

Depresyjność osób we wczesnej dorosłości

Wojciech Piestrzyński

Akademia Pomorska w Słupsku
Instytut Bezpieczeństwa i Zarządzania
<https://orcid.org/0000-0002-0435-4557>
wojciech.piestrzyński@apsl.edu.pl

Dariusz Sarzała

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
Wydział Nauk Społecznych
<https://orcid.org/0000-0002-4574-5132>
dariusz.sarzała@uwm.edu.pl

Depressiveness of people in early adulthood

The article addresses the issue of depression and variables of age and gender. The study assumed that people in early adulthood (aged 20-35). At the same time, a hypothesis was put forward, which was determined by the statement – gender determines the intensity of depression symptoms in such a way that men present a lower intensity of the features characteristic for depression. A Beck's Inventory (IDB – Beck Depression Inventory) and non-standardized questionnaire regarding the sense of security were used in the research. A total of 189 people were tested (F20-35 – 91; M20-35 – 98). Based on the analysis of the research it was established: the age of the respondents does not differ statistically ($p = .12$). In the case of the intensity of depression, there are significant differences between the studied women and men ($p = .01$). Early adulthood is not free from depressive states. Most respondents do not experience it. Young people present a sense of security in a moderate (subjective) way. Depressiveness is a determinant of the sense of security of the surveyed women. The symptoms of depression in higher intensity are noticeable in the examined women.

Keywords: depressiveness; gender; early adulthood

Wprowadzenie

W ostatnich latach zaburzenia depresyjne stały się jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych współczesnych społeczeństw. Depresja należy do najczęściej występujących zaburzeń psychicznych, na którą choruje w skali globalnej 350 mln ludzi (Marcus i in., 2012). Światowa Organizacja Zdrowia prognozuje, że w najbliższym czasie depresja stanie się na świecie drugą, po chorobie niedokrwiennej serca, najczęściej diagnozowaną chorobą oraz przyczyną niepełnosprawności, a w 2030 roku będzie prawdopodobnie stanowić główną przyczynę inwalidztwa (Rybakowski, 2010). Obszar badań dotyczących depresyjności w kontekście poczucia bezpieczeństwa osób we wczesnej dorosłości nie jest jeszcze w wystarczającym stopniu przedmiotem analiz naukowych, bowiem w literaturze przedmiotu brakuje opracowań naukowych poświęconych tej problematyce.

Pojęciem depresji określanymi jest zarówno stan obniżonego nastroju, jak i utraty zainteresowań oraz zmniejszenia energii, wpływający negatywnie na funkcjonowanie człowieka. Jest to więc zaburzenie życia emocjonalnego, a jego podstawowy objaw to dominujące uczucie smutku, przygnębienia oraz zniechęcenia. W literaturze przedmiotu podkreśla się również, że w przypadku depresji pojawiają się często zaburzenia koncentracji uwagi i zdolności myślenia, utrata poczucia własnej wartości, poczucie winy, zahamowanie lub niepokój, zaburzenia snu oraz zmiany łaknienia i masy ciała. Należy jednak zaznaczyć, że problem depresji ma miejsce w sytuacji, gdy w obrazie klinicznym wymienione objawy zaczynają dominować (Bidzan, 2011).

Wśród objawów (podstawowych) depresji wymienia się: obniżenie nastroju, utrata zainteresowań i/lub anhedonia, spadek energii lub zwiększona męczliwość. Wskazuje się także na objawy dodatkowe, takie jak utrata wiary w siebie i poczucia własnej wartości, zakłócenia rytmu snu i czuwania, problemy z pamięcią i koncentracją, nawracające myśli samobójcze, nieracjonalne poczucie winy, zmiana apetytu, spowolnienie i niepokój (Kurpas, Steciwko, 2006).

W psychiatrii definicja pojęcia „depresji” zakwalifikowana została do grupy zaburzeń psychicznych i analizowana jest w kontekście specyficznego aspektu zaburzeń nastroju oraz emocji. Podkreśla się, że cechą charakterystyczną depresji są nie tylko wahania nastroju, ale także szereg istotnych nieprawidłowości w funkcjonowaniu na poziomie zawodowym, społecznym, a także edukacyjnym. Zaburzeniom depresyjnym zawsze towarzyszy długotrwała niezdolność do działania, nawet w sytuacji, kiedy choremu udaje się radzić z codziennymi problemami (Lelonek, Wiraszka, 2016). Badacze tej problematyki wskazują dwie kluczowe formy zespołów depresyjnych: 1) depresja z dużym lękiem i niepokojem psychoruchowym, 2) wariant asteniczno-depresyjny (szerzej: Pużyński 2002). W przypadku osób doświadczających stanów depresyjnych dość

często wraz z lękiem i niepokojem występuje nastrój depresyjno-drażliwy, bojaźliwy z różnorodną paletą ekspresji emocjonalnych (lamentu, zawożenia, rozpacz, niepokoj, wzywania pomocy) (Filipska, Pietrzykowski, 2015). Wielu pacjentów informuje również o występowaniu skarg hipochondrycznych, przybierających postać urojeń. Wśród innych objawów wskazywane są także urojenia kłęski materialnej, przeświadczenia o okoliczności bez wyjścia, poczucie winy, grzeszności i pokuty. Wskazany kształt zespołu depresyjnego, określane dotychczas był obrazem klinicznym depresji starczej, obecnie występuje coraz rzadziej (Filipska, Pietrzykowski, 2015). Natomiast w przypadku wariantu asteniczno-depresyjnego dominuje pasywność, abulia, utrata różnego rodzaju hobby oraz uczucie obniżonej aktywności fizycznej i psychicznej, głównie intelektualnej, występujące z samopoczuciem depresyjnym (Pużyński, 2002).

W nieleczonej depresji człowiek wycofuje się z życia społecznego, zaczyna unikać aktywności zawodowej, kontaktów z innymi ludźmi, koncentrując się na wewnętrznym negatywnym stanie emocjonalnym. Stany depresyjne powodują także często zaburzenia odżywiania (prowadzące do szeregu następstw somatycznych), autoagresję, myśli i próby samobójcze (Florczak, 2016).

Narastające zjawisko depresji, zagrażające bezpośrednio psychicznemu bezpieczeństwu zdrowotnemu współczesnych społeczeństw, spowodowało, że zaczęły powstawać programy ochrony zdrowia psychicznego. Komisja Europejska wydała w 2005 r. Zieloną Księgę na rzecz poprawy zdrowia psychicznego ludności oraz strategii zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej, której omówienie przekracza ramy niniejszego opracowania (Florczak, 2016).

Istnieje wiele teorii próbujących wyjaśnić etiologię depresji, w których uwagę zwraca się głównie na podłoże biologiczne i społeczne. Najczęściej wskazuje się na przyczyny o charakterze endogennym i egzogennym. Podkreśla się, że depresja endogenna uwarunkowana jest biologicznie, a egzogenna posiada ma psychospołeczne. Obecnie badacze tej problematyki podkreślają w takim samym stopniu znaczenie podłoża neuroanatomicznego depresji, jak również psychologiczno-społecznego (Kurcz, Skarżyńska, 2005). Należy jednak zaznaczyć, że przyczyny powstania depresji są złożone i trudne do wyjaśnienia, gdyż najczęściej stanowią splot przeszłości i terażniejszości z udziałem różnego rodzaju sytuacji stresowych występujących na przestrzeni całego życia człowieka (zob. Atkinson, 2008).

Analizując problematykę depresji w kontekście jej etiologii nie można jednak pominąć problematyki związanej z poczuciem bezpieczeństwa człowieka, które jest pojęciem wieloznacznym, różnie rozumianym i analizowanym w zależności od obszaru zainteresowań danej dyscypliny czy dziedziny wiedzy (Florczak, 2016). Występuje ono również w połączeniu z innymi pojęciami, co sprawia, że uzyskuje kolejne konteksty znaczeniowe. Istnieje więc nie tylko różnorodność, lecz także brak jednoznaczności w rozumieniu pojęcia bezpieczeństwa (Pomykała, 2010).

Terminem „bezpieczeństwo” najczęściej określa się stan pewności, spokoju, jego zabezpieczenia i odczuwania oraz brak zagrożenia, a także ochrony przed niebezpieczeństwem (Barnaszewski, 2005). W przypadku bezpieczeństwa mamy więc do czynienia z sytuacją cechującą się brakiem ryzyka utraty czegoś, co w sposób szczególny cenimy, np. zdrowie, pracę, szacunek, uczucia, dobra materialne (Borkowski, 2000). Stanowi ono jednocześnie podstawową potrzebę każdego człowieka i grup społecznych. Bezpieczeństwo można więc spostrzegać jako wartość konieczną do życia i rozwoju (Barnaszewski, 2005), która wyzwala aktywność człowieka i jest jednym z warunków samorealizacji. Ogólnie ujmując, bezpieczeństwo jest stanem (czy też procesem), który zapewnia człowiekowi poczucie pewności istnienia i stanowi gwarancję na jego zachowanie i doskonalenie (Jarmoszko, 2014).

Poczucie bezpieczeństwa może mieć wymiar subiektywny lub obiektywny i może być rozumiane jako stan lub proces, ponadto ma związek zarówno z przetrwaniem danego podmiotu, jak i sytuacją umożliwiającą jego rozwój. Stan bezpieczeństwa można rozpatrywać w kilku kategoriach, jako: 1) stan braku bezpieczeństwa (ma miejsce wówczas, kiedy w sposób adekwatny jest spostrzegane zagrożenie); 2) stan obsesji (kiedy niewielkie zagrożenie postrzegane jest w kategoriach dużego zagrożenia); 3) stan fałszywego bezpieczeństwa (występuje w sytuacji zlekceważenia dużego zagrożenia); 4) stan bezpieczeństwa (niewielkie zagrożenie jest postrzegane adekwatnie). Warto także podkreślić, że podmiotowy wymiar bezpieczeństwa można rozpatrywać z perspektywy międzynarodowej, państwa i jednostki (Głogowska, Zdrojewska, Wagner, 2011).

Należy również zaznaczyć, że potrzeba bezpieczeństwa jest jedną z najważniejszych i najbardziej podstawowych potrzeb psychicznych (Maslow, 2006). Niezaspokojenie tej potrzeby powoduje nie tylko doraźne przeżycia lękowe, lecz może prowadzić do trwałych zaburzeń w funkcjonowaniu układu nerwowego, co z kolei negatywnie wpływa na funkcjonowanie emocjonalne i społeczne, a niekiedy może też rzutować na sferę poznawczą człowieka. Poczucie braku bezpieczeństwa nieustannego zagrożenia, potęgując stany lękowe, może sprawić, że człowiek nie potrafi radzić sobie z problemami życiowymi, sytuacjami stresogennymi. Na skutek przedłużającej się sytuacji stresowej zaczynają zawodzić wszystkie psychologiczne mechanizmy obronne. W konsekwencji długotrwałe stany lękowe mogą prowadzić do ciężkich stanów depresyjnych. W wielu przypadkach człowiek w sytuacji ciągłego stresu lub długotrwałego poczucia zagrożenia przyjmuje „długotrwałą” postawę obronną. Sytuacja taka sprawia, że w wyniku działania mechanizmów może zachodzić do zaburzenia oceny rzeczywistości oraz całkowitej utraty poczucia bezpieczeństwa, co w dłuższym okresie może doprowadzić do zaburzenia zdrowia psychicznego i somatycznego (Strelau, 2000). W tym przypadku na skutek przedłużającej się sytuacji stresowej zaczynają zawodzić wszystkie psychologiczne mechanizmy obronne.

W wielu przypadkach zaburzenia depresyjne zaczynające się już w bardzo młodym wieku mają charakter nawracający, a także obniżają poziom poczucia bezpieczeństwa emocjonalnego i możliwość prawidłowego funkcjonowania. Depresja może mieć miejsce w każdym przedziale wiekowym, lecz szczyt jej występowania szacuje się najczęściej pomiędzy 30. a 40. a także 50. a 60. rokiem życia (Lewinsohn, Hops, Roberts, 1993). W sposób szczególny depresją zagrożone są zatem osoby młode, znajdujące się w okresie wczesnej dorosłości, co związane jest z dużą liczbą różnych zagrożeń i konfliktów, jakie ujawniają się na nowej, dorosłej drodze życia człowieka (Brzezińska, 2002). Należy jednocześnie podkreślić, że wczesny okres dorosłości przypadający na lata między 20 a 30/35 rokiem życia jest okresem swoistego uczenia się nie tylko podejmowania, lecz także wywiązywania się z nowych zobowiązań i zadań. Wchodzenie w okres wczesnej dorosłości wiąże się bowiem z budowaniem realnej wizji swojej przyszłości, podjęciem studiów, rozpoczynaniem pracy zawodowej, zawarciem związku małżeńskiego oraz z wydaniem na świat potomstwa.

Jak twierdzi Levinson (Miś, 2000), na wczesną dorosłość składają się z trzy następujące etapy: wchodzenie w role, redefinicja pełnionych ról oraz ustanowienie swojego miejsca w świecie dorosłych. W okresie tym intensyfikują się zadania w trzech obszarach: 1) aktywności zawodowej, 2) związania się z partnerem życiowym, przyjacielem, osobą bliską, 3) założenia własnej rodziny (Smykowski, 2004).

Podejmowanie w okresie wczesnej dorosłości, szeregu nowych zadań i ról społecznych o wzrastającym stopniu trudności może wiązać się z dużą liczbą różnych typów konfliktów (Brzezińska, 2002) mogących stanowić źródło stresu. W okresie wczesnej dorosłości ma miejsce duża liczba, silniej niż w późniejszych fazach życia, przeżywanych sytuacji stresowych, związanych z podejmowaniem się nowych różnych ról społecznych, co prowadzić może, w dłuższym przedziale czasowym, do zaburzeń emocjonalnych (por. Bee, 1998), w tym stanów depresyjnych.

1. Metoda

W badaniach zastosowano Inwentarz A. Becka (*Beck Depression Inventory* – BDI) oraz niestandardyzowany kwestionariusz dotyczący poczucia bezpieczeństwa. Przebadano łącznie 189 osób (K20-35 – 91; M20-35 – 98). Badanie osób we wczesnej dorosłości nakierowane na zdiagnozowane depresji, mimo że istnieje możliwość wyboru skali spośród wielu, nie jest łatwym zadaniem. Zasadniczo badają one zespół objawów, który musi być czytelny przez odpowiednio długi czas i poprzez odpowiednie natężenie. Do najczęściej stosowanych należą: Inwentarz Depresji Becka (BDI), Geriatryczna Skala Oceny Depresji Yesavagea, Skala Depresji Hamiltona. Kwestionariusz BDI-1 pochodzi z 1961 roku i nie miał polskiej adaptacji. Traktuje się go jako przesiewowe narzędzie diagnostyczne, które

umożliwia dokonanie pomiaru natężenia występujących objawów depresji, i często stosuje w klinicznej praktyce. Odpowiedzi na 21 pytań udziela sam badany, korzystając ze skali od 0 do 3, gdzie wartość 0 oznacza, że opisany symptom nie występuje. Niskie wyniki sugerują brak występowania depresji, wyższe (w zależności od liczby punktów) interpretuje się jako depresję łagodną, umiarkowaną lub głęboką (ciężką). Geriatryczna Skala Oceny Depresji – GSD (powstała w 1983 roku) najczęściej znajduje zastosowanie na oddziałach geriatrycznych i ma dwie wersje – pierwsza (pełna) składa się z 30, natomiast druga (skrótowa) z 15 pytań. Uważa się, że zawarte w niej pytania są zbyt ogólne i nie mają adekwatnego odniesienia do funkcjonowania. Skala depresji Hamiltona (HAM-D) należy do narzędzi opartych na obserwacji pacjenta (kwestionariusz na podstawie obserwacji wypełnia lekarz) i stąd dobrze sprawdza się w pracy lekarza pierwszego kontaktu (Humiętka, Targowski, 2018; Więclawska 2005). Charakterystyka powyższych narzędzi diagnozujących objawy depresji z racji badań grupowych, wieku badanych, jednocześnie funkcjonujących poza oddziałami szpitalnymi, ukierunkowała wybór na Inwentarz Depresji Becka (BDI).

2. Analiza wyników i dyskusja

Poniższe wyniki miały dać odpowiedź na następujące problemy badawcze:

1. Czy kobiety we wczesnej dorosłości różnią się od młodych mężczyzn w nasileniu występowania cech charakterystycznych dla depresji?
H-1 Kobiety prezentują wyższe niż mężczyźni nasycenie cech charakterystycznych dla depresji.
2. Jaki odsetek badanych osób jest wolny od symptomów depresyjnych?
H-2 Osoby wolne od symptomów depresyjnych stanowią większość w grupie badanych kobiet i mężczyzn.

W celu ustalenia, czy badane grupy są wobec siebie podobne wiekowo, skorzystano ze statystyk opisowych i ustalono, że kobiety i mężczyźni, którzy wzięli udział w badaniach nie różnią się wiekowo pod względem statystycznym ($p = .12$). Był to konieczny warunek wstępny do przeprowadzenia zasadniczych analiz, zgodnych z przyjętą problematyką badań.

Tabela 1

Rozkład częstotliwości wieku badanych kobiet

Klasa	N	%	KS (D)	p
20-23	27	29,60		
24-27	32	35,20		
28-31	16	17,16	.14	.03 (rozkład nienormalny)
32-35	16	17,16		
Razem	91	100,00		

Analizując rozkład częstotliwości wieku badanych kobiet (tabela 1), można zauważyć, że największą grupę stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 24-27 lat = 35,20%, a pozostałe przedziały wiekowe były reprezentowane w następujący sposób: 20-23 lata = 29,60%; 28-31 lat = 17,16%; 32-35 lat = 17,16%. Rozkłady w poszczególnych podgrupach badanych mężczyzn nieco się różniły od powyżej zaprezentowanych i wynosiły (patrz tabela 2): 24-27 lat = 38,70%; 28-31 lat = 28,60%; 20-23 lata = 19,40%; 32-35 lat = 13,30%. Pomimo to badane grupy, analizowane w całości, nosiły cechy statystyczne, które nie różniły ich istotnie. W obu przypadkach (dotyczy to grupy mężczyzn i grupy kobiet) rozkłady okazały się nienormalne.

Tabela 2

Rozkład częstotliwości wieku badanych mężczyzn

Klasa	N	%	KS (D)	p
20-23	19	19,40		
24-27	38	38,70		
28-31	28	28,60	.13	.03 (rozkład normalny)
32-35	13	13,30		
Razem	98	100,00		

Mając na uwadze zjawisko występowania symptomów depresji wśród młodych osób, należy podkreślić, że zachodzą statystyczne różnice ich natężenia w badanych grupach ($p = .01$). Większe nasycenie depresyjnych cech można zauważyć u młodych kobiet. Jednocześnie mężczyźni (a właściwie symptomy depresyjne) mają większy rozrzut na skali natężenia. Z drugiej strony to nie zmienia wyników ogólnych, ponieważ wysokie wartości punktowe wyników surowych (niezależnie czy jest to 34, czy choćby 58) i tak są charakterystyczne dla ciężkiej (głębokiej) depresji. O ostatecznym obrazie tego zjawiska świadczy średnia ($K20-35 = 9,03$, $M20-35 = 7,85$),

Tabele 3 i 4 opisują nasilenie depresji wśród badanych mężczyzn i badanych kobiet. Te ostatnie w 62,59% przypadków nie wykazują cech depresyjnych, 18,71% dotyka lekka depresja, 14,30% umiarkowana, 4,40% głęboka. W przypadku mężczyzn wolnych od symptomów depresyjnych jest 79,60%, 14,30% przechodzi lekki lub umiarkowany wymiar, a 6,10% jest doświadczonych głębokim stanem. Badając rozkład depresyjności, podobnie jak w poprzednich analizach, uzyskano rozkłady nienormalne. Powyższe wyniki muszą niepokoić, ponieważ potwierdzają dotychczasowe badania (zasygnalizowane w części teoretycznej artykułu), że depresja przestała być przypisywana tylko wiekowi senioralnemu. Staje się wyzwaniem, z którym muszą się zmagać i młodsze pokolenia.

Tabela 3

Rozkład częstotliwości depresji badanych kobiet

Klasa	N	%	KS (D)	p
0-7	47	51,60		
8-15	25	27,50		
16-23	13	14,30	.15	.029 (rozkład nienormalny)
24-31	4	4,40		
32-39	2	2,20		
Razem	91	100,00		

Tabela 4

Rozkład częstotliwości depresji badanych mężczyzn

Klasa	N	%	KS (D)	p
0-12	78	79,60		
13-25	14	14,30		
26-38	3	3,10	.13	.034 (rozkład nienormalny)
39-51	2	2,00		
52-64	1	1,00		
Razem	98	100,00		

Podsumowanie

Warto podkreślić, że wczesna dorosłość nie jest wolna od stanów depresyjnych. Coraz częściej dotyczą tych, którzy są na „starcie” dorosłego życia. Może przerastają ich stawiane przed nimi zadania lub sami zbyt wysokie stawiają przed sobą. Należy również zaznaczyć, że większość badanych nie doświadczyła depresji. Odnosząc się do badanej problematyki, należy także zaznaczyć, że ludzkie wyzwania i dramaty nie sposób mierzyć statystycznie. Trauma każdej osoby jest ważna, niepowtarzalna i godna wsparcia. Nie można również zapominać, że człowiek pozostając istotą społeczną, wszystkie swoje niedostatki przenosi na innych członków grup społecznych.

Przeprowadzona analiza wskazuje także, że depresyjność jest determinantą życia kobiet. Symptomy depresji w wyższym natężeniu zauważalne były w przypadku badanych kobiet. Nie oznacza to jednak, że wśród badanych mężczyzn nie ma osób, które warunkują swoje funkcjonowanie od natężenia stanów depresyjnych. Wydaje się, że za występowanie stanów depresyjnych konkretnej jednostki współodpowiedzialność biorą wszyscy członkowie społeczności, w której żyje.

Bibliografia

- Atkinson, S. (2008). *Jak wydobyć się z depresji*. Warszawa.
- Barnaszewski, A. (2005). Istota pojęcia i znaczenie bezpieczeństwa w funkcjonowaniu jednostek i społeczności. *Zeszyty Naukowe WSOWL*, 4, 77-99.
- Bee, H. (1998). *Lifespan development*. New York.
- Bidzan, L. (2011). Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym. *Medycyna Wieku Podeszłego*, 1(1), 31-41.
- Borkowski, J. i in. (2000). *Słownik terminów z zakresu psychologii dowodzenia i zarządzania*. Warszawa.
- Brzezińska, A. (2002). Dorosłość – szanse i zagrożenia dla rozwoju. W: A. Brzezińska, K. Appelt, J. Wojciechowska (red.), *Szanse i zagrożenia rozwoju w okresie dorosłości* (s. 11-22). Poznań.
- Filipska, K., Pietrzykowski Ł. (2015). Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku – przegląd literatury. *Gerontologia Polska*, 4, 165-200.
- Florczak, A. (2016). Psychologiczne mechanizmy bezpieczeństwa zdrowotnego. *De Securitate et Defensione*, 2(2), 106-107.
- Głogowska, P., Zdrojewska, P., Wagner, H. (2016). Bezpieczeństwo i zagrożenia – wzajemne relacje. *Zeszyty Naukowe PWSZ w Legnicy*, 20(3), 25-32.
- Humięcka, K., Targowski, T. (2018). Trudności diagnostyczne depresji wieku podeszłego- przegląd wybranych skalskriningowych. *Geriatrics*, 12, 44-48.
- Jarmoszko, S. (2014). O bezpieczeństwie zdrowotnym z perspektywy antropologii bezpieczeństwa. Referat wygłoszony na konferencji: „Bezpieczeństwo zdrowotne w Polsce - uwarunkowania personalne i strukturalne”. Siedlce: UPH.
- Koziej, S. (2011). Bezpieczeństwo: istota, podstawowe kategorie i historyczna ewolucja. *Bezpieczeństwo Narodowe*, 18, 19-39.
- Kurcz, I., Skarżyńska, K. (2005). *Słownik psychologii*. Warszawa.
- Kurpas, D., Steciwko, A. (2006). Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego. W: A. Steciwko (red.), *Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego*, vol. 7 (s. 146-155). Wrocław.
- Lelonek, B., Wiraszka G. (2016). Depresja – współczesny problem zdrowia psychicznego i zagrożenie cywilizacji. W: K. Kowalczyk, E. Krajewska-Kułak, M. Cybulski (red.), *Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku*, vol. 2 (s. 16-31). Białystok.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E. i in. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Marcus, M., Yasamy, M. T., Ommeren, M. van, Chisholm, D., Saxena, S. (2012). *Depression. A global Public health Concern*. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization. Pobrano z: https://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf

- Maslow, A. H. (2006). *Motywacja i osobowość*. Warszawa.
- Miś, L. (2000). Ery i fazy rozwoju człowieka dorosłego w ujęciu Daniela J. Levinsona. W: P. Socha (red.), *Duchowy rozwój człowieka* (s. 45-60). Kraków.
- Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R. i in. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2197-2223.
- Pomykała, M. (2010). Bezpieczeństwo – w poszukiwaniu definicji. *Zeszyty Naukowe Politechniki Rzeszowskiej: Zarządzanie i Marketing*, 17(4), 107-114.
- Pużyński, S. (2002). *Depresje i zaburzenia afektywne*. Warszawa.
- Rybakowski, J. (2010). Postępy diagnostyki i terapii depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej. *Przewodnik Lekarza*, 2, 125-130.
- Smykowski, B. (2004). Wczesna dorosłość – szanse rozwoju. *Remedium*, 2(132), 4-5.
- Strelau, J. (2000). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk.
- Więclawska, A. (2005). *Nieletnie dziewczęta samotnie wychowujące dzieci a ich przygotowanie do radzenia sobie z ograniczeniami losu*. Toruń: UMK.