

**SYLWIA JANKOWICZ**

KATOLICKI UNIWERSYTET LUBELSKI JANA PAWŁA II  
WYDZIAŁ NAUK SPOŁECZNYCH  
INSTYTUT PSYCHOLOGII  
KATEDRA PSYCHOLOGII KLINICZNEJ  
E-MAIL: SYLWIA\_JANKOWICZ@POCZTA.ONET.PL

DATA ZGŁOSZENIA: 16.10.2017  
DATA PRZYJĘCIA DO DRUKU: 24.07.2018

---

## **Depresja wieku młodzieńczego – etiologia i obraz kliniczny**

### **STRESZCZENIE**

Depresja rozumiana w kategoriach zdrowotnego problemu dotyka niemal 20% społeczeństwa, a jej rozpowszechnienie znacznie wzrosło w ciągu ostatniego dziesięciolecia. Wzrost zachorowań na depresję można dostrzec także w populacji dzieci i młodzieży. Do takiego stanu rzeczy przyczyniać się może kumulacja licznych i intensywnych zmian biologicznych, psychologicznych i społecznych, jakie mają miejsce w okresie dorastania. Celem artykułu jest ukazanie specyfiki zaburzeń depresyjnych wieku rozwojowego. Nawiązując do modelu zdrowia człowieka w ujęciu bio-psycho-społecznym oraz pozostając wrażliwym na różne konteksty życia społecznego adolescenta, przedstawiono szereg czynników predysponujących, wyzwalających i podtrzymujących zaburzenia depresyjne. Opierając się na obowiązującej klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych oraz zważając na dotychczasowe doniesienia naukowe i obserwacje własne, wskazano na przebieg depresji dzieci i młodzieży wraz z możliwymi do zaobserwowania symptomami. Wydaje się, iż mimo szerokiej dostępności do literatury przedmiotu problem depresji wieku rozwojowego wciąż jest bagatelizowany, nierzadko pozostaje wręcz tematem tabu. Rozpowszechnianie wiedzy o depresji dotyczącej młodzieży może przyczynić się do zwiększenia świadomości rodziców, opiekunów i osób pracujących z młodymi ludźmi, co może skutkować większą wrażliwością na to, co dzieje się w życiu młodego człowieka. Ponadto, znajomość genezy i ewentualnego przebiegu depresji może stanowić filar tworzonych w przyszłości programów psychoedukacyjnych, profilaktycznych i terapeutycznych.

## SŁOWA KLUCZOWE

depresja, depresja młodzieńcza, adolescencja

**Wstęp**

Etap rozwoju pomiędzy dzieciństwem a dorosłością, polegający na dynamicznie zachodzących zmianach we wszystkich sferach funkcjonowania młodego człowieka, określany jest mianem *dorastania* albo też *adolescencji* i przypada na okres od 10./12. do 20./23. roku życia<sup>1</sup>. Można powiedzieć, że jest to czas powtórnych narodzin, w którym dziecko, podlegając zmianom w obszarze fizycznym, psychologicznym, społecznym i duchowym, przeobraża się w osobę dorosłą. Z uwagi na fakt, że dokonujące się przeobrażenia mają za zadanie przygotować młodego człowieka do realizacji zadań na kolejnych etapach życia, przebieg adolescencji ma wpływ na podejmowane w życiu dorosłym czynności oraz ogół dalszego funkcjonowania<sup>2</sup>. Wydaje się, iż skupianie uwagi jedynie na czynnikach podtrzymujących zdrowie, a w konsekwencji wspierających normalność – to jest zgodność z pewnymi powszechnymi oczekiwaniami – rozwoju adolescenta, w dzisiejszych czasach jest działaniem niewystarczającym. Szczególne miejsce zajmować powinna analiza funkcjonowania młodego człowieka w sytuacji oddziaływania czynników potencjalnie zaburzających rozwój. Znaczącym i wciąż narastającym problemem psychologicznym i społecznym jest depresja wieku młodzieńczego, wpisująca się w grono najczęściej występujących zaburzeń psychicznych tego okresu<sup>3</sup>.

