

DEPRESYJNOŚĆ W KONTEKŚCIE OBRAZU CIAŁA I AUTOAGRESJA U MŁODZIEŻY PONADGIMNAZJALNEJ



2017

Raport z badań

Badania zostały przeprowadzone w tarnowskich szkołach ponadgimnazjalnych wiosną 2017 roku i miały na celu pomiar zjawiska depresyjności, tendencji samobójczych, autoagresji i obrazu ciała u uczniów.

Depresyjność w kontekście obrazu ciała i autoagresja u młodzieży ponadgimnazjalnej

RAPORT Z BADAŃ

WPROWADZENIE

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podaje, że depresja jest czwartym najpoważniejszym problemem zdrowotnym, z którym zmagają się ludzie na całym świecie. Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia do 2020 roku depresja może być drugim zagrożeniem zdrowotnym pod względem częstotliwości występowania, tuż po chorobach układu krążenia. We współczesnej psychiatrii często zwraca się uwagę na to, że po erze *lęku*, którą zapoczątkował Zygmunt Freud, mamy obecnie do czynienia z epoką *depresji*. Martin Seligman podkreśla, że dzisiejsze czasy charakteryzuje brak wpływu na cokolwiek i bezradność, a dominującymi uczuciami są smutek i przygnębienie.

W Polsce na depresję cierpi ponad półtora miliona ludzi. Szacuje się, że co dziesiąta osoba cierpi na depresję lub zaburzenia nastroju. Badania wskazują, że dwa razy częściej chorują kobiety niż mężczyźni. Liczba ta wskazuje też na to, że kobiety częściej sięgają po pomoc niż mężczyźni. Różne badania wskazują, że choroba najczęściej przychodzi w wieku między trzydziestym piątym a pięćdziesiątym rokiem życia i w wieku podeszłym. Klinicyści wskazują jednak, że coraz częściej na depresję cierpią osoby młode, będące u progu dorosłego życia. Depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. Rozpowszechnienie depresji w przedziale wiekowym pomiędzy dziewiątym rokiem życia a siedemnastym wynosi 0,4-8,3%. Przewaga występowania depresji u dziewcząt dotyczy środkowego i późnego okresu dorastania.

Etiologia zaburzeń depresyjnych jest wieloczynnikowa. Depresja uwarunkowana jest biologicznie, choć na gruncie współczesnej nauki nie istnieje jedna, kompletna teoria wyjaśniająca jak genetyka, neuroprzekaźniki monoaminowe lub endokrynologia wpływają na występowanie depresji. Czynniki społeczno-kulturowe wpływające na występowanie zaburzeń depresyjnych to model socjalizacji, przemiany społeczno-kulturowe, płeć a w szczególności role przypisywane płci żeńskiej, a także stresujące wydarzenia życiowe takie jak samotność, rozwód lub śmierć bliskiej osoby. W odniesieniu do młodzieży ważnymi czynnikami społeczno-kulturowymi, które przyczyniają się do występowania depresji są także trudności w relacjach z rówieśnikami, rodzicami lub nauczycielami, niepowodzenia w szkole, brak adekwatnego wsparcia instytucjonalnego, choroby, nadużywanie środków psychoaktywnych, przemoc, zmiana środowiska i konflikty w rodzinie. Jednym z czynników występowania depresji lub też skutek procesu chorobowego jest negatywny obraz własnego ciała.

Socjolodzy podkreślają, że dzisiejsze czasy charakteryzują się kultem ciała. Zdaniem Chrisa Shilinga, to właśnie ono wraz z wielością swoich społecznych i kulturowych znaczeń przesunęło się do samego centrum naukowych analiz. Jednym z powodów takiego stanu rzeczy jest *mit piękna*, o którym pisze Naomi Wolf.

Obecnie obowiązujący kanon piękna oparty jest na kulturze chudości. Szczupłe ciało uznawane jest za synonim umiaru, panowania nad sobą, sukcesu i aprobaty. Wygląd, który nie pasuje do przyjętych kanonów związany jest z dezaprobatą społeczną a nawet wykluczeniem. Opresyjność kultury w znacznej części dotyczy ciała kobiet. Współcześnie obserwuje się także tendencje do stawiania męskiego ciała w centrum uwagi. Posiadanie idealnego ciała wiąże się z gratyfikacją społeczną. Przyjmuje ona postać oznak sympatii ze strony innych, lepszego traktowania, przypisywania większej ilości pozytywnych cech. To z kolei przekłada się

pozytywnie na życie towarzyskie, sukces zawodowy i osobisty. Badania wskazują, że osoby szczupłe są lepiej oceniane przez potencjalnych pracodawców i mają większą szansę na odniesienie sukcesu.

Media rozpowszechniają wizerunek kobiecego ciała, ale także kształtują ich wzorce poprzez częstotliwość ukazywania kobiet w poszczególnych kontekstach. Hybrydalność przedstawianych w mediach wzorów męskości i kobiecości może niejednokrotnie prowadzić do kształtowania własnej samooceny poprzez pryzmat własnego ciała. Szczególnie podatną na te wpływy grupą są nastolatki. Martha Jablow wspomina, że młoda kobieta o niezaspokojonych potrzebach emocjonalnych, pełna wątpliwości co do własnej osoby, żyje w społeczeństwie, które bombarduje jej świadomość i podświadomość hasłami typu: *być szczupłą = być seksowną = być wolną = być szczęśliwą*, to jest skłonna przyjmować te przejściowe mody zbyt dosłownie. Jednocześnie niezaspokojone potrzeby emocjonalne i brak adekwatnego wsparcia mogą prowadzić do autoagresji.

Z roku na rok rośnie liczba stwierdzonych samouszkodzeń dokonywanych przez uczniów. Rozpowszechnienie autoagresji wśród młodzieży sięga 4% populacji. Dziewczęta i kobiety trzykrotnie częściej sięgają po zachowania autoagresywne. Powody samookaleczeń są różne i nie można zdefiniować jednej, konkretnej przyczyny. Większość przypadków kończy się na jednym bądź kilku zachowaniach okaleczających. U niektórych osób okaleczanie się staje się codziennością, nawykiem i sposobem rozładowywania napięcia, bez którego nie wyobrażają sobie własnego życia. Amerykańscy lekarze stwierdzają, że od 15 do 22 procent osób w okresie dorastania rozmyślnie zraniło się lub zadało sobie ból co najmniej raz w życiu.

Trudno określić granicę pomiędzy autoagresją a chęcią upiększania swojego ciała poprzez trwałą ingerencję w swoje ciało w postaci operacji plastycznych, piercingu czy tatuaży. Podjęcie działań autoagresywnych przez dziecko lub nastolatka nie jest zjawiskiem wyizolowanym. Zawsze towarzyszą mu przeżycia wewnętrzne (emocje, myśli), na ogół bardzo trudne i bolesne. Z jednej strony jest to sygnał wysyłany przez jednostkę na zewnątrz, która nie jest zdolna mówić o ogromie swojego cierpienia wprost. Z drugiej strony zachowania autoagresywne prowadzą do izolacji, gdyż w środowisku często wywołuje wstręt i niezrozumienie. Wzrost liczby osób samookaleczających się wyjaśniana jest poprzez trudność dzieci i młodzieży w radzeniu sobie z emocjami i wzrostem ich podatności na choroby psychiczne. Przyczyną zachowań autoagresywnych jest brak wystarczającego wsparcia, wygórowane oczekiwania stawiane w domu i w szkole, przemoc ze strony rówieśników, doświadczanie braku akceptacji, przeżywanie własnej osoby jako odmiennej. Samouszkodzenia, dla niektórych, są sposobem wyrażania złości, frustracji, rozpacz i protestu. U niektórych osób pełnią rolę starań o uzyskanie poczucia kontroli i sprawstwa. Taki sposób wyrażenia protestu i uzyskania kontroli lub władzy nie jest efektywna, bo złość jednostki dokonującej samouszkodzeń obraca się przeciw niej samej.

POJĘCIA

Depresja jest terminem powszechnie używanym na określenie smutku i przygnębienia. W psychiatrii używana jest jako nazwa jasno określonego stanu chorobowego. Depresja jako stan chorobowy jest najczęstszym, oprócz lęku zaburzeniem, którym zajmuje się psychiatria. Do określenia czy smutek i przygnębienie są zwykłymi stanami emocjonalnymi czy też mowa jest już o jednostce chorobowej, trzeba przyrzeć się nasileniu objawów, okresie ich występowania i sposobie funkcjonowania jednostki w życiu codziennym. Gdy stan przygnębienia i obniżonego nastroju nie spełnia wszystkich kryteriów depresji, mowa wtedy o depresyjności.

Obraz ciała Alicja Głębocka definiuje jako system przekonań i samoocen o własnym wyglądzie (aspekt poznawczy), zbudowany w oparciu o zinternalizowane wzorce mody oraz informacje płynące z otoczenia

(aspekt społeczny), któremu towarzyszą specyficzne emocje (aspekt afektywny) oraz zachowania (aspekt behawioralny).

Autoagresja to działanie mające na celu spowodowanie sobie psychicznej albo fizycznej szkody. Wyróżnia się różne typy autoagresji ze względu na formę. Bezpośrednią formą autoagresji są samookaleczenia (samouszkodzenia) własnego ciała, które nie zagrażają bezpośrednio życiu danej osoby oraz próby samobójcze (nieskuteczne i dokonane). Autoagresja może przybierać postać werbalną lub niewerbalną. Werbalna postać autoagresji to zaniżanie własnej samooceny, samooskarżanie się, samokrytyka i obarczanie się winą. Niewerbalna postać autoagresji to uszkodzanie własnego ciała. Pośrednią formą autoagresji jest prowokowanie innych i poddawanie się agresji z ich strony.

CEL BADANIA

Szczegółowe cele badawcze:

1. Pomiar natężenia depresyjności wśród młodzieży
2. Pomiar natężenia autoagresji wśród dziewcząt
3. Pomiar tendencji samobójczych wśród młodzieży
4. Pomiar komponentów składających się na obraz ciała u młodzieży
5. Powiązania pomiędzy depresyjnością a obrazem ciała u młodzieży
6. Poznanie przekonań młodzieży na temat własnego ciała
7. Poznanie doświadczeń młodzieży na temat strategii redukcji masy ciała
8. Poznanie strategii młodzieży w radzeniu sobie ze smutkiem

Pytania badawcze:

1. Jaka jest skala depresyjności u młodzieży ponadgimnazjalnej
2. Jaka jest skala autoagresji u młodych kobiet uczących się w szkołach ponadgimnazjalnych
3. Jaka jest skala tendencji samobójczych wśród młodzieży?
4. Jakie cechy posiadają nastolatki, którzy są depresyjni?
5. Jakie rodzaje depresyjności występują wśród młodzieży?
6. Jak młodzież ocenia swoje ciało?
7. Jak młodzież ocenia własną atrakcyjność?
8. Jak młodzież ocenia własną kondycję fizyczną i wagę?
9. Jak młodzież ocenia troskę o swój wygląd?
10. Jaki związek zachodzi pomiędzy depresyjnością a obrazem ciała u młodzieży?
11. Jakie sposoby wykorzystuje młodzież do radzenia sobie ze smutkiem?
12. Jakie doświadczenia posiada młodzież w redukcji masy swojego ciała?

