

MONIKA SPOTOŃ-WYDRA

Wybrane zasoby osobiste a nasilenie symptomów depresyjnych u dzieci – badanie pilotażowe

Personal resources and the intensity of depression symptoms in children – a pilot study

Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Wydział Nauk Społecznych, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

KEYWORDS

depression, child, self-efficacy, locus of control

SUMMARY

Introduction. Depression is one of the most serious mental problems in children and adolescents. Over recent years, there has been an increase in the incidence of depression and a reduction in the age of onset of the first symptoms of the disease.

Aim. To investigate the relationship of the locus of control and a sense of self-efficacy with the intensity of symptoms depression in children.

Material and methods. The study was designed for 45 students (24 boys and 21 girls) attending the 5th grade primary school. Each child completed the Children's Depression Inventory (Kovacs), Scale Sense of Personal Competence (self-efficacy) (Juczyński) and the Scale of Locus of Control – Primary Schools (Mathiak, Seget, Karzel). Pearson's were conducted to investigate correlation the variables with the intensity of depressive symptoms.

Results. The prevalence rate of depressive symptoms in the group of investigate children was high and amounted to 37.8%. Both variables remained in correlation to the intensity of childhood depression. It was found that as the internal sense of control increased, the intensity of depressive symptoms decreased. Children with high level of self-efficacy of their own competence have manifest fewer depressive symptoms.

Conclusions. Many children in the untreated group manifest symptoms of depression. high self-efficacy and internal sense of control are conducive to maintaining mental health in children. The promotion of these personal resources should constitute an important element of preventive strategies and programs, because strengthening the health potential of children will balance and reduce the impact of risk factors.

WPROWADZENIE

W ostatnich latach obserwuje się wzrost rozpowszechnienia depresji (1, 2), a także obniżenie wieku pojawienia się choroby (3). Niezależnie od czasu wystąpienia zaburzenia depresyjne stanowią poważny problem zdrowotny, psychologiczny i społeczny. Prowadzą one do pogorszenia funkcjonowania we wszystkich obszarach życia. Dodatkowo depresja u dzieci i młodzieży istotnie zaburza przebieg rozwoju oraz ma charakter nawrotowy (4, 5). Z uwagi na powyższe niezmiernie ważnym jest ustalenie czynników ochronnych, sprzyjających utrzymaniu zdrowia dzieci i młodzieży. Wiedza na temat charakteru związku posiadanych zasobów z nasileniem objawów depresyjnych może stanowić podstawę do opracowania skutecznych programów i strategii profilaktycznych. Ponadto zasadnym wydaje się twierdzenie, iż rozwijanie zasobów osobistych dzieci i młodzieży przypuszczalnie może kompensować oraz redukować wpływ czynników ryzyka chorób afektywnych.

Dotychczasowe badania zasobów ochronnych zaburzeń depresyjnych były prowadzone głównie wśród młodzieży. Większość autorów koncentrowało się jednak na badaniu środowiskowych czynników chroniących. Najliczniejsze weryfikacje empiryczne dotyczą właściwości środowiska rodzinnego. Ustalono występowanie negatywnego związku pomiędzy depresją wieku rozwojowego a takimi zmiennymi, jak: bezpieczne przywiązanie (6, 7), autorytatywny styl wychowawczy (8), praktyki wychowawcze oparte na umiarkowanej kontroli i efektywnej dyscyplinie (9), bliskie relacje w rodzinie (2), rodzicielska akceptacja (10-12) oraz wsparcie rodzicielskie (13-15). Akcentowanie środowiska rodzinnego, jako czynnika ochronnego depresji o wczesnym początku, wydaje się być podejściem w pełni uzasadnionym. To właśnie rodzina stanowi pierwsze i najistotniejsze środowisko dziecka, a doświadczenia z niej płynące rzutują zarówno na przebieg rozwoju, jak i na funkcjonowanie jednostki

w dorosłym życiu. Określone właściwości środowiska rodzinnego nie wyczerpują jednak w pełni zagadnienia czynników ochronnych zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży. Choć nie sposób przecenić znaczenia rodziny, w toku rozwoju dziecko poszerza rezerwuwar zasobów o zasoby wewnętrzne.