Niepokojącym zjawiskiem jest obniżanie się wieku pojawienia się pierwszego epizodu depresyjnego, przyjmuje się bowiem, iż 20% osób doświadczyło go przed ukończeniem 18. roku życia<sup>4</sup>. Należy zauważyć, iż ryzyko zachorowania wzrasta z wiekiem i dojrzewaniem płciowym. Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych – w tym dużej depresji – dotyczy częściej adolescentów (2–15%)

---

<sup>1</sup> A. Oleszkowicz, A. Senejko, *Dorastanie*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, red. J. Trempała, Warszawa 2011, s. 259–286.

<sup>2</sup> M. Jankowska, *Dorastanie – procesem przejścia z dzieciństwa ku dorosłości*, [w:] *W trosce o wychowanie*, red. T. Zubrzycka-Maciąg, M. Korczyński, M. Okrasa, Lublin 2007, s. 127–142.

<sup>3</sup> E. Trzęsowska-Greszta, R. Sikora, W. Kopeć, *Typ relacji w rodzinie a ryzyko depresji w fazie dorastania – w ujęciu teorii systemowej rodzin*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio” 2014, nr 19, s. 186–204.

<sup>4</sup> A. Cleare, *Choroba afektywna jednobiegunowa (depresja nawracająca)*, [w:] *Psychiatria. Sedno*, red. P. Wright, J. Stern, M. Phelan, Wrocław 2005, s. 287–311; K. Gerc, A. Ziółkowska, *Problematyka zaburzeń zdrowia psychicznego młodzieży w kontekście funkcjonowania w sytuacji edukacyjnej*, [w:] *Problemy współczesnej higieny*, red. A. Borzęcki, Lublin 2016, s. 60–74; A. Petersen, P. Sarigiani, R. Kennedy, *Adolescent depression: Why More Girls?*, „Journal of Youth and Adolescence” 1991, No. 20, s. 247–271.

niż dzieci, które znajdują się w fazie przedpokwitaniowej (0,2–2%)<sup>5</sup>. U dzieci duża depresja występuje w równych proporcjach u obydwu płci, ale już okres dojrzewania wiąże się z wyższą zachorowalnością dziewcząt niż chłopców<sup>6</sup>. Co ciekawe, odsetek adolescentów z nastrojem depresyjnym i kliniczną depresją, będących w środkowej i późnej fazie dorastania, jest taki sam, jak w populacji osób dorosłych<sup>7</sup>. Istotną kwestię stanowi fakt, iż nawet jednokrotne zachorowanie obciążone jest wysokim ryzykiem nawrotu. Brimaher, Arbelaez i Brent wskazują, że „30–70% dzieci, które przeżyły pierwszy epizod depresji, doświadczy drugiego (lub kolejnych) jeszcze w okresie dziecięcym, adolescencji lub w wieku dorosłym”<sup>8</sup>.

## Etiologia

Na rozwój depresji młodzieńczej składa się kompilacja wielu czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych i środowiskowych<sup>9</sup>. Nawiązując do zintegrowanego modelu bio-psycho-społecznego, można tu mówić o funkcjach predysponujących, wyzwających oraz podtrzymujących w obrębie wchodzących we wzajemne interakcje wspomnianych czynników<sup>10</sup>. Wśród czynników predysponujących wyróżnić można te o charakterze osobistym i środowiskowym. Czynnikiem predysponującym osobistym jest podatność genetyczna, a więc występowanie w rodzinie wszelkich zaburzeń nastroju oraz depresyjnych reakcji biologicznych na stresory w postaci zaburzeń snu, jedzenia czy zmęczenia. Ponadto, uwzględnia się tu takie właściwości psychologiczne, które są związane z rozwojem intelektualnym, słabą regulacją emocji, niewielkimi umiejętnościami społecznymi czy też w zakresie rozwiązywania problemów, zewnętrznym źródłem umiejscowienia kontroli, poznawczym depresjogennym przetwarzaniem informacji oraz indywidualną podatnością na zranienie. Do środowiskowych czynników predysponujących zaliczyć można lękową reprezentację przywiązania do rodziców, utratę jednego lub obojga z nich wskutek separacji, rozwodu czy śmierci, dezorganizację życia rodzinnego czy niedostępność opiekunów z powodu choroby, nadużywania środków psychoaktywnych lub przemocy, brak rodzicielskiego wsparcia,

<sup>5</sup> M. Kołodziejek, *Depresja u dzieci i młodzieży: podstawy teoretyczne, psychoterapia poznawczo-behawioralna*, „Psychoterapia” 2008, nr 2 (145), s. 15–33.

<sup>6</sup> S. Kalinowska, K. Nitsch, P. Duda, B. Trzeźniowska-Drukała, J. Samochowiec, *Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2013, nr 59 (1), s. 32–36.

<sup>7</sup> E. Trzęsowska-Greszta, R. Sikora, W. Kopeć, op. cit.

<sup>8</sup> S. Kalinowska et al., op. cit., s. 33.

<sup>9</sup> W. Bor, A. Dean, J. Najman, R. Hayatbakhsh, *Are Child and Adolescent Mental Health Problems Increasing in the 21st Century? A Systematic Review*, „Australian and New Zealand Journal of Psychiatry” 2014, No. 47 (7), s. 606–616.

<sup>10</sup> M. Kołodziejek, op. cit.

negatywne, chłodne i odrzucające postawy rodzicielskie, a także nadmiernie krytyczny i kontrolujący, restrykcyjny lub niezaangażowany styl wychowawczy. Przez czynniki wyzwalające rozumie się aktualne krytyczne wydarzenia z życia dorastającej osoby – takie jak zmiana środowiska, choroba, niepowodzenia szkolne, utrata znaczących osób – oraz zablokowanie przez członków systemu rodzinnego, procesu separacji i indywiduacji, z powodu zagrożenia jego homeostazy. Należy podkreślić, że wszelkie komponenty bio-psycho-społeczne mogą być traktowane zarówno jako czynniki podatności i ryzyka wystąpienia depresji, jak i jako czynniki podtrzymujące, a więc nasilające i utrwalające zaburzenie.

## Obraz kliniczny

Obecnie przeważa pogląd, iż obraz kliniczny depresji wieku rozwojowego w zakresie podstawowych objawów nie różni się od obrazu klinicznego depresji dorosłych. Co do swej istoty jest ona tym samym zaburzeniem, dlatego też w aktualnych systemach klasyfikacji nie uwzględniono odrębnych kryteriów diagnostycznych dla obu tych grup<sup>11</sup>. Należy pamiętać, iż depresja młodzieńcza nie jest jednostką nozologiczną – autorzy ICD-10 przyjęli istnienie zaburzeń „mających początek w okresie dzieciństwa i dorastania”, niemieszczących się w ogólnych kryteriach diagnostycznych. Wśród nich ICD-10 wyróżnia „mieszane zaburzenia zachowania i emocji i specyficznie – depresyjne zaburzenia zachowania [...]”. Często nasilenie jej objawów oraz zaburzeń funkcjonowania, jakie powoduje, nie osiąga poziomu klinicznego. Jest jednak poważnym zagrożeniem zdrowia psychicznego i somatycznego, jeżeli dotyczy osoby o cechach, które dzisiaj określa się jako podatność, a okoliczności, w których dorasta, nie pozwalają na bezpieczne oparcie emocjonalne<sup>12</sup>.

Zgodnie z obowiązującymi systemami klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych do kluczowych objawów depresji można zaliczyć obniżony nastrój, utratę zainteresowań oraz utratę zdolności odczuwania przyjemności w postaci anhedonii. W obrazie zaburzenia mogą pojawić się także takie symptomy, jak: poczucie beznadziejności, bezwartościowości czy nieuzasadnione poczucie winy. Warte uwagi wydają się zmiany w obrębie aktywności psychoruchowej w postaci spowolnienia, zahamowania, zmniejszenia energii, zwiększenia męczliwości, zmniejszenia zdolności myślenia i koncentracji uwagi oraz trudności w podejmowaniu decyzji<sup>13</sup>. Poniżej przedstawiono opis objawowych obszarów depresji:

<sup>11</sup> E. Trzęsowska-Greszta, R. Sikora, W. Kopeć, op. cit.

<sup>12</sup> J. Bomba, *Depresja młodzieńcza*, [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, red. I. Namysłowska, Warszawa 2004, s. 271.

<sup>13</sup> E. Trzęsowska-Greszta, R. Sikora, W. Kopeć, op. cit.

Tab. 1. Obszary objawowe depresji

<b>zaburzenia nastroju</b>	obniżenie nastroju (o różnym stopniu nasilenia i różnym kolorycie emocjonalnym), zmienność nastroju z odcieniem dysforii, uczucie nudy i niemożność znalezienia przyjemności
<b>dolegliwości somatyczne</b>	poczucie choroby somatycznej, wyjaśniającej w subiektywnym przeżywaniu spadek sprawności i złe samopoczucie, skupienie się na funkcjonowaniu ciała
<b>zaburzenia emocji</b>	podwyższony poziom lęku → lęk przed przyszłością, wyrażający się poczuciem niezdolności osiągnięcia zadowalającego statusu w przyszłości (wykształcenie, pozycja społeczna, status materialny, posiadanie partnera życiowego, bycie rodzicem)
<b>zaburzenia w zachowaniu</b>	niepodejmowanie czynności, których oczekuje się od adolescenta (realizacja obowiązku szkolnego, podejmowanie obowiązków domowych i społecznych), łamanie norm oraz zakazów i nakazów społecznych, eksperymentowanie ze środkami psychoaktywnymi, chaotyczna, często przypadkowa i niepowściągliwa aktywność seksualna, podejmowanie aktywności ryzykownych, które dają doraźne poczucie zmiany, zachowania samobójcze, agresywne i autoagresywne
<b>zaburzenia w aktywności</b>	obniżenie poziomu aktywności, trudności w rozpoczęciu działania, szybka męczliwość, zaburzenia rytmów dobowych, trudności w rannym wstawaniu, późne kładzenie się spać, lepsze funkcjonowanie w godzinach wieczornych, zaniedbania w staraniu się o wygląd zewnętrzny i higienę osobistą
<b>zaburzenia czynności poznawczych</b>	trudności w uczeniu się, niepowodzenia szkolne, trudności w koncentracji, niska wytrwałość w nauce, poczucie nieoryginalności myślenia, przekonanie o nieskuteczności własnych działań i nieuchronności niepowodzenia, poczucie małej wartości własnej

Źródło: J. Bomba, *Depresja młodzieńcza*, [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, red. I. Namysłowska, Warszawa 2004, s. 271.

Mając na uwadze przebieg depresji u dzieci i młodzieży, należy podkreślić, iż zależy on nie tylko od nasilenia objawów czy czasu trwania zaburzenia, ale także od fazy rozwojowej, w której znajduje się osoba. Depresja rozwojowa cechuje się przewlekłym oraz nawracającym charakterem. Podaje się, że prawdopodobieństwo nawrotów u dzieci młodszych sięga od 12% w ciągu pierwszego roku do 33% w ciągu czterech lat po przebyciu epizodu depresyjnego. Można więc powiedzieć, że im dziecko jest młodsze, tym groźniejsze są skutki nieleczonego zespołu depresyjnego dla jego ogólnego rozwoju<sup>14</sup>. Ponadto szacuje się, że u „20–40%

<sup>14</sup> M. Kołodziejek, op. cit.

adolescentów z dużą depresją występuje w przyszłości epizod maniakalny lub hipomaniakalny, najczęściej w ciągu 5 lat od pierwszego epizodu depresyjnego<sup>15</sup>. Warto zaznaczyć, iż na kolejne nawroty wpływać mogą takie czynniki ryzyka, jak: rodzinne obciążenia depresją, współwystępujące zaburzenia psychiczne, dystymia, negatywny styl poznawczy, niekorzystne doświadczenia życiowe czy lęk. Depresja z początkiem w wieku młodzieńczym oprócz ryzyka rozwoju dużej depresji niesie z sobą wyższe ryzyko zaburzeń lękowych, samobójstw i gorszych wyników szkolnych<sup>16</sup>. Często współwystępuje także z zaburzeniami zachowania, dystymią, ADHD czy nadużywaniem substancji psychoaktywnych<sup>17</sup>.

Myśląc o obrazie depresji w poszczególnych grupach wiekowych, należy wspomnieć, iż dzieci młodsze przejawiają raczej drażliwy niż depresyjny nastrój i zgłaszają więcej skarg somatycznych. Zdarza się, że odmawiają uczęszczania do szkoły i wycofują się z zabaw i kontaktów rówieśniczych. Mniej powszechne są w tej grupie zaburzenia snu i apetytu oraz spowolnienie psychomotoryczne i poczucie winy. W grupie dzieci starszych można natomiast dostrzec specyfikę myślenia depresyjnego w postaci poczucia beznadziejności i bezradności, negatywnej oceny siebie, świata i przyszłości. Adolescenci – częściej niż dzieci – myślą o konkretnych sposobach odebrania sobie życia i przejawiają zachowania auto-destrukcyjne. Ryzyko podjęcia próby samobójczej jest bardzo wysokie zwłaszcza u dziewcząt<sup>18</sup>. Ponadto u młodzieży można się spotkać z takimi cechami, jak nastrojowość, łatwa urażliwość, nadwrażliwość, poczucie odrzucenia i samotności, poczucie bycia niekochanym<sup>19</sup>. „Obraz zaburzeń depresyjnych u młodzieży może mieć charakter atypowy i obejmować takie objawy, jak np. hipersomnia, wzrost masy ciała, uczucie ciężkości w kończynach, nadmierna wrażliwość na odrzucenie społeczne albo pobudzenie psychomotoryczne<sup>20</sup>. Istotny jest fakt, iż mimo ustąpienia zaburzeń nastroju niektóre objawy depresji, takie jak niepokój, zmęczenie, myśli o śmierci czy zaburzenie uwagi, utrzymują się stosunkowo długo<sup>21</sup>. Badania prospektywne wskazują, iż depresyjny przebieg dorastania niekorzystnie wpływa na dalszy bieg życia zwłaszcza w dwóch obszarach. Otóż osoby depresyjne w okresie adolescencji wcześniej zakładają rodziny, ale ich małżeństwa są mniej trwałe. Ponadto, gorszy jest także ich ogólny stan zdrowia<sup>22</sup>.

<sup>15</sup> S. Kalinowska et al., op. cit., s. 34.

<sup>16</sup> D. Ferguson, L. Woodward, *Mental Health, Health, Educational and Social Role Outcomes of Adolescents with Depression*, „Arch Gen Psychiatry” 2002, No. 59 (3), s. 225–231.

<sup>17</sup> M. Kołodziejek, op. cit.

<sup>18</sup> Ibidem.

<sup>19</sup> E. Trzęsowska-Greszta, R. Sikora, W. Kopeć, op. cit.

<sup>20</sup> M. Kołodziejek, op. cit., s. 16.

<sup>21</sup> H. Witkowska-Ulatowska, *Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. Przegląd badań*, [w:] *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia*, red. I. Namysłowska, Kraków 2000, s. 137–144.

<sup>22</sup> J. Bomba, op. cit.

## Zakończenie

Częsty bywa pogląd, iż brak zdiagnozowanej, widocznej choroby oznacza pełnię dobrostanu. Kontrola otoczenia względem nieprzejawiającego oczywistych symptomów choroby adolescenta wydaje się mniejsza, w związku z czym pewne pojawiające się symptomy i zmiany mogą być niezauważalne, wręcz niewidoczne dla bliskich osób. Tymczasem okres adolescencji wiąże się z wieloma ważnymi przemianami w życiu młodej osoby, zarówno w aspekcie fizjologicznym, jak i psychologicznym czy społecznym, co stwarza potrzebę intensyfikacji działań zmierzających w kierunku monitorowania stanu psychicznego osoby dojrzewającej. Zwiększenie uwagi kierowanej ku pozornie zdrowej młodzieży sprzyja szybszym i skuteczniejszym interwencjom, daje poczucie wsparcia oraz stanowi czynnik ochraniający w powstawaniu zaburzeń psychosomatycznych.

Podsumowując, postuluje się:

- wykonywanie w szkołach, na różnych szczeblach edukacji, profilaktycznych badań psychologicznych, skierowanych ku wykrywaniu zaburzeń depresyjnych;
- zwiększanie wiedzy na temat depresji zarówno wśród uczniów, jak i ich rodziców poprzez pogadanki i spotkania psychoedukacyjne;
- rozwijanie mocnych stron i pracę nad słabszymi obszarami adolescentów w ramach programów profilaktycznych celem zabezpieczenia czy też wzmocnienia kompetencji niezbędnych w procesie radzenia sobie z życiowymi wymaganiem;
- tworzenie programów terapeutycznych skierowanych do uczniów z problemem zaburzeń depresyjnych celem budowy i odbudowy kompetencji zachwianych wskutek doświadczenia depresji.

## DEPRESSION OF ADOLESCENCE – ETIOLOGY AND CLINICAL PICTURE

### ABSTRACT

Depression, understood in terms of a significant health problem, affects almost 20% of the population, and its prevalence has increased significantly over the last decade. The incidence of depression can also be seen in the population of children and adolescents. This may be due to the accumulation of numerous and intense biological, psychological and social changes that occur during adolescence. The aim of the article is to show the specificity of depressive disorders of the developmental age. Referring to the human health model in terms of bio-psycho-social and being sensitive to various contexts of the social life of the adolescent, a number of factors predisposing, triggering and supporting depressive disorders are presented. Based on the current classification of diseases and mental disorders, and in consideration of the current scientific reports and own observations, the course of depression of children and adolescents with visible symptoms was indicated. It seems that despite the wide availability of literature on the subject, the problem of depression in developmental age remains

trivialized, often a taboo subject. Dissemination of knowledge about depression affecting young people may contribute to the awareness of parents, carers and people working with young people, which may result in greater sensitivity to what is happening in the life of a young person. In addition, knowledge of the genesis and possible course of depression may be a pillar of future psycho-educational, prophylactic and therapeutic programs.

## KEYWORDS

depression, youth depression, adolescence

## BIBLIOGRAFIA

1. Bomba J., *Depresja młodzieńcza*, [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, red. I. Namysłowska, Warszawa 2004.
2. Bor W., Dean A., Najman J., Hayatbakhsh R., *Are Child and Adolescent Mental Health Problems Increasing in the 21st Century? A Systematic Review*, "Australian and New Zealand Journal of Psychiatry" 2014, No. 47 (7).
3. Cleare A., *Choroba afektywna jednobiegunowa (depresja nawracająca)*, [w:] *Psychiatria. Sedno*, red. P. Wright, J. Stern, M. Phelan, Wrocław 2005.
4. Ferguson D., Woodward L., *Mental Health, Health, Educational and Social Role Outcomes of Adolescents with Depression*, "Arch Gen Psychiatry" 2002, No. 59 (3).
5. Gerc K., Ziółkowska A., *Problematyka zaburzeń zdrowia psychicznego młodzieży w kontekście funkcjonowania w sytuacji edukacyjnej*, [w:] *Problemy współczesnej higieny*, red. A. Borzęcki, Lublin 2016.
6. Jankowska M., *Dorastanie – procesem przejścia z dzieciństwa ku dorosłości*, [w:] *W trosce o wychowanie*, red. T. Zubrzycka-Maciąg, M. Korczyński, M. Okrasa, Lublin 2007.
7. Kalinowska S., Nitsch K., Duda P., Trześniowska-Drukała B., Samochowiec J., *Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2013, nr 59 (1).
8. Kołodziejek M., *Depresja u dzieci i młodzieży: podstawy teoretyczne, psychoterapia poznawczo-behawioralna*, „Psychoterapia” 2008, nr 2 (145).
9. Oleszkowicz A., Senejko A., *Dorastanie*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, red. J. Trempała, Warszawa 2011.
10. Petersen A., Sarigiani P., Kennedy, *Adolescent depression: Why More Girls?*, "Journal of Youth and Adolescence" 1991, No. 20.
11. Trzęsowska-Greszta E., Sikora R., Kopeć W., *Typ relacji w rodzinie a ryzyko depresji w fazie dorastania – w ujęciu teorii systemowej rodzin*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio” 2014, nr 19.
12. Witkowska-Ulatowska H., *Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. Przegląd badań*, [w:] *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia*, red. I. Namysłowska, Kraków 2000.