BADANIE

Metody

W badaniach przeprowadzonych na potrzeby niniejszej pracy wykorzystane zostały dwa standaryzowane testy psychologiczne oraz Ankieta personalna własnego autorstwa. Testami psychologicznymi wykorzystanymi w trakcie badania był test CES-D autorstwa Leonore Radloff oraz Skala Oceny Własnej

Fizyczności (SOWF) autorstwa Katarzyny Zientkowskiej i Stanisławy Tucholskiej. Ponadto w badaniu wykorzystano dane z projektu badawczego o charakterze naukowym przeprowadzanego równolegle w obszarze autoagresji.

Skala Depresji CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Test CES-D (Centrum Badania Epidemiologii Depresji)) to jeden z najpopularniejszych testów przesiewowych pozwalających określić stan depresji pacjenta. Autorem testu jest Lenore Radloff ze stanowego uniwersytetu w Utah (USA). Skala CES-D została zaadaptowana do warunków polskich i jest wykorzystywana z powodzeniem do badań klinicznych i epidemiologicznych. Skala została opracowana w 1977 roku w Stanach Zjednoczonych. Kluczową rolę w tworzeniu skali odegrali L. S. Radloff i E. Helmes. Przeprowadzili wówczas liczne badania zarówno w Stanach Zjednoczonych jak i Europie Zachodniej, które potwierdziły przydatność skali CES-D w badaniach klinicznych i epidemiologicznych. W Polsce skala CES-D została opracowana przez zespół pracowników Zakładu Epidemiologii i Badań Populacyjnych Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Ochrony Zdrowia CM UJ w składzie: Ewa Dojka, Maciej Górkiwicz i Andrzej Pajk. Skala CES-D składa się z 20 twierdzeń dotyczących objawów depresyjnych: nastroju, poczucia winy i braku własnej wartości, poczucia bezradności i beznadziejności, spowolnienia psychomotorycznego, braku apetytu, zaburzeń snu, które wystąpiły w ciągu ostatniego tygodnia. Stanisława Tucholska zmodyfikowała wersję testu CES-D i dodała do niej skalę dotyczącą tendencji samobójczych, na którą składają się dodatkowe cztery pytania.

Skala Oceny Własnej Fizyczności (SOWF) została opracowana przez Katarzyną Zientkowską i Stanisławę Tucholską do badania funkcjonowania psychospołecznego osób z otyłością. Jest to test umożliwiający pomiar oceny własnej fizyczności. Kwestionariusz składa się z 28 twierdzeń. Osoby badane mają za zadanie ustosunkować się to twierdzeń przy pomocy czterostopniowej skali. Kwestionariusz został skonstruowany na podstawie sformułowań używanych w literaturze naukowej, beletrystyce oraz treści wypowiedzi osób szczupłych, osób z nadwagą i otyłością. Odnoszą się one do różnych aspektów fizyczności człowieka. Wybór użytych twierdzeń nastąpił poprzez analizę dokonaną przez dwunastu sędziów kompetentnych.

Ankieta personalna załączona do kwestionariuszy miała na celu zebranie informacji do analizy zmiennych socjodemograficznych badanej grupy młodzieży oraz dodatkowych zmiennych odnoszących się do obrazu własnego ciała oraz depresyjności u badanych.

W badaniach dotyczących agresji wykorzystano Ankietę personalną oraz arkusz Tennessee Skala obrazu siebie W.H. Fitts'a i Kwestionariusz do badania agresji A. Bussa i M. Perry'ego. Dane o zjawisku autoagresji wśród młodych kobiet pozyskano z ankiety personalnej.

Procedura badawcza

Badania miały charakter przekrojowy. Zostały przeprowadzone w tarnowskich szkołach ponadgimnazjalnych na przestrzeni dwóch tygodni marca 2017 roku. W badaniu brali udział uczniowie wybranych klas danej szkoły. Uczniowie mieli za zadanie wypełnienie baterii testów w czasie lekcji w obecności przeprowadzającego analizę danych. Badani zostali poproszeni o wypełnienie zestawu testów, do których została załączona instrukcja. Testy wypełniane były anonimowo. Uczniowie mieli także możliwość skorzystania z ustnej instrukcji lub zdobycia dodatkowych informacji. Z tej możliwości korzystali nieliczni. Czas trwania jednego badania wahał się od 15 do 20 minut. Rozdanych zostało 255 kwestionariuszy, 17 z nich zostało odrzuconych przy wstępnej weryfikacji ze względu na niekompletne uzupełnienie danych. Ostatecznie do dalszych badań przyjęto 248 sztuk kwestionariuszy, które spełniły warunki rzetelności i kompletności danych.

Badanie było przeprowadzone w dwóch grupach. Grupa pierwsza badana była pod względem depresyjności i obrazu ciała. Była to grupa mieszana. Druga grupa składała się z młodych kobiet i badana była pod względem agresji i obrazu siebie.

Próba badawcza

Badaną grupę tworzyła młodzież ucząca się w szkołach ponadgimnazjalnych na terenie miasta Tarnowa. Badaniami objęto młodzież uczęszczającą do liceum ogólnokształcącego, szkoły zawodowej oraz technikum. Przebadano wszystkich uczniów obecnych danego dnia na zajęciach szkolnych.

Badaną grupę tworzyło 248 osób w tym 196 kobiet i 52 mężczyzn. W poniższych tabelach zostanie przedstawiona szczegółowa charakterystyka grupy badanych.

Tabela 1. Liczbowy i procentowy rozkład płci grupy badawczej

Płeć	N	%
kobieta	196	79
mężczyzna	52	21
Razem	248	100,00

Zamieszczone w Tabeli 1. dane wskazują, że odsetek badanych kobiet stanowi 79% grupy badanych i jest on większy od odsetka mężczyzn, który wynosi 21%.

Tabela 2. Liczbowy i procentowy rozkład wieku grupy badawczej

Wiek (rok życia)	N	%
16	14	5,6
17	54	21,8
18	76	30,6
19	103	41,6
20	1	0,4
Razem	248	100

Analizując dane zawarte w Tabeli 2. stwierdzić można, że najliczniejszą grupą badanych byli dziewiętnastolatki, który stanowią ponad dwie piąte badanych (41,6%). Drugą pod względem liczebności grupą są osiemnastolatki (30,6%). Kolejnymi pod względem liczebności grupami są adolescenty w wieku siedemnastu lat (21,8%) i szesnastu lat (5,6%). Najmniej liczną grupą uczestników badania pod względem wieku stanowią dwudziestolatki (0,4%).

Tabela 3. Liczbowy i procentowy rozkład miejsca zamieszkania badanych

Miejsce zamieszkania	N	%
wieś	159	64,1
małe miasto	32	12,9
duże miasto	57	23
Razem	248	100,00

Dane umieszczone w powyższej tabeli wskazują, że najliczniej reprezentowani w grupie badanej są mieszkańcy wsi (64,1%). Liczebność grupy osób mieszkających w małych miastach (12,9%) pod względem liczebności jest prawie dwa razy mniejsza w porównaniu z liczebnością grupy osób mieszkających w dużym mieście (23%).

Tabela 4. Liczbowy i procentowy rozkład struktury rodziny osób badanych

Struktura rodziny	N	%
rodzina pełna	207	83,5
rodzina niepełna	30	12,1
rodzina zrekonstruowana	10	4
rodzina zastępcza	1	0,4
Razem	248	100,00

Analiza danych zawartych w Tabeli 4. wskazuje, że najliczniejszą grupą wśród badanych osób są osoby pochodzące z rodzin pełnych (83,5%). Co dziesiąta osoba badana wychowuje się w rodzinie niepełnej (12,1%). Niewielki odsetek badanych pochodzi z rodziny zrekonstruowanej (4%) i rodzinie zastępczej (0,4%).

Tabela 5. Liczbowy i procentowy rozkład liczby rodzeństwa grupy badanej

Liczba rodzeństwa	N	%
0	9	3,6
1-2	166	67
3-5	63	25,4
6 i więcej	10	4
Razem	248	100,00

Analiza Tabeli 5. wskazuje, że najliczniej reprezentowaną grupą wśród osób badanych są osoby posiadające jedno lub dwoje rodzeństwa (67%). Drugą pod względem liczebności grupą są osoby posiadające od trójki do piątki rodzeństwa (25,4%). Kolejno pod względem liczby rodzeństwa plasują się osoby, których rodzice posiadają ponad sześcioro dzieci (4%). Z kolei jedynacy stanowią najmniej liczną reprezentację w grupie badawczej (4%).

Tabela 6. Liczbowy i procentowy rozkład warunków materialnych rodziny według badanych

Warunki materialne rodziny	N	%
bardzo dobre	60	24,2
dobrze	127	51,2
przeciętne	56	22,6
złe	5	2
bardzo złe	0	0
Razem	248	100,00

Na podstawie Tabeli 6. można stwierdzić, że ponad połowa badanych ocenia warunki materialne swojej rodziny jako dobre (51,2%). Niespełna jedna czwarta badanych ocenia te warunki jako bardzo dobre (24,2%). Mniej liczna grupa badanych ocenia warunki materialne swojej rodziny jako przeciętne (22,6%). Niewielki odsetek osób badanych oceniło te warunki jako złe (2%). Żaden z respondentów nie uważa, aby warunki materialnego jego rodziny były bardzo złe.

Tabela 7. Liczbowy i procentowy rozkład relacji z rodzicami zdaniem badanych

Relacje z rodzicami	N	%
bardzo dobre	61	24,6
dobrze	114	46
przeciętne	56	22,6
złe	17	6,8
bardzo złe	0	0
Razem	248	100,00

Analizując dane zawarte w Tabeli 7. można zauważyć, że bardzo dobre relacje z rodzicami wśród osób badanych posiada jedna czwarta badanych (24,6%). Prawie dwa razy liczniejszą grupę stanowią osoby, które uważają, że ich relacje z rodzicami są dobre (46%). Niespełna co czwarta osoba badana oceniła swoje relacje z rodzicami na poziomie przeciętnym (22,6%). Stosunkowo mała grupa respondentów uznała, że ich relacje z rodzicami są złe (6,8%). Nikt z pytanych nie ocenił swoich relacji z rodzicami jako bardzo złe.