W literaturze przedmiotu odnajdujemy jednak nieliczne doniesienia dotyczące indywidualnych czynników ochronnych. Jak dotąd wykazano, iż depresja u dzieci i młodzieży pozostaje w związku m.in. z przekonaniem o własnej skuteczności (16 za: 17), poczuciem własnej kompetencji (18), poczuciem własnej wartości (19), a także stylami radzenia sobie ze stresem polegającymi na koncentrowaniu się na czynnościach przyjemnych (2).

Szczególnie istotnym zasobem w okresie dzieciństwa wydaje się być poczucie kompetencji osobistej (20), które jest tożsame z pojęciem „poczucia własnej skuteczności” (21-23). „Poczucie własnej skuteczności” (ang. *self-efficacy*) jest ujmowane jako siła indywidualnych przekonań dotyczących posiadania zdolności do radzenia sobie w sytuacjach trudnych (24). Ustalono, iż silne poczucie własnej skuteczności w radzeniu sobie z trudnościami redukuje podatność na stres, lęk oraz depresję. W świetle dotychczasowych weryfikacji empirycznych istotny czynnik chroniący przed wystąpieniem lęku i depresji u dzieci stanowią silne przekonania o własnej skuteczności w zakresie funkcjonowania społecznego, emocjonalnego oraz osiągnięciach w nauce (25).

W literaturze odnajdujemy również doniesienia z badań dotyczące ochronnego charakteru poczucia umiejscowienia kontroli (ang. *locus of control* – LOC). Pojęcie to powstało w latach 60. i ma swój początek w teorii społecznego uczenia się Rottera (26). Umiejscowienie kontroli oznacza indywidualną własnościowość człowieka, która ma charakter wymiaru osobowości. Wymiar ten dotyczy oczekiwania uzyskania określonego wzmocnienia w następstwie działania jednostki. Osoby wewnątrzsterowne spostrzegają uwarunkowania osiągniętych przez siebie rezultatów działania (wzmocnień) we własnym zachowaniu bądź też osobistych, względnie trwałych cechach. Jednostki zewnątrzsterowne żywią poczucie, iż efekt działań jest determinowany czynnikami zewnętrznymi, takimi jak: przypadek, szczęście, los czy też zachowania innych ludzi. Przeprowadzone dotychczas badania wykazują, że osoby z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli cechuje wyższe nasilenie lęku i niepokoju (27). Ponadto wśród osób z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli rozpoznaje się więcej przypadków depresji (28). Związek poczucia umiejscowienia kontroli i depresji u dzieci potwierdziły również badania Moyala (29) oraz McCauleya i wsp. (30). W ich świetle zewnętrzne umiejscowienie kontroli pozostaje w związku z wystąpieniem zaburzeń depresyjnych u dzieci.

Jak wynika z przeprowadzonego przeglądu badań, brak jest wystarczających rozstrzygnięć dotyczących związku pomiędzy zasobami osobistymi a zaburzeniami depresyjnymi u dzieci. Dotychczas prowadzone weryfikacje odnosiły się

w dużej mierze do zewnętrznych czynników chroniących i były zogniskowane wokół rozważań ujmujących określone właściwości środowiska rodzinnego. Ponadto prace licznych z wyżej wymienionych autorów były prowadzone w odniesieniu do młodzieży, co przyczyniło się zarówno do zawężenia wnioskowania, jak i do zmniejszenia zainteresowania depresją występującą w okresie preadolescencji. Biorąc pod uwagę dane epidemiologiczne, w tym głównie fakt obniżenia wieku wystąpienia pierwszego epizodu depresyjnego, zasadnym wydaje się być twierdzenie o konieczności poszerzenia badań nad zjawiskiem depresji o wczesnym początku również do tych, które będą prowadzone w odniesieniu do prób dzieci przed okresem dojrzewania. Dane z nich płynące mogą przyczynić się do uzupełnienia wiedzy dotyczącej poruszanego zjawiska. Nie bez znaczenia jest także fakt, iż większość z przytoczonych powyżej wniosków została wypracowana na podstawie badań przeprowadzonych na próbach spoza Polski.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest poszerzenie wiedzy na temat czynników ochronnych depresji u dzieci poprzez analizę związków zachodzących pomiędzy wybranymi zasobami osobistymi a nasileniem objawów depresyjnych u dzieci. W niniejszym artykule dokonano próby odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jakie jest nasilenie objawów depresyjnych u dzieci?
2. Jakie umiejscowienie kontroli oraz poczucie własnej skuteczności prezentują badane dzieci?
3. Jaki jest charakter związku pomiędzy zasobami osobistymi a nasileniem objawów depresyjnych w grupie nieleczonych dzieci?

