]