Tabela 8. Liczbowy i procentowy rozkład sposobu spędzania wolnego czasu przez badanych

Sposób spędzania wolnego czasu	N	%
spotkania ze znajomymi	77	31
uprawianie sportu w tym taniec	73	29,4
czytanie książek	56	22,6
gry elektroniczne	45	18,1
korzystanie z portali społecznościowych	55	22,2
oglądanie filmów/ seriali/tv	50	20,2
nudzenie się	7	2,8
nie mam w ogóle wolnego czasu	3	1,2
inne (rozmowa z mamą, spacer, polowanie)	10	4
brak odpowiedzi	3	1,2

Analiza Tabeli 8. ukazuje preferencje badanych co do spędzania wolnego czasu. Każdy miał możliwość zaznaczenia dwóch odpowiedzi. Badani najczęściej wybierali odpowiedź dotyczącą spędzania wolnego czasu w formie spotkań ze znajomymi (31%). Drugą najczęściej wybraną odpowiedzią było uprawianie sportu lub taniec (29,4%). Popularnością wśród respondentów cieszyło się także czytanie książek (22,6%), korzystanie z portali społecznościowych (22,2%), oglądanie seriali, filmów i telewizji (20,2%) w wolnej chwili. Rzadziej badani deklarowali granie w gry elektroniczne (18,1%). Nieznaczna część badanych (4%) twierdziła, że spędza czas wolny inaczej niż w proponowanych odpowiedziach, podając rozmowę z mamą, samotne spacer, albo też nudę (2,8%). Brak wolnego czasu albo trudność z określeniem sposobu spędzania wolnego czasu miały jednakowo liczne grupy badanych (1,2%).

Tabela 9. Liczbowy i procentowy rozkład subiektywnego poczucia strat w ciągu ostatnich 6 miesięcy wśród badanych pod względem depresyjności.

Doświadczenie w ciągu ostatnich 6 miesięcy	N	%
śmierć osoby bliskiej	13	10,16
pogorszenie sytuacji materialnej rodziny	8	6,25
uznał, że życie jest puste/ nie ma sensu	50	39,06
utrata kontaktu z rodzicami/ bliskimi	18	14,06
bardziej niż zwykle izolowanie się społeczne	26	20,31
zmiana miejsca zamieszkania	5	3,91
poważna choroba u siebie lub bliskich	19	14,84
utrata poczucia bezpieczeństwa	13	10,16
brak doświadczenia straty	46	35,94

Na podstawie danych zebranych w Tabeli 9. należy zauważyć, że najczęstszą stratą jakiej doświadczali respondenci w przeciągu ostatnich sześciu miesięcy, jest utrata sensu życia (39,06%). Co piąty badany ma przeświadczenie, że w ostatnim czasie bardziej izoluje się społecznie (20,31%). Nieco mniej osób ma poczucie utraty kontaktu z rodzicami lub bliskimi osobami (14,06%). Co dziesiąta osoba doświadczyła śmierci osoby bliskiej lub utraciła poczucie bezpieczeństwa w życiu (10,16%). Pogorszenia sytuacji materialnej doświadczył niewielki odsetek badanych (6,25%). Jeszcze mniejszą grupę stanowią osoby, które w przeciągu ostatnich sześciu miesięcy zmieniło miejsce zamieszkania (3,9%). Jednocześnie wśród badanych jest liczna grupa, która deklaruje, że w przeciągu ostatnich sześciu miesięcy nie doświadczyła żadnej z wyżej wymienionych strat w życiu (35,9%). Wyniki w tabeli się nie sumują, gdyż każdy z respondentów miał możliwość zaznaczyć dowolną liczbę danych.

Tabela 10. Liczbowy i procentowy rozkład wskaźnika BMI wśród badanych pod względem obrazu ciała.

Wskaźnik BMI	Interpretacja BMI	N	%
16,0- 16,99	wychudzenie	1	0,78
17,00- 18,49	niedowaga	9	7,03
18,5- 24,99	prawidłowa waga	101	78,91
25,00- 29,99	nadwaga	11	8,59
30,00- 34,99	I stopień otyłości	2	1,56
35,00- 39,99	II stopień otyłości	0	0,00
	brak danych	4	3,13
Razem		128	100,00

Analizując dane zawarte w Tabeli 10. należy stwierdzić, że znaczna większość badanych posiada prawidłowy wskaźnik masy ciała (78,91%). Nadwagę posiada niespełna co dziesiąty badany (8,59%). Jeszcze mniej respondentów posiada niedowagę (7,03%), lub jego stosunek wagi do masy ciała wskazuje na wychudzenie (0,78%). Podobną pod względem liczebności grupą wśród badanych są osoby, u których stwierdzić można I stopień otyłości. Niewielki odsetek osób badanych nie podał informacji na temat swojej wagi ciała i wzrostu (3,13%).

Tabela 11. Liczbowy i procentowy rozkład osób odchudzających się w trakcie życia wśród badanych pod względem obrazu ciała.

Odchudzanie	N	%
tak	78	60,94
nie	49	38,28
brak danych	1	0,78
Razem	128	100,00

Dane zawarte w Tabeli 11. wskazują, że ponad połowa badanych podjęła w życiu decyzję o odchudzaniu przynajmniej raz w życiu (60,94%). Osoby, które nigdy się nie odchudzały stanowią mniejszość w grupie badawczej (38,28%).

WYNIKI BADAŃ

DEPRESYJNOŚĆ



Pośród grupy badanej większość, bo 55% respondentów posiadała objawy depresyjne w ciągu ostatnich siedmiu dni poprzedzających badanie. Pozostałe osoby w kontekście depresyjności charakteryzowały się zdrowiem (45%).

Tabela 12. Sposób spędzania czasu przez osoby depresyjne

Sposób spędzania wolnego czasu	N	%
spotkania ze znajomymi	43	61,4
uprawianie sportu	15	21,4
czytanie książek	10	14,3
gry elektroniczne	12	17,1
korzystanie z portali społecznościowych	19	27,1
oglądanie filmów/ seriali/tv	26	37,1
nudzenie się	6	8,6
nie mam w ogóle wolnego czasu	6	8,6

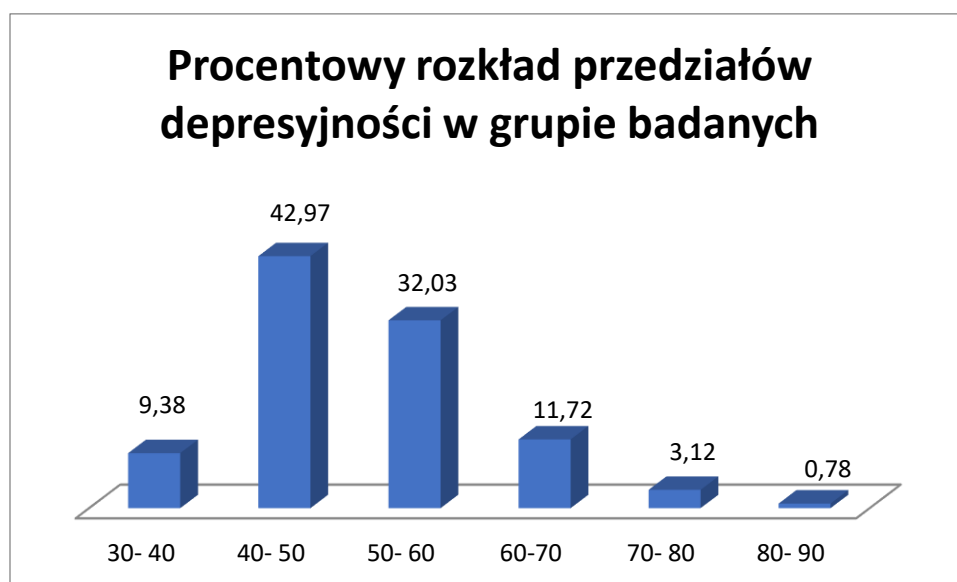
Osoby depresyjne najczęściej spędzają wolny czas na spotkaniach ze znajomymi (61,4%). Nieco mniejsza grupa depresyjnych nastolatków ogląda filmy, seriale lub telewizję w wolnym czasie (37,1%). Niespełna jedna trzecia depresyjnych nastolatków w czasie wolnym korzysta z portali społecznościowych (27,1%). Co piąty nastolatek z objawami depresyjnymi lubi uprawiać sport (21,4%). Mniejsza grupa depresyjnych adolescentów gra w gry elektroniczne (17,1%) w czasie wolnym. Młodzież wskazuje także czytanie książek jako sposób na

spędzanie czasu wolnego (14,3%). Najmniej liczne grupy depresyjnych nastolatków deklarują, że w czasie wolnym się nudzą (8,6%) lub nie mają w ogóle wolnego czasu (8,6%).

Tabela 13. Doświadczenie utraty w ciągu ostatnich 6 miesięcy u osób depresyjnych

Doświadczenie w ciągu ostatnich 6 miesięcy	N	%
śmierć osoby bliskiej	8	11,4
pogorszenie sytuacji materialnej rodziny	8	11,4
uznał, że życie jest puste/ nie ma sensu	44	62,9
utrata kontaktu z rodzicami/ bliskimi	14	20
bardziej niż zwykle izolowanie się społeczne	22	31,4
zmiana miejsca zamieszkania	4	5,7
poważna choroba u siebie lub bliskich	10	14,3
utrata poczucia bezpieczeństwa	10	14,3

Doświadczenie poczucia utraty sensu życia w ciągu ostatnich sześciu miesięcy było udziałem najliczniejszej grupy depresyjnych nastolatków (62,9%). Co trzeci nastolatek z objawami depresyjnymi deklaruje większą niż dotychczas izolacją społeczną (31,4%). Co piąty z nich ma poczucie utraty kontaktu z rodzicami lub innymi bliskimi osobami (20%). Doświadczenie poważnej choroby u siebie lub bliskich oraz utraty poczucia bezpieczeństwa wskazała jednakowa grupa młodzieży depresyjnej (14,3%). Śmierć osoby bliskiej lub pogorszenie sytuacji materialnej w rodzinie było doświadczeniem co piątego depresyjnego nastolatka (11,4%).



Analiza danych zawartych na wykresie wskazuje na to, że najliczniejszą grupą są nastolatki, których wynik ogólny depresyjności (DEP WO) mieści się w przedziale między 40 a 50 co stanowi 42,97% badanych. Drugą

pod względem liczebności grupą wśród osób badanych są adolescenci, którzy uzyskali wyniki pomiędzy 50 a 60 w skali ogólnej badającej poziom depresyjności. Stanowią oni niespełną jedną trzecią badanych (32,03%). Kolejną pod względem liczebności grupą są osoby uzyskujące wyniki w przedziale pomiędzy 60 a 70 w wyniku ogólnym depresyjności, co stanowi 11,72% badanych. Nieco mniej liczna jest grupa uzyskująca wyniki w przedziale pomiędzy 30 a 40, ich odsetek to 9,38%. Najmniej licznymi grupami są te uzyskujące najwyższe wyniki w skali ogólnej depresyjności. W przedziałach 70 do 80 stanowią oni 3,12% z całej grupy badawczej. Najwyższy wynik testu osiągnęła jedna osoba, której wyniki mieszczą się w granicach 90- 100. Stanowi ona 0,78% badanych.

TYPY DEPRESYJNOŚCI

Liczebność poszczególnych grup wyróżnionych ze względu na różne typy depresyjności różni się pomiędzy sobą. Grupy te charakteryzują się odmienną konfiguracją wyników uzyskanych w poszczególnych czynnikach Skali Depresji CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) L. E. Rodloff i E. Helmes- Wersja zmodyfikowana przez St. Tucholska).

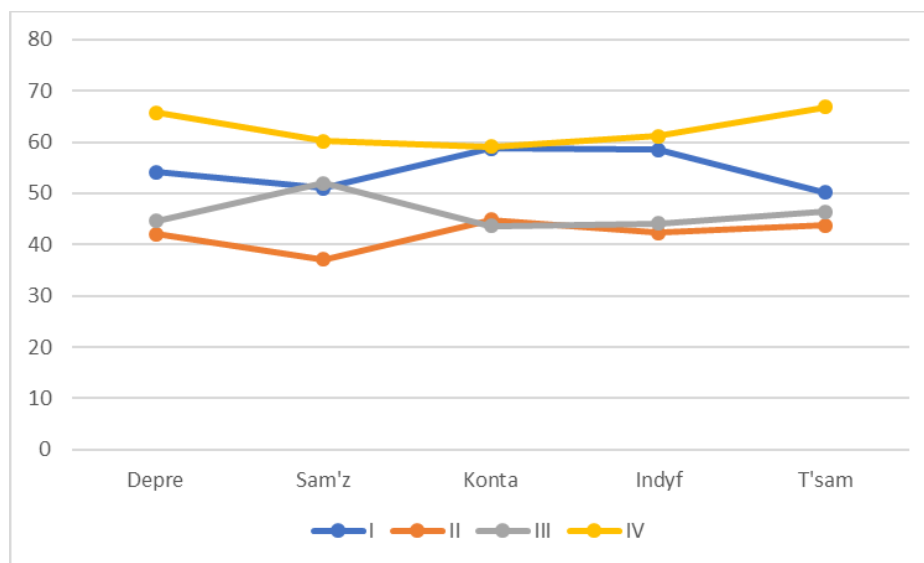
Tabela 14. Procentowy rozkład liczebności grup o różnym typie depresyjności

GRUPA	N	%
I - Osamotnieni	30	23,44
II - Niedepresyjni	27	21,10
III - Znudzeni	49	38,30
IV- Depresyjni	22	17,12

W grupie *Osamotnionych* znajduje się 30 osób. Grupa najwyższe wyniki osiąga w obszarze kontaktowości (Kont= 58,70) i najniższe w skali tendencji samobójczych (TS= 50,10). Osoby z tej grupy najczęściej były mało mówne, miały poczucie, że inni ludzie nie byli w stosunku do nich przyjaźnie nastawieni lub wręcz czuli się przez nich nie lubiani. Ponadto skarżyli się na apatyczność, niski apetyt i płaczliwość w przeciągu ostatnich siedmiu dni. Na wysokim poziomie w grupie *Osamotnionych* jest średnia wyników uzyskanych w czynniku indyferentność. Oznacza to, że młodzi ludzie z grupy oprócz niezadowolających relacji z innymi, mają także trudności w koncentracji uwagi, odczuwają niskie zadowolenie w życiu lub wręcz mają poczucie rozbicia.

Analizując dane grupa *Niedepresyjnych* składa się 27 osób. Jej wyniki skrajne to samopoczucie (Sam= 37,11) i kontaktowość (Kont= 44,85). Osoby te charakteryzują się stosunkowo dobrym samopoczuciem, co przekłada się pozytywnie na ich poczucie szczęścia i samoocenę w stosunku do innych ludzi. Osoby te wysoko oceniają swoją nadzieję na przyszłość. W grupie *Niedepresyjnych* czynnik depresyjności jest stosunkowo na najniższym poziomie. Zatem poczucie smutku, obawy czy samotności w tej grupie występuje, ale nie jest dominującym elementem życia.

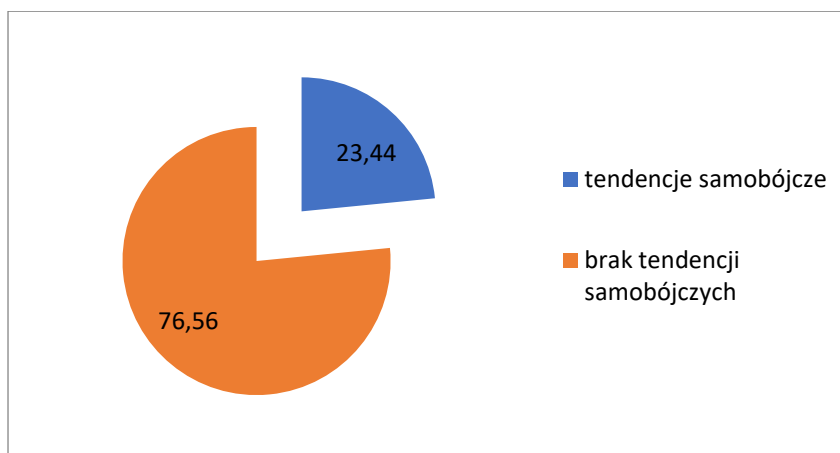
Konfiguracja wyników skal depresyjności dla poszczególnych grup



Najliczniej reprezentowanym typem depresyjności są osoby charakteryzujące się znudzeniem, których grupa liczy 49 osób. Grupa *Znudzonych* osiąga najwyższe wyniki w skali samopoczucia (Sam= 51,91), a najniższe w obszarze kontaktowości (Kont= 43,57). W tych dwóch wymiarach różni się od *Niedepresyjnych*. Oznacza to, że osoby te nisko oceniają swoje poczucie szczęścia, nadzieję na przyszłość i samoocenę porównując się do innych ludzi. Doświadczają mniejsze niż zwykle zainteresowanie rzeczami, które dotąd były dla nich interesujące. Jednocześnie oceniają pozytywnie relacje z innymi ludźmi uznając, że doświadczają przyjaźni i sympatii ze strony innych. Odczuwanie smutku, obawy, samotności i znudzenia jest w grupie na poziomie poniżej wyników średnich (Dep= 44,57). Grupa ta charakteryzuje się także nieco wyższymi wynikami w skali tendencji samobójczych w porównaniu z grupą *Niedepresyjnych*.

Najwyższe wyniki we wszystkich czynnikach osiąga grupa *Depresyjnych*. Najniższą wartość odnotowuje się w wymiarze kontaktowości (Kont= 59,14), a najwyższe wartości w tendencjach samobójczych (TS=66, 82) i depresyjności (Dep= 65,73). Grupa *Depresyjnych* jest najmniej liczna, bo należy do niej 22 osoby spośród badanych. Wysokie tendencje samobójcze w tej grupie objawiają się myślami o śmierci lub pragnieniem śmierci. Osoby te deklarowały także myśli samobójcze w przeciągu minionego tygodnia. Charakterystyczne dla tej grupy jest odczuwanie znudzenia rzeczami, które wcześniej były dla nich interesujące, chandry jako przedłużającego się uczucia smutku, a także braku energii do działania. *Depresyjni* często w ostatnim tygodniu odczuwali smutek, obawę, samotność i mieli poczucie rozbiecia. Ponadto deklarowali niskie łaknienie, małomówność i poczucie braku przyjaźni i sympatii ze strony innych ludzi.

Na podstawie powyższej analizy należy zauważyć, że młodzież należąca do II grupy ma najniższy wskaźnik spośród depresyjności spośród wszystkich grup. W związku z tym, że w czynniku odpowiadającym za złe samopoczucie i obszarze badającym tendencje samobójcze osiąga najniższe wyniki, to można stwierdzić, że młodzież ta jest najbardziej zdrowa spośród badanych. Grupa *Znudzonych* w większości posiada podobne cechy odnoszące się do poziomu depresyjnych uczuć i relacji z innymi, co grupa poprzednia. Jednak ze względu na wysoki wskaźnik złego samopoczucia wyniki grupy są mniej pozytywne niż *Niedepresyjnych* adolescentów. Podobny wynik pod względem samopoczucia osiąga grupa I. *Osamotnieni* mają jednak wyższy poziom niezadowolenia z relacji z innymi ludźmi niż *znudzona* młodzież. Najwyższe wyniki we wszystkich skalach osiąga grupa IV, u której poziom depresyjności, złego samopoczucia, relacji z innymi, bierności i tendencji samobójczych jest stosunkowo najwyższy ze wszystkich badanych wskaźników.

TENDENCJE SAMOBÓJCZE**Skala tendencji samobójczych w grupie badanej**

Niespełna jedna czwarta osób z przebadanej grupy młodzieży (23,44 %) cechuje się tendencjami samobójczymi w postaci ogólnych myśli o śmierci, rozmyślania o śmierci własnej lub osoby bliskiej, pragnienia własnej śmierci lub też myśli samobójczych. Brak tendencji samobójczych posiada trzy czwarte badanych (76,56%).

Tabela 15. Nasilenie tendencji samobójczych z uwzględnieniem płci

Płeć	N	%
kobiety	19	63,3
mężczyźni	11	36,7

Myśli o śmierci lub myśli samobójcze deklarują częściej młode kobiety (63,3%) niż mężczyźni (36,7%).