MATERIAŁ I METODY

Badana grupa i przebieg badania

Grupę badawczą stanowiło 45 uczniów (24 chłopców i 21 dziewcząt) z losowo wybranych klas V szkół miejskich województwa zachodniopomorskiego. Średnia wieku uczestników wynosiła $M = 11,5$, $SD = 0,35$.

Badanie miało charakter dobrowolny i anonimowy. Przed przystąpieniem do niego rodzice wyrazili pisemną zgodę na uczestnictwo dziecka w badaniu. Kwestionariusze były wypełniane grupowo w czasie lekcji, w obecności psychologa. Każdorazowo psycholog odczytywał instrukcję kwestionariusza, która była wydrukowana na pierwszej stronie arkusza. Średni czas wypełnienia kwestionariuszy wynosił 25 min. Badanie zostało przeprowadzone w lutym i marcu 2017 roku.

Metody

W badaniu wykorzystano następujące metody: Inwentarz Depresji Dziecięcej (CDI) Kovacs (31), Skalę Kompetencji Osobistej (KompOs) Juczyńskiego (32) oraz Skalę Poczucia Kontroli – Szkoły Podstawowe (SPK-SP) Mathiak, Seget, Karzel (33).

Inwentarz Depresji Dziecięcej (CDI) Kovacs jest metodą do oceny depresji, ale także do badania nastroju depresyjnego oraz nasilenia symptomów depresyjnych u dzieci i młodzieży w wieku 8-17 lat. Narzędzie ujmuje poznawcze, afektywne i behawioralne objawy depresji. Składa się z 27 twierdzeń, z których każdy dotyczy jednego symptomu depresji i zaprezentowany jest w postaci trzech różnych odpowiedzi (np. „Jestem smutny od czasu do czasu”) punktowanych od 0 do 2. Ogólny wynik badania mieści się w granicach 0-54 pkt. Zaburzenia depresyjne wyznacza punkt graniczny równy 19 punktów (23), choć zdaniem autorki już wynik wyższy niż 11 punktów wskazuje na lekką depresję (34 za: 35). Rzetelność Inwentarza α Cronbacha wynosi 0,92.

Skala Kompetencji Osobistej (KompOs) Juczyńskiego pozwala na pomiar uogólnionego poczucia własnej skuteczności u dzieci i młodzieży w wieku 11-17 lat. Narzędzie jest złożone z dwóch podskal: A (wytrwałość) i B (siła). Pierwsza odnosi się do dysponowania mocą konieczną do zainicjowania działania, druga ujmuje wytrwałość niezbędną do jego kontynuowania. Metoda jest przeznaczona do grupowego i indywidualnego badania zdrowych i chorych dzieci i młodzieży. Zawiera 12 twierdzeń sformułowanych w połowie pozytywnie i w połowie negatywnie. Badany dokonuje oceny najpierw 6 stwierdzeń odnoszących się do oczekiwań związanych z częstotliwością występowania określonych zachowań (np. „Zazwyczaj, gdy znajduję się w bardzo kłopotliwej dla mnie sytuacji: 1. Znajduję jakieś rozwiązanie; 2. Tracę głowę”), a następnie 6 kolejnych dotyczących podjęcia działania (np. „Zazwyczaj, gdy zamierzam zrobić coś dla mnie ważnego: 1. Robię to, nawet, gdy jestem bardzo zmęczony; 2. Rezygnuję z zamiaru, gdy w telewizji leci mój ulubiony program”). Odpowiedzi oceniane są w skali 4-stopniowej. Odpowiedzi różnią się w zależności od części. W części A badany zaznacza częstotliwość występowania podanych form zachowania od „prawie zawsze” do „prawie nigdy”, w podskali B określa swój stopień aprobaty treści poszczególnych stwierdzeń, dokonując wyboru jednej spośród 4 odpowiedzi, tj. od „tak” do „nie”. Suma punktów jest wskaźnikiem poczucia własnej kompetencji. Respondent uzyskuje dwa wyniki, tj. dla wytrwałości i siły. Im wyższy wynik otrzymuje badany, tym wyższe prezentuje poczucie własnej skuteczności. Rzetelność wewnętrzna, oceniana za pomocą α Cronbacha, wynosi dla całej skali 0,72.

Skala Poczucia Kontroli – Szkoły Podstawowe (SPK-SP) Mathiak, Seget, Karzel przeznaczona jest dla dzieci w wieku

7-12 lat. Skala złożona jest z 20 pozycji testowych (w tym 4 pytania buforowe) badających poczucie kontroli na Skalach Sukcesu i Porażki. Badany wybiera jedną z odpowiedzi wskazującą na zewnętrzne bądź wewnętrzne poczucie kontroli (np. „Kiedy rodzice chwalą Cię: a) To dlatego, że są w dobrym humorze; b) To dlatego, że na to zasłużyłeś”). Ze względu na specyfikę języka polskiego skala stworzona została w dwóch wersjach – dla dziewcząt i dla chłopców – różniących się jedynie strukturami gramatycznymi użytymi w związku z płcią. Odpowiedzi zaznaczone przez dziecko punktuje się w taki sposób, że otrzymuje ono „1” za każde pytanie, w którym wybrało odpowiedź oznaczającą wewnętrzne poczucie kontroli, a „0” – za odpowiedź oznaczającą poczucie kontroli zewnętrznej. Uzyskujemy wynik ogólny mówiący o wewnętrznym bądź zewnętrznym poczuciu kontroli oraz dwa wyniki Podskal Sukcesu i Porażki. Rzetelność skali badana współczynnikiem α Cronbacha wynosi 0,77.

WYNIKI

W tabeli 1 przedstawiono statystyki opisowe oraz korelacje pomiędzy zmiennymi: nasileniem objawów depresyjnych, uogólnionym poczuciem własnej skuteczności oraz umiejscowieniem kontroli. Średni wynik w Dziecięcym Inwentarzu Depresyjności w grupie badanych dzieci wynosi $M = 10,36$ ($SD = 8,41$). Rozpiętość wyników obejmuje przedział od 0 do 47 punktów. W całej badanej grupie znaleźli się uczniowie uzyskujący przeciętne wyniki i dzieci ($N = 17$; 37,8% grupy), które uzyskały rezultat wskazujący na kliniczne nasilenie symptomów depresyjnych. Średnie uogólnione poczucie własnej skuteczności w badanej próbie mieści się w obszarze wyników wysokich ($M = 37,4$; $SD = 6,19$), co świadczy o silnym poczuciu kompetencji osobistych u badanych dzieci. Uzyskane wyniki wskazują również, że uczniowie prezentują wewnętrzne umiejscowienie kontroli ($M = 13,16$; $SD = 2,80$). Badani spostrzegają uwarunkowania osiągniętych rezultatów działań jako wynik własnych zachowań lub osobistych, względnie stałych cech.

W celu weryfikacji powiązań pomiędzy zmiennymi przeprowadzono serię analiz korelacji metodą r Pearsona. Na ich podstawie ustalono, że wraz ze wzrostem wewnętrznego poczucia kontroli, obniża się stopień nasilenia objawów depresyjnych ($R = - ,48$; $p < ,001$). Postrzeganie przez dzieci przyczyn określonych zdarzeń jako rezultatu własnej aktywności lub indywidualnych zasobów wiązało się z niższym

Tab. 1. Statystyki opisowe i wyniki korelacji r Pearsona pomiędzy zmiennymi: nasileniem objawów depresyjnych, uogólnionym poczuciem własnej skuteczności i umiejscowieniem kontroli

N = 45	M	SD	1	2	3
Nasilenie objawów depresyjnych	10,36	8,41			
Uogólnione poczucie własnej skuteczności	37,4	6,19	-,38**		
Umiejscowienie kontroli	13,16	2,80	-,48***	,39**	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

nasileniem symptomów zaburzeń depresyjnych. Podobny związek dotyczył uogólnionego poczucia własnej skuteczności. Wraz ze wzrostem poczucia kompetencji osobistej obniżał się poziom depresji ($R = - ,38; p < ,01$). Ponadto ustalono, iż wraz ze wzrostem wewnętrznego umiejscowienia kontroli, wzrastał poziom poczucia własnej skuteczności ($R = ,39; p < ,01$). Siła tego związku jest umiarkowana.

DYSKUSJA

Celem niniejszej pracy było poszerzenie wiedzy na temat czynników ochronnych zdrowia poprzez analizę związków zachodzących pomiędzy wybranymi zasobami osobistymi a nasileniem objawów depresyjnych u dzieci. Przeprowadzone badania dowiodły ochronnego charakteru poczucia kompetencji osobistej oraz umiejscowienia kontroli w zaburzeniach depresyjnych.

Wybór pierwszej ze zmiennych (poczucia własnej skuteczności) uzasadniły aspekty rozwojowe. Dzieci w okresie preadolescencji stoją u progu rozwiązania opisywanego przez Eriksona (36) kryzysu produktywność vs. poczucia niższości. A zatem zakończeniem tego etapu jest osiągnięcie poczucia własnej kompetencji, co umożliwi dalszy rozwój zgodny z zasadą epigenezy. Poczucie skuteczności wiąże się natomiast z poczuciem lokalizacji kontroli (37), co tłumaczy zasadność równoczesnego badania niniejszego wymiaru.

Uzyskane rezultaty potwierdziły wysoki stopień rozpowszechnienia objawów depresyjnych w grupie nieleczonych dzieci. Kliniczne nasilenie symptomów depresyjnych uzyskało aż 38% badanych. Przeprowadzone w 2001 roku przez Bombę i Modrzejewską (38) trzyletnie badania prospektywne uczniów klas IV (10-latków) krakowskich szkół podstawowych wykazały, że wskaźnik rozpowszechnienia depresji w próbie populacyjnej w 11. roku życia badanych kształtował się na poziomie 30%. Badania własne ujawniły zatem podobną częstotliwość występowania depresji u uczniów klas V. Uzyskany 8% wzrost rozpowszechnienia może być uwarunkowany różnicami metodologicznymi obu badań lub wynikać z opisywanego w literaturze przedmiotu zjawiska wzrostu występowania depresji wśród dzieci i młodzieży w ostatnich 10 latach (39). Nasilenie symptomów depresyjnych, analogiczne jak w poprzednich badaniach dzieci w okresie preadolescencji (40, 41), występowało jednakowo często u obu płci.

Ustalono istnienie negatywnego związku pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a nasileniem symptomów depresyjnych. Wzrostowi poczucia kompetencji osobistej towarzyszyło mniejsze nasilenie objawów depresji. Uzyskane dane korespondują z doniesieniami z badań, w świetle których poczucie własnej skuteczności redukuje podatność na stres, lęk oraz depresję (25). Oczekiwanie odnośnie możliwości poradzenia sobie w różnych sytuacjach i osiągnięcia przewidywanych wyników dzięki własnej aktywności może stanowić zatem czynnik sprzyjający utrzymaniu zdrowia, w tym także ochronny faktor zaburzeń depresyjnych.

Zgodnie z przewidywaniami, badania ujawniły również występowanie związku pomiędzy umiejscowieniem kontroli a nasileniem symptomów depresyjnych. Postrzeganie przez uczniów uwarunkowań rezultatów działań własnych jako indywidualnych zasobów wiązało się z niższym nasileniem depresji. Uzyskane dane potwierdzają weryfikacje empiryczne wskazujące, iż osoby zewnątrzsterowne częściej doświadczają zaburzeń depresyjnych aniżeli jednostki wewnątrzsterowne (28-30).

Ograniczeniem badań własnych jest bez wątpienia ich pilotażowy charakter. Wnioskowanie przeprowadzone na danych pochodzących jedynie od 45 dzieci zakłada konieczność ostrożnego rozstrzygnięcia charakteru związku pomiędzy badanymi zmiennymi. W przyszłości należałoby przeprowadzić szersze zakrojone weryfikacje empiryczne, które zwiększyłyby możliwość ekstrapolacji uzyskanych wniosków. Po drugie w badaniach wykorzystano dane samoopisowe. Stosowanie metody jednego rodzaju może implikować błędy (42). Kolejne weryfikacje winny uwzględnić różne techniki zbierania danych, a także inne niż badani źródła informacji, np. rodzice, nauczyciele.

Pomimo powyższych ograniczeń przeprowadzone badania pozwoliły na stwierdzenie, iż zaburzenia depresyjne są nadal aktualnym problemem zdrowotnym wśród dzieci. Wysoki wskaźnik rozpowszechnienia symptomów depresyjnych w grupie nieklinicznej napawa niepokojem i czyni depresję poważnym problemem psychicznym występującym w wieku rozwojowym. Uzyskane wyniki niosą również implikacje praktyczne. Sugerują one konieczność uwzględniania w programach i strategiach profilaktycznych rozwijania zasobów osobistych dzieci. Zarówno wewnętrzne umiejscowienie kontroli, jak i poczucie własnej skuteczności korzystnie wpływają na utrzymanie zdrowia.

KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów
None

PIŚMIENNICTWO

1. Kołodziejek M: Depresja u dzieci i młodzieży: podstawy teoretyczne, psychoterapia poznawczo-behawioralna. *Psychoterapia* 2008; 2(2): 15-33.
2. Trzęsowska-Greszta E, Sikora R, Kopeć WM: Typ relacji w rodzinie a ryzyko depresji w fazie dorastania w ujęciu teorii systemowej rodzin. *Kwartalnik Naukowy* 2014; 3(19): 186-204.
3. Link-Dratkowska E: Depresja dzieci i młodzieży-podejście poznawczo-behawioralne. Teoria i terapia. *Psychiatria* 2011; 8(3): 84-90.

ADRES DO KORESPONDENCJI

Monika Spotoń-Wydra
 Katedra Psychoterapii
 i Psychologii Zdrowia
 Katolicki Uniwersytet Lubelski
 Jana Pawła II
 Al. Raclawickie 14, 20-950 Lublin
 tel.: +48 500 043 797
 monika_spoton@interia.pl

4. Kalinowska SK, Nitsch P, Duda B, Trześniowska-Drukała JS: Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia. *Annales Academiae Medicae Stetinensis, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2013; 59(1): 32-36.
5. Dudek M: Depresja wśród młodzieży licealnej. *Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych* 2014; 67: 139-151.
6. Hammen CL, Burge D, Daley SE et al.: Interpersonal attachment, cognitions, and prediction of symptomatic responses to interpersonal stress. *J Abnorm Psychol* 1995; 104: 436-443.
7. Cooper ML, Shaver PR, Collins NL: Attachment Styles, Emotion Regulation, and Adjustment in Adolescence. *J Pers Soc Psychol* 1998; 74: 1380-1397.
8. Radziszewska B, Richardson XL, Dent, CW, Flay BR: Parenting style and adolescent depressive symptoms, smoking, and academic achievement: Ethnic, gender, and sex differences. *Int J Behav Med* 1996; 19: 289-305.
9. Ge X, Conger, RD, Lorenz FO, Simons RL: Parents' stressful life events and adolescent depressed mood. *J Health Soc Behav* 1994; 35: 28-44.
10. Greenberger E, Chen C: Perceived family relationships and depressed mood in early and late adolescence: A comparison of European and Asian Americans. *Developmental Psychology* 1996; 32: 707-716.
11. Wagner BM, Cohen P, Brook J: Parent/adolescent relationships: Moderators of the effects of stressful life events. *J Adolesc Res* 1996; 11: 347-374.
12. Neiderhiser JM, Pike A, Hetherington EM: Adolescent Perceptions as Mediators of Parenting: Genetic and Environmental Contributions. *Developmental Psychology* 1998; 34: 1459-1469.
13. Aydin B, Oztutuncu, F: Examination of adolescents' negative thoughts, depressive mood, and family environment. *Adolescence* 2001; 36: 77-83.
14. McClellan CL, Heaton TB, Forste R, Barber BK: Familial Impacts on Adolescent Aggression and Depression in Colombia. *J Marriage Fam* 2004; 36: 91-118.
15. Sikora R: Wsparcie społeczne i strategie radzenia sobie ze stresem a depresyjność młodzieży. *Psychologia Rozwojowa* 2012; 17(2): 41-44.
16. Hilsman R, Garber J: A test of the cognitive diathesis-stress model of depression in children: Academic stressors, attributional style, perceived competence, and control. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69(2): 370-380.
17. Radziwiłowicz W: Depresja u dzieci i młodzieży. Analiza systemu rodzinnego – ujęcie kliniczne. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2010.
18. Cole DA: Preliminary support for a competency-based model of depression in children. *J Abnorm Psychol* 1991; 100(2): 181-190.
19. Yanish D, Battle J: Relationship between self-esteem, depression, and alcohol consumption among adolescents. *Psychological Reports* 1985; 57(1): 331-334.
20. Erikson E: Dzieciństwo i społeczeństwo. REBIS, Poznań 1997.
21. Bandura A: Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist* 1993; 28: 117-148.
22. Bandura A: Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annu Rev Psychol* 2001; 52: 1-26.
23. Oleś M: Psychologiczna charakterystyka dzieci o wysokim i niskim poczuciu osamotnienia. *Roczniki Psychologiczne* 2006; 9(1): 121-140.
24. Juczyński Z: Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. *Przegląd Psychologiczny* 1999; 42(4): 43-46.
25. Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GV, Pastorelli C: Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child Development* 1996; 67: 1206-1222.
26. Krasowicz G, Kurzyp-Wojnarska A: Kwestionariusz do Badania Poczucia Kontroli – KBPK. Podręcznik. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1990.
27. Butterfield EC: Locus of control, test anxiety, reactions to frustration, and achievement attitudes. *J Pers* 1964; 32: 355-370.
28. Gomez R: Locus of control and avoidant coping: direct, interactional and mediational effects on maladjustment in adolescents. *Pers Individ Dif* 1998; 24: 325-334.
29. Moyal BR: Locus of control, self-esteem, stimulus appraisal, and depressive symptoms in children. *J Consult Clin Psychol* 1977; 45(5): 951-952.
30. McCauley E, Mitchell JR, Burke PM, Moss SJ: Cognitive attributes of depression in children and adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56(6): 903-908.
31. Kovacs M: The Childrens Depression Inventory. *Psychopharmacology Biuletyn* 1985; 21(4): 995-998.
32. Juczyński Z: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wydanie drugie. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2012.

33. Mathiak K, Seget A, Karzel K et al.: Konstrukcja i walidacja kwestionariusza do badania poczucia dla dzieci w wieku szkolnym. *Psychiatr Psychol Klin* 2006; 6(3): 118-126.
34. Kovacs M: *Children Depression Inventory*. Multi Health Systems, Inc., New York 2003.
35. Rola J: *Depresja u dzieci*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 2001.
36. Erikson EH: *Childhood and society*. Norton, New York 1950.
37. Bandura A: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977; 84: 191.
38. Bomba J, Modrzejewska R: Prospektywne badanie dynamiki depresji u dzieci między preadolescencją a wczesną fazą dorastania. *Psychiatria Polska* 2006; 3: 481-490.
39. Cheung AH, Emskie GJ, Mayes TL: The use of antidepressants to treat depression in children and adolescents. *Can Med Assoc J* 2006; 174(2): 193-200.
40. Bomba J, Modrzejewska R: Porównanie objawów depresji w populacji uczniów krakowskich szkół podstawowych w latach 1984 i 2001. *Psychiatr Pol* 2009; 43(2): 167-174.
41. Goodman R, Scott S: *Depresja i mania*. [W:] Goodman R (red.): *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Urban & Partner, Wrocław 2000: 95-101.
42. Podsakoff PM, MacKenzie SB, Lee JY, Podsakoff NP: Common Method Biases in Behavioral Research: A Critical Review of the Literature and Recommended Remedies. *J Appl Psychol* 2003; 88: 879-903.

nadesłano: 8.10.2018

zaakceptowano do druku: 29.10.2018