Tabela 16. Nasilenie tendencji samobójczych u uczniów z uwzględnieniem poziomu edukacji

Klasa	N	Procentowy udział w grupie uczniów z danej klasy
pierwsza	4	7,4
druga	12	15,8
trzecia	14	13,6

Nasilenie tendencji samobójczych nasila wraz z wiekiem i szczeblem nauczania. Najniższe tendencje samobójcze występują u pierwszoklasistów (7,4% populacji pierwszoklasistów), którzy rozpoczęli swoją naukę w liceum, szkole zawodowej lub technikum. Dwa razy więcej drugoklasistów (15,8% populacji drugoklasistów) przyznaje się do myśli o śmierci lub myśli samobójczych. Podobny poziom tendencji samobójczych występuje u trzecioklasistów (13,6%) z grupy trzecioklasistów myśli o śmierci

Tabela 17. Relacje z rodzicami uczniów wykazujących tendencje samobójcze

relacje z rodzicami	N	%
bardzo dobre	12	40
dobrze	5	16,6
poprawne	10	33,3
złe	3	10
bardzo złe	0	0

Uczniowie, którzy przyznali, że w ciągu ostatnich siedmiu dni poprzedzających badanie myśleli o śmierci lub mieli myśli samobójcze w większości deklarują, że ich relacje z rodzicami są bardzo dobre (40%). Mniej liczną grupę stanowią osoby, które określają swoje relacje z rodzicami jako poprawne (33,3%). Pozytywnie o relacjach z rodzicami wypowiadały się także osoby o nasilonych tendencjach samobójczych uznając, że ich relacje z rodzicami są dobre (16,6%). Co dziesiąty ankiетowany, który ma myśli o śmierci lub myśli samobójcze deklaruje, że jego relacje z rodzicami są złe (10%).

Tabela 18. Subiektywne doświadczenie utrat u uczniów z tendencjami samobójczymi w ciągu ostatnich sześciu miesięcy

Doświadczenie w ciągu ostatnich 6 miesięcy	N	%
śmierć osoby bliskiej	3	10
pogorszenie sytuacji materialnej rodziny	5	20
uznał, że życie jest puste/ nie ma sensu	22	73,3
utrata kontaktu z rodzicami/ bliskimi	10	33,3
bardziej niż zwykle izolowanie się społeczne	13	43,3
zmiana miejsca zamieszkania	0	0
poważna choroba u siebie lub bliskich	5	20
utrata poczucia bezpieczeństwa	7	23,3

Subiektywne poczucie straty u osób z tendencjami samobójczymi w najwyższym stopniu dotyczą poczucia pustki w życiu lub braku sensu, którego odczuwanie deklaruje trzy czwarte osób (73,3%). Niespełna połowa z tej grupy twierdzi, że bardziej niż zwykle izolowała się społecznie w ciągu ostatnich sześciu miesięcy (43,3%). Jedna trzecia badanych nastolatków z tendencjami samobójczymi ma poczucie straty kontaktu z rodzicami lub innymi bliskimi osobami (33,3%). Co piąty badany z myślami o śmierci nie ma poczucia bezpieczeństwa (23,3%), doświadczył poważnej choroby u siebie lub bliskich (20%) lub też pogorszyła się sytuacja materialna w jego rodzinie (20%). Co dziesiąta osoba z tej grupy przeżyła śmierć bliskiej osoby w ciągu ostatniego pół roku (10%).

OCENA WŁASNEGO CIAŁA

Badana grupa młodzieży miała za zadanie wypowiedzieć się na temat własnej osoby, swojego wyglądu i sposobu radzenia sobie ze smutkiem.

Tabela 19. Ocena własnej osoby w grupie badanych

Ocena własnej osoby	N	%
pozytywna	96	75
negatywna	15	11,71
suma	111	86,71

Badana grupa młodzieży ponadgimnazjalnej w odniesieniu do własnej osoby najczęściej wyrażała się pozytywnie (75%). Najczęściej badani określali siebie jako osobę miłą, towarzyską i dobrą. Pośród wypowiedzi pojawiały się także takie cechy jak odpowiedzialność, odwaga, pewność siebie i szczerść. Negatywnych wypowiedzi na swój temat ankietowani udzielili stosunkowo niewiele (11,71%). W pejoratywnych wypowiedzi na swój temat udzielali w większości w odniesieniu do swojego usposobienia. Ankietowani nazywali siebie osobami przeciętnymi, nic nieznaczącymi, pesymistycznymi.

Tabela 20. Strategie radzenia sobie ze smutkiem w grupie badanych

strategia	N	%
izolacja	80	62,5
korzystanie ze wsparcia bliskich	17	13,28
niekonstruktywne sposoby	14	10,94
razem	111	86,72

Wśród grupy badawczej najczęściej podejmowaną strategią radzenia sobie ze smutkiem jest izolowanie się (62,50%). Badani podczas samotnie spędzonego czasu najczęściej słuchają muzyki, często także rozmyślają lub siedzą samotnie w pokoju. Stosunkowo niewiele osób korzysta ze wsparcia najbliższych w smutnych momentach swojego życia (13,28%). Najczęściej wtedy rozmawiają z przyjaciółką lub matką. Brak konstruktywnego radzenia sobie z nieprzyjemnymi emocjami zgłasza co dziesiąty badany (10,94%). Ankietowani uczniowie w chwilach smutku objadają się, piją alkohol lub palą papierosy.

Tabela 21. Strategie redukcji wagi w grupie badanych

strategia	N	%
ćwiczenia	66	51,56
dieta i wysiłek fizyczny	40	31,25
bieganie	14	10,94
wyniszczające strategie	6	4,69
razem	126	98,44

Ankietowani uczniowie podejmują różne strategie odchudzania się. Ponad połowa osób badanych ćwiczy w domu lub na siłowni, często z trenerem personalnym (51,56%). Większość z nich wysiłek fizyczny łączy z dietą (31,25%). Niewielki odsetek badanych biega (10,94%). Stosunkowo mała grupa podejmuje wyniszczające strategie odchudzania w postaci głodówek i wywoływania wymiotów (4,69%).

Tabela 22. Stosunek respondentów do własnego wyglądu

Ocena wyglądu	N	%
ważny, ale nie najważniejszy	74	57,81
zadowalający	21	16,40
niezadowalający	13	10,16
przeciętny	9	7,03

Stosunek badanych do swojego wyglądu był dość jednorodny. Ponad połowa ankietowanych uznała, że ich wygląd jest ważny, ale nie najważniejszy (57,81%). Ponadto odnosili się oni pozytywnie do swojej aparycji (16,40%). Negatywnie do swojej fizjonomii odniósł się co dziesiąty badany (10,16%). Swoją sylwetkę jako przeciętną oceniła jeszcze mniejsza grupa badanych (7,03%).

Tabela 23. Negatywna ocena respondentów różnych aspektów swojej osoby

Negatywny stosunek	N	%
wszystko	26	20,31
emocjonalność	24	18,75
części ciała	17	13,28
lenistwo	13	10,16
razem	80	62,5

Badani uczniowie określając czego w sobie nie lubią, najczęściej odnosili się do swojego wyglądu, figury lub wręcz „wszystkiego” (20,31%). Nieco mniejsza grupa badanych nie lubi u siebie różnych aspektów swojej emocjonalności (18,75%), trudności z akceptacją dotyczą u badanych skrytości, nieśmiałości, nerwowości i braku pewności siebie. W stosunku do różnych części swojego ciała, ankietowani uczniowie, z antypatią wyrażają się najczęściej o swoim nosie, ale także brzuchu, nogach i owłosieniu (13,28%). Co dziesiąta badana osoba nie lubi u siebie lenistwa (10,16%).

Ocena własnej fizyczności dokonana została na podstawie oceny własnej atrakcyjności, oceny własnego ciała, oceny własnej kondycji fizycznej i troski o swój wygląd. Czynnikiem pomocniczym w dokonywanej analizie, który łączy w sobie wagę (czynnik fizyczny) i płeć (czynnik kulturowy) jest wskaźnik BMI do pomiaru tkanki tłuszczowej w organizmie. Wskaźnik BMI (*Body Mass Index*) został opracowany przez Jaquesa Queteleta i jest to stosunek wagi do wzrostu. W założeniu autora masa ciała jest proporcjonalna do kwadratu wysokości ciała, gdzie jednostką wagi jest kilogram, a jednostką wzrostu metr. Za prawidłową masę ciała uznaje się taką, która we wskaźniku BMI mieści się w przedziale od 18,5 do 24,9. Wartości wskaźnika BMI poniżej normy nazywane są niedowagą, a powyżej nadwagą i kolejnymi stopniami otyłości.

Tabela 24. Ocena własnej fizyczności u uczniów w normie wagowej

Czynnik	N	%
odchudzanie się	60	53,6
wysoka ocena własnej atrakcyjności	47	42,0
wysoka ocena własnego ciała	56	50,0
wysoka ocena własnej kondycji fizycznej i wagi	4	3,6
wysoka troska o swój wygląd	59	52,7

Osoby badane pozostające w normie wagowej, u których wskaźnik BMI mieści się w granicach od 18,5 do 24,9 w większości podejmowali działania mające na celu redukcję masy ciała (53,6%). Ponad połowa badanych w normie wagowej wysoko ocenia troskę o swój wygląd (52,7%). Troska ta rozumiana jest jako strategię podejmowane w celu podkreślania swojej atrakcyjności poprzez strój, regularne ćwiczenia fizyczne, przykładanie dużej wagi do swojego wyglądu zewnętrznego i maskowania niedoskonałości swojego ciała. Połowa nastolatków, których waga jest w normie wysoko ocenia własne ciało (50%). Oznacza to, że jest zadowolona w ze swojego wyglądu, sylwetki, wyglądu włosów i oczu i nie wstydzi się własnego ciała. Mniej niż połowa badanej młodzieży w normie wagowej wysoko ocenia własną atrakcyjność (42%). Osoby te mają poczucie, że osoby płci przeciwnej postrzegają je jako atrakcyjne, lubią patrzeć na siebie w lustrze, ich wygląd podkreśla ich kobiecość lub męskość. Osoby te nie mają problemu z rozebraniem się na plaży.

Tabela 25. Podejmowanie strategii redukujących wagę w odniesieniu do przedziałów BMI

Przedział BMI	%
niedowaga	38,46
norma	53,6
nadwaga	92,3

Najczęściej wśród badanych odchudzały się osoby, których waga była powyżej normy określonej przez wskaźnik BMI, czyli miały nadwagę (92,3%). Rzadziej strategię polegającą na redukowaniu masy ciała podejmowały osoby, których waga jest w normie. Ponad połowa w tym przedziale wagowym ma za sobą doświadczenia bycia na diecie (53,6%). Z mniejszą częstotliwością odchudzają się także osoby, których wskaźnik BMI wskazuje na niedowagę (38,46).

Tabela 26. Poziom niskiej oceny własnej fizyczności u młodzieży

Czynnik	N	%
niska ocena własnego ciała	12	9,4
niska ocena własnej atrakcyjności	18	14,0
niska ocena kondycji fizycznej i wagi	73	57,0
niska troska o swój wygląd	7	5,5
suma	110	85,9

Niskie oceny dotyczące własnej fizyczności w całej grupie badanej w najwyższym stopniu dotyczą kondycji fizycznej i wagi. Ponad połowa badanych (57%) deklaruje, że chciałaby schudnąć, twierdzi, że wysiłek fizyczny ich zawsze męczy. Osoby te chorują i odczuwają różne dolegliwości z ciała. O wiele mniejsza grupa (14%) twierdzi, że nie czuje się atrakcyjna we własnej ocenie i w ocenie innych, nie lubi na siebie patrzeć w lustrze i ma problem z rozebraniem się na plaży. Niespełna co dziesiąty badany nisko ocenia własne ciało (9,4%), a ocena ta dotyczy zarówno sylwetki jak i poszczególnych części ciała, takich jak oczy czy włosy. Najmniej z badanych nisko ocenia troskę o swój wygląd (5,5%) i twierdzi, że nie dbają o niego, nie jest on dla nich istotny. Ponadto nie lubią podkreślać swojej atrakcyjności ani dbać o swoją kondycję fizyczną poprzez różnego rodzaju ćwiczenia.

Tabela 27. Niska ocena własnej atrakcyjności

Niska ocena własnej atrakcyjności	%
depresyjni	95
nadwaga/ niedowaga	11
odchudzanie	83

Osoby, które nisko oceniają swoją atrakcyjność w przeważającej większości mają objawy depresyjne. Co dziesiąta osoba, która źle się czuje ze swoim wyglądem zewnętrznym waży za dużo lub za mało. Większość z tej grupy podejmuje strategie redukcji swojej masy ciała poprzez dietę lub regularny wysiłek fizyczny (83%).

Tabela 28. Niska ocena własnego ciała

Niska ocena własnego ciała	%
depresyjni	83
nadwaga/ niedowaga	8,3
odchudzanie	83

Osoby, których ocena własnego ciała jest niska w większości mają objawy depresyjne (83%). Dokładnie taka sama liczba osób, która chciałaby zmienić wygląd własnego ciała jest na diecie lub ćwiczy, po to by zredukować masę swojego ciała. Jedna dziesiąta z odchudzających się ma nadwagę lub niedowagę (8,3%).

Tabela 29. Niska ocena własnej kondycji fizycznej

Niska ocena własnej kondycji fizycznej	%
depresyjni	83,6
nadwaga/ niedowaga	32,9
odchudzanie	100

Osoby, które nisko oceniają własną kondycję fizyczną w większości są również osobami depresyjnymi. Wszyscy, którzy twierdzą, że wysiłek fizyczny jest dla nich męczący a ich poziom energii jest niski, to podejmują strategie redukcji swojej masy ciała. Jedna trzecia z tych osób ma nadwagę lub niedowagę (32,9%).

Tabela 30. Niska troska o wygląd

Niska troska o wygląd	%
depresyjni	85
nadwaga/ niedowaga	0
odchudzanie	14,3

Niska troska o swój wygląd fizyczny w większości odnosi się do osób, które w ciągu ostatnich siedmiu dni miały objawy depresyjne (85%). Wszystkie osoby z tej grupy posiadają wagę w normie. Co szósta osoba, która nie przywiązuje wagi do tego czy wygląda atrakcyjnie, odchudzała się (14,3%).

ZWIĄZEK DEPRESYJNOŚCI I OBRAZU CIAŁA

Tabela 31. Średnie wyniki w skalach CES-D w grupach o niskiej i wysokiej depresyjności

CES- D	Grupa z niską depresyjnością (ND)		Grupa z wysoką depresyjnością (WD)		Statystyki	
	M	SD	M	SD	T	p
Depresyjność i tendencje samobójcze- wynik ogólny (DEPTS WO)	39,50	2,11	64,13	6,58	-19,51	0,001
Depresyjność- wynik ogólny (DEP WO)	39,33	2,51	64,43	6,43	-19,91	0,001
Depresyjność (Dep)	40,70	2,99	63,66	7,44	-15,68	0,001
Dobre samopoczucie (Sam)	42,80	8,93	57,60	10,14	-5,99	0,001
Kontaktowość (Kont)	42,00	3,55	60,10	10,35	-9,06	0,001
Indyferentność (Indyf)	40,10	4,71	61,37	8,45	-12,03	0,001
Tendencje samobójcze (TS)	43,70	1,51	59,66	11,71	-7,41	0,001

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych wskazuje, że wszystkie dane w niej zawarte są istotne statystycznie, gdyż poziom istotności p jest niski i wynosi $p=0,001$ na wszystkich wymiarów. Grupa z niską depresyjnością (ND) charakteryzuje się niskimi

wynikami osiąganymi we wszystkich skalach testu CED- D do badania depresyjności w porównaniu z grupą o wysokim poziomie depresyjności. Osoby należące do grupy o niskiej depresyjności charakteryzują się odczuwaniem nieprzyjemnych uczuć takich jak smutek czy samotność na stosunkowo niskim poziomie. Oceniają pozytywnie swoje relacje z innymi odwołując się do odczuwania sympatii i przyjaźni ze strony innych ludzi. Mają poczucie szczęścia na przeciętnym poziomie, nadzieję co do przyszłości i odczuwają zadowolenie w różnych sytuacjach.

Osoby o wysokim poziomie depresyjności (WD) charakteryzują się wynikami powyżej średniej we wszystkich skalach odnoszących się do depresyjności i jej wymiarów. Oznacza to, że osoby z grupy eksperymentalnej charakteryzują się depresyjnymi odczuciami, które odnoszą się do wysokiego poczucia smutku i osamotnienia, poczucia przegranej oraz obaw dotyczących przyszłości. Ponadto osoby te skarżą się na niską samoocenę, brak nadziei na przyszłość i brak pozytywnych relacji z innymi osobami. Skarżą się również na trudności z koncentracją, brak apetytu i płaczliwość.

Tabela 32. Średnie wyniki w skalach SOWF w grupach o niskiej i wysokiej depresyjności

SOWF	średnia	odchylenie standardowe	średnia	odchylenie standardowe	statystyki	
	Niska depresyjność ND	Niska depresyjność ND	Wysoka depresyjność WD	Wysoka depresyjność WD	t	p
	N= 30		N= 30			
Ocena własnego ciała OWC	56,90	7,49	41,60	8,06	7,61	0,001
Ocena własnej atrakcyjności OWA	57,13	8,52	42,43	7,86	6,95	0,001
Ocena własnej kondycji fizycznej OWK	55,50	8,69	43,60	11,22	4,59	0,001
Troska o swój wygląd TW	53,40	11,89	47,50	9,61	2,11	0,038
Ocena własnego ciała- wynik ogólny WO SOWF	57,33	8,58	41,87	8,99	6,81	0,001

Źródło: Opracowanie własne.

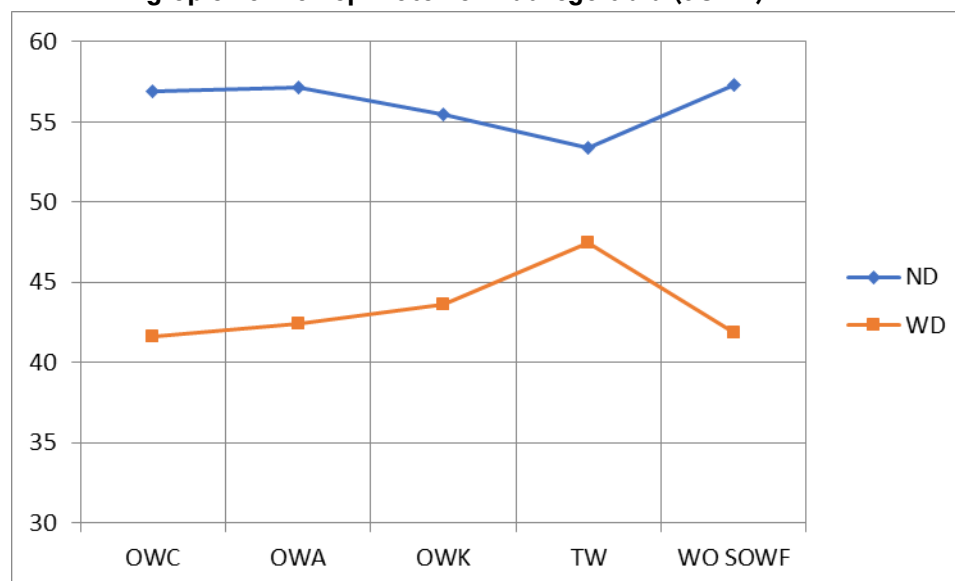
Analiza danych wskazuje, że wszystkie dane w niej zawarte są istotne statystycznie, gdyż poziom istotności p jest niski i wynosi $p=0,001$. W skali odnoszącej się do troski o wygląd (TW), poziom istotności jest wyższy, lecz p mniejsze niż 0,05 dlatego uznajemy wynik za istotny statystycznie.

Na podstawie danych należy stwierdzić, że grupy o wysokiej i niskiej depresyjności różnią się pod względem obrazu ciała. Średnie wyniki w grupie młodzieży o wysokiej depresyjności są stosunkowo niższe niż w grupie o niskim poziomie depresyjności. Największe różnice widoczne są w ogólnej skali obrazu ciała (WO SOWF). Grupa o niskim poziomie depresyjności osiąga w skali ogólnej obrazu ciała (WO SOWF) wyniki na poziomie $M=57,33$, grupa o

wysokim poziomie depresyjności w tej samej skali uzyskuje wyniki na poziomie $M=41,87$. Oznacza to, że nastolatki o wysokim poziomie depresyjności gorzej oceniają swoje ciało w porównaniu z osobami zdrowymi. Stosunkowo duże różnice dotyczą także oceny własnego ciała (OWC) w badanych grupach. W grupie o niskim poziomie depresyjności badani oceniają własne ciało na poziomie $M=56,90$, a w grupie o wysokim poziomie depresyjności badani oceniają własne ciało niżej $M=41,60$. Młodzież o wysokim poziomie depresyjności jest o wiele mniej zadowolona z tego jak wygląda niż młodzież o niskim poziomie depresyjności. Mniejsze, choć nadal znaczące różnice występują pomiędzy grupami skrajnymi w skali odnoszącej się do oceny własnej atrakcyjności przez badanych (OWA) i oceny własnej kondycji fizycznej (OWK). W ocenie własnej atrakcyjności badani w grupie o wysokiej depresyjności osiągnęli średni wynik na poziomie $M=42,43$, a w grupie o niskiej depresyjności $M=57,14$. Ocena własnej kondycji fizycznej w grupie o wysokiej depresyjności jest niższa niż w grupie o niskiej depresyjności. Wynosi odpowiednio dla grup $M=43,60$ i $M=55,50$. Oznacza to, że depresyjni nastolatki chcieliby być bardziej atrakcyjni i mają potrzebę większego powodzenia u płci przeciwnej. Młodzież o niskim poziomie depresyjności czuje się atrakcyjniejsza, ma także większe poczucie atrakcyjności w oczach innych. Młodzież o wysokim poziomie depresyjności negatywnie ocenia swoją troskę o kondycję fizyczną i zdrowie. Osoby badane z tej grupy chciałyby podejmować więcej zachowań prozdrowotnych. Młodzież o niskim poziomie depresyjności o wiele wyżej ocenia swoje starania o kondycję i zdrowie, wykazuje się też większym zadowoleniem w stosunku do podejmowanych strategii dbania o swoje ciało.

Najmniejsze różnice dotyczą troski o wygląd (TW). Wyniki badania wskazują, że troska o wygląd jest większa w grupie o niskiej depresyjności $M=53,40$, a niższa dla grupy o wysokiej depresyjności $M=47,50$. Oznacza to, że depresyjna młodzież mniej troszczy się o swój wygląd w stosunku do osób zdrowych, choć nie jest to regułą.

Porównanie wyników średnich w grupie eksperymentalnej i grupie kontrolnej w ocenie własnego ciała (SOWF)



Źródło: opracowanie własne

Dane wskazują, że pomiędzy grupami o niskiej i wysokiej depresyjności istnieją różnice w skalach odnoszących się do oceny własnego ciała. Oznacza to, że młodzież o niskiej depresyjności postrzega inaczej swoje ciało niż młodzież o wysokim poziomie depresyjności.

Dokonując analizy należy zauważyć, że średnie wyniki uzyskiwane we wszystkich wymiarach testu Skala Oceny Własnej Fizyczności oraz wynik ogólny z tego testu w grupie o wysokiej depresyjności były zawsze niższe niż wyniki uzyskiwane w grupie o niskim poziomie depresyjności.

AUTOAGRESJA

Tabela 33. Częstotliwość zachowań autoagresywnych u nastoletnich dziewcząt

Częstotliwość	N	%
często	4	3,3
czasami	11	9,2
bardzo rzadko	37	30,1
nigdy	66	55,0

Do zachowań autoagresywnych w postaci zranień, stłuczeń i zadrapań przyznaje się niespełna połowa ankietowanych (45%). Co trzecia badana przyznaje, że bardzo rzadko stosowała zachowania autoagresywne (30,1%). Co piąta nastolatka uznała, że celowo wyrządza sobie krzywdę czasami (9,2%). Często takie praktyki stosuje 3,3% badanych młodych kobiet.

Tabela 34. Sposoby radzenia sobie ze złością nastoletnich dziewcząt

Sposób	N	%
nie okazuje na zewnątrz	96	80,0
agresja wobec innych i przedmiotów	28	23,3
Samookaleczenia	10	8,33
informowanie o emocjach, potrzebach i oczekiwaniach	30	25,0
przejadanie się	20	16,6
rozmowa z bliską osobą	45	37,5
Inaczej	6	5

Badana grupa dziewcząt stosuje różne formy radzenia sobie ze złością. Przeważająca większość z nich nie okazuje nieprzyjemnych emocji na zewnątrz (80,0%). Rozmowa z bliską osobą jest metodą wykorzystywaną przez mniej niż połowę ankietowanych (37,5%). Co czwarty badana przyznaje, że jej sposobem radzenia sobie ze złością jest informowanie o emocjach, potrzebach i oczekiwaniach (25,0%). Nieco mniej badanych przyznaje, że rozładowuje swoją agresję w sposób agresywny w stosunku do innych osób i przedmiotów (23,3%). Innym nie konstruktywnym sposobem radzenia sobie nastolatek ze złością jest przejadanie się (16,6%). Najmniej powszechnym sposobem radzenia sobie ze złością jest samookaleczanie się, do którego przyznaje się 8,33% badanych.

Z badania wynika także, że dziewczęta stosujące autoagresję charakteryzują się niskim poczuciem wartości (36,5%), prezentują zachowania agresywne wobec innych (32,7%), posiadają niski stopień zadowolenia z siebie (55,8%).

WNIOSKI

- Ponad połowa (55%) badanych uczniów w ciągu ostatnich siedmiu dni miała objawy depresji.
- Osoby depresyjne najczęściej spędzają wolny czas na spotkaniach ze znajomymi (61,4%).
- Co piąty depresyjny nastolatek spędza czas aktywnie- uprawiając sport (21,4%)
- Najczęściej depresyjni nastolatki doświadczają utraty sensu życia (62,9%).
- Co trzeci nastolatek z objawami depresyjnymi deklaruje większą niż dotychczas izolację społeczną (31,4%).
- Doświadczenie poważnej choroby u siebie lub bliskich wskazywało co szósta osoba depresyjna (14,3%).
- Śmierć osoby bliskiej lub pogorszenie sytuacji materialnej w rodzinie było doświadczeniem co piątego depresyjnego nastolatka (11,4%).
- Najliczniej reprezentowanym typem depresyjności są osoby charakteryzujące się znudzeniem (38,3%). Osoby te nisko oceniają swoje poczucie szczęścia, nadzieję na przyszłość i samoocenę. Doświadczają mniejsze niż zwykle zainteresowanie rzeczami, które dotąd były dla nich interesujące. Jednocześnie oceniają pozytywnie relacje z innymi ludźmi uznając, że doświadczają przyjaźni i sympatii ze strony innych. Od osób niedepresyjnych różnią się nasileniem złego samopoczucia.
- 17,5% depresyjnych nastolatków charakteryzuje się typowymi dla depresji objawami w postaci odczuwania smutku, obawy, samotności i poczucia rozbitości. Ponadto osoby te deklarują niskie łaknienie, małowówność i poczucie braku przyjaźni i sympatii ze strony innych ludzi. Mają także najwyższy wskaźnik tendencji samobójczych.
- Niespełna jedna czwarta osób depresyjnych (23,44%) należy do grupy osamotnionych. Są małowówne, mają poczucie, że inni ich nie lubią, skarżą się na apatyczność, niski apetyt i płaczliwość. Młodzi ludzie z tej grupy mają także trudności w koncentracji uwagi, odczuwają niskie zadowolenie w życiu lub wręcz mają poczucie rozbitości.
- Niespełna jedna czwarta osób z przebadanej grupy młodzieży (23,44 %) cechuje się tendencjami samobójczymi w postaci ogólnych myśli o śmierci, rozmyślania o śmierci własnej lub osoby bliskiej, pragnienia własnej śmierci lub też myśli samobójczych.
- Tendencje samobójcze częściej deklarują kobiety (63,3%)
- Nasilenie myślenia o śmierci i myśli samobójczych rośnie wraz z wiekiem.
- Zdecydowana większość badanych, którzy mają nasilone tendencje samobójcze (90%) deklaruje pozytywne relacje z rodzicami.
- Subiektywne poczucie straty u osób z tendencjami samobójczymi w najwyższym stopniu dotyczą poczucia pustki, której odczuwanie deklaruje trzy czwarte osób (73,3%). Niespełna połowa z tej grupy twierdzi, że bardziej niż zwykle izolowała się społecznie w ciągu ostatnich sześciu miesięcy (43,3%).
- Stosunek badanych do swojego wyglądu jest dość jednorodny. Ponad połowa ankietowanych uznała, że ich „wygląd jest ważny, ale nie najważniejszy” (57,81%). Użycie identycznych słów przez tak dużą liczbę danych może wskazywać na brak refleksji z ich strony.
- Osoby badane pozostające w normie wagowej, u których wskaźnik BMI mieści się w granicach od 18,5 do 24,9 w większości podejmowali działania mające na celu redukcję masy ciała (53,6%).
- Połowa nastolatków, których waga jest w normie wysoko ocenia własne ciało (50%). Oznacza to, że jest zadowolony z swojego wyglądu, sylwetki, wyglądu włosów i oczu i nie wstydzi się własnego ciała.
- Odchudzają się także osoby, których wskaźnik BMI wskazuje na niedowagę (38,46%).

- Niskie oceny dotyczące własnej fizyczności w całej grupie badanej w najwyższym stopniu dotyczą kondycji fizycznej i wagi. Ponad połowa badanych (57%) deklaruje, że chciałaby schudnąć, twierdzi, że wysiłek fizyczny ich zawsze męczy.
- Osoby o niskiej ocenie własnej atrakcyjności i osoby o niskiej ocenie własnego ciała w większości podejmują strategie mające na celu redukcję ich masy ciała (83%)
- Osoby z niską ogólną oceną własnej fizyczności (ciała, atrakcyjności, troski o wygląd i kondycji fizycznej) w przeważającej większości mają objawy depresji
- Grupy o wysokiej i niskiej depresyjności różnią się pod względem obrazu ciała. Średnie wyniki w grupie młodzieży o wysokiej depresyjności są stosunkowo niższe niż w grupie o niskim poziomie depresyjności w odniesieniu do oceny swojego ciała.
- Depresyjność ma wpływ na obraz ciała i znacząco go modyfikuje. Badana grupa młodzieży ponadgimnazjalnej o wysokim poziomie depresyjności cechuje się bardziej negatywnym obrazem własnego ciała. Skutkuje to mniejszym zadowoleniem z własnego ciała i mniejszą satysfakcją z jego wyglądu.
- Depresyjność ujemnie wpływa na subiektywną ocenę własnej atrakcyjności wśród młodzieży. Przekłada się również na mniejszą troskę o swoją kondycję fizyczną, co związane jest z niechęcią do wysiłku fizycznego i dolegliwościami somatycznymi.
- Depresyjność wpływa na troskę o wygląd zewnętrzny wśród młodzieży. Skutkuje ona mniejszą uwagą skierowaną na strój i sylwetkę.
- Niespełna połowa badanych młodych kobiet (45%) podejmowała z różną częstotliwością zachowania mające na celu samouszkodzenie (zranienia, stłuczenia, zadrapania)
- Przeważająca większość młodych kobiet nie okazuje nieprzyjemnych emocji na zewnątrz (80%)
- Konstruktywne sposoby radzenia sobie ze złością stosuje jedna czwarta badanych (25%)- informuje o emocjach, potrzebach i oczekiwaniach. Nieco więcej rozmawia z bliską osobą 37,5%
- Dziewczęta stosujące autoagresję charakteryzują się niskim poczuciem wartości (36,5%), prezentują zachowania agresywne wobec innych (32,7%), posiadają niski stopień zadowolenia z siebie (55,8%).
- Badana grupa młodzieży ponadgimnazjalnej w odniesieniu do własnej osoby najczęściej wyrażała się pozytywnie (75%). Najczęściej badani określali siebie jako osobę miłą, towarzyską i dobrą. Pośród wypowiedzi pojawiały się także takie cechy jak odpowiedzialność, odwaga, pewność siebie i szczerość.
- Co dziesiąty nastolatek (11,71%) negatywnie myśli o swojej osobie najczęściej nazywając siebie osobami przeciętnymi, nic nieznaczącymi, pesymistycznymi.
- Najczęściej podejmowaną strategią radzenia sobie ze smutkiem jest izolowanie się (62,50%). Badani podczas samotnie spędzonego czasu najczęściej słuchają muzyki, często także rozmyślają lub siedzą samotnie w pokoju.
- Brak konstruktywnego radzenia sobie z nieprzyjemnymi emocjami zgłasza co dziesiąty badany (10,94%). Ci uczniowie w chwilach smutku objadają się, piją alkohol lub palą papierosy.
- Ponad połowa osób badanych ćwiczy w domu lub na siłowni, często z trenerem personalnym (51,56%).
- Niewielki odsetek badanych biega (10,94%).
- Stosunkowo mała grupa podejmuje wyniszczające strategie odchudzania w postaci głodówek i wywoływania wymiotów (4,69%).
- Co piąty nastolatek nie lubi u siebie „wszystkiego” (20,31%)
- Niespełna co piąty nastolatek nie lubi u siebie różnych aspektów swojej emocjonalności (18,75%). Trudności z akceptacją dotyczą u badanych skrytości, nieśmiałości, nerwowości i braku pewności siebie.
- W stosunku do różnych części swojego ciała, ankietowani uczniowie, z antypatią wyrażają się najczęściej o swoim nosie, ale także brzuchu, nogach i owłosieniu (13,28%)

PODSUMOWANIE

Z przeprowadzonych badań wynika, że ponad połowa badanych charakteryzuje się depresyjnością, co oznacza, że mają objawy depresji. Do stwierdzenia depresji potrzebne jest pojawienie się określonych objawów, które zostały opisane w klasyfikacjach medycznych. Są to następujące kryteria diagnostyczne:

- A. W okresie dwóch tygodni lub dłuższym występowało 5 lub więcej spośród poniżej wymienionych objawów (co stanowi istotną zmianę w stosunku do wcześniejszego funkcjonowania), przy czym co najmniej jednym z nich było obniżenie nastroju lub anhedonia:
 - 1. Obniżony nastrój przez większą część dnia i niemal codziennie (u dzieci lub młodzieży zamiast nastroju obniżonego może występować nastrój drażliwy).
 - 2. Wyraźnie mniejsze zainteresowanie i satysfakcja z niemal wszystkich aktywności (anhedonia).
 - 3. Zmniejszenie masy ciała pomimo braku stosowania diet albo zwiększenie masy ciała (zmiany wyniosły więcej niż 5% masy ciała w ciągu miesiąca) lub zmniejszenie się lub zwiększenie się apetytu obecne niemal codziennie.
 - 4. Bezsenność lub wzmożona senność niemal codziennie.
 - 5. Pobudzenie psychoruchowe lub spowolnienie występujące niemal codziennie (które jest zauważalne dla otoczenia, a nie stanowi jedynie subiektywnego poczucia pacjenta).
 - 6. Męczliwość lub utrata energii obecne niemal codziennie.
 - 7. Poczucie własnej niskiej wartości lub nadmierne, nieadekwatne poczucie winy (może mieć charakter urojeniowy) obecne niemal codziennie (lecz nie sprowadzające się tylko do wyrzucania sobie faktu bycia chorym).
 - 8. Zmniejszona zdolność koncentracji lub brak decyzyjności obecne niemal codziennie.
 - 9. Nawracające myśli o śmierci (lecz nie sprowadzające się tylko do lęku przed umieraniem), nawracające myśli samobójcze bez sprecyzowanego planu samobójczego lub z planem samobójczym lub próby samobójcze.
- B. Objawy są przyczyną klinicznie istotnego cierpienia lub upośledzenia w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym lub innych ważnych obszarach funkcjonowania.
- C. Nie ma podstaw, aby epizod ten przypisywać działaniu substancji przyjmowanych przez pacjenta lub innym przyczynom medycznym związanym ze stanem zdrowia pacjenta.
- D. Występowanie wymienionych objawów nie jest łatwiejsze do wyjaśnienia obecnością zaburzeń schizoaфекtywnych, schizofrenii, zaburzeń podobnych do schizofrenii (ang. *schizofreniform disorder*), zaburzeń urojeniowych lub innych zaburzeń ze spektrum zaburzeń psychiatrycznych.
- E. Nigdy nie miał miejsca epizod manii ani też epizod hipomanii.

Depresja u młodzieży ma nieco inny obraz, który nie jest aż tak jednoznaczny, jak w odniesieniu do osób dorosłych. Objawy depresji młodzieńczej to zaburzenia nastroju, obniżenie nastroju, dysforia, podwyższony poziom lęku, lęk przed przyszłością, zaburzenia w sferze poznawczej – trudności funkcjonowania w roli ucznia, z którym łączą się niepowodzenia szkolne, poczucie małej wartości, przekonanie o nieuchronności niepowodzenia – błędne stereotypy poznawcze (niekoniecznie utrwalone), obniżony poziom aktywności maskowany dysforią i zaburzeniami zachowania. Stąd pojawiać się może wątpliwość lub niezrozumienie, gdy nastolatek cierpiący na depresję ma różne objawy choroby. Na podstawie przeprowadzonych badań i objawów, które ankietowali podawali udało się wyróżnić trzy typy depresyjności u młodzieży: depresyjny, znudzony i osamotniony. Typowy obraz depresji wraz z objawami charakterystycznymi dla dorosłych dotyka 17,5% depresyjnych nastolatków. Symptomy choroby charakteryzują się typowymi dla depresji objawami w postaci odczuwania smutku, obawy, samotności i poczucia rozbicia. Najliczniej reprezentowanym typem depresyjności są osoby, którym doskwiera znudzenie. Osoby te nisko oceniają swoje poczucie szczęścia, nadzieję na przyszłość i samoocenę. Jedynym czynnikiem, który wyróżnia ich od osób zdrowych jest złe samopoczucie, na które się skarżą. Trzecim wyróżnionym typem są

osoby osamotnione. Należy do nich niespełna jedna czwarta osób depresyjnych. Są mało mówne, mają poczucie, że inni ich nie lubią, skarżą się na apatyczność, niski apetyt i płaczliwość. Młodzi ludzie z tej grupy mają także trudności w koncentracji uwagi, odczuwają niskie zadowolenie w życiu lub wręcz mają poczucie rozbicia. W przypadku nasilonych objawów depresji konieczna jest konsultacja u specjalisty: psychologa i psychiatry w celu podjęcia leczenia. W grupie depresyjnych nastolatków z nasilonymi objawami lękowymi znajdują się osoby, które odmawiają chodzenia do szkoły.

Ze względu na różnorodny obraz zaburzenia należy zwracać uwagę na osoby o obniżonym nastroju, ale także na te, które zachowują się na pierwszy rzut oka w sposób nie budzący niepokoju. Większość przebadanych nastolatków, u których występują objawy depresji najbardziej lubi spotykać się ze znajomymi w wolnym czasie, co powszechnie uznawane jest za normę w wieku nastoletnim i może być traktowane jako oznaka zdrowia. Należy pamiętać, że podtrzymywanie relacji z innymi nie jest równoznaczne z otrzymywaniem lub korzystaniem ze wsparcia z ich strony.

Reakcja depresyjna jest także odpowiedzią na subiektywne poczucie straty ważnej osoby lub wartości w życiu. Nastolatki, którzy przeżyli stratę w ostatnich sześciu miesiącach często reagują smutkiem, przygnębieniem i izolują się społecznie. Jest to oznaka wejścia w proces żałoby i przechodzenia przez poszczególne jej fazy: od zaprzeczania poprzez żłość, smutek i proces godzenia się z poniesioną stratą. Przeżyta żałoba trwa około roku. Strata w postaci śmierci w najbliższej rodzinie lub zmiany miejsca zamieszkania szybko jest ujawniana przez środowisko młodego człowieka. Jednak przeżywanie subiektywnej utraty kontaktu z bliską osobą lub utrata sensu życia jest doświadczeniem wewnętrznym i często skrywanym. Sposobem na ujawnianie takich sytuacji i wsparcie ze strony środowiska jest pozytywna relacja z innymi, także dorosłymi, poczucie bezpieczeństwa w rodzinie i środowisku szkolnym. Są to zadania trudne, ale stawiane szkole jako placówce wychowującej i wspierającej rozwój młodego człowieka. Badacze wskazują także na związek pomiędzy depresją a trudnościami w komunikacji z innymi. Brak efektywnej komunikacji z rodzicami i środowiskiem rówieśniczym wzmagają problemy interpersonalne jednostki. Opisywane są one także jako czynnik występowania depresji oraz skutek choroby.

Nasilenie depresji rośnie wraz z wiekiem badanych. W odniesieniu do poziomu edukacji, na którym się znajdują, można rozumieć to zjawisko jako reakcja na nowe wyzwania stawiane przed nastolatkami. Należą do nich między innymi konieczność podejmowania decyzji o swojej przyszłości: wybór dotyczący kariery zawodowej i co za tym idzie kierunku dalszego kształcenia lub podejmowanie pracy zarobkowej. Ponadto młodzi ludzie stoją przed wieloma zadaniami rozwojowymi, a wśród nich jest osiągnięcie niezależności osobistej, bardziej dojrzałe więzi z rówieśnikami obojga płci, kształtowanie roli męskiej lub kobiecej, osiągnięcie niezależności emocjonalnej od rodziców i innych osób dorosłych oraz dążenie do odpowiedzialności społecznej. Reakcja depresyjna wpisana jest także w proces rozwoju człowieka u progu dorosłości. Smutek występujący w okresie dorastania związany jest także z wewnętrznymi przeżyciami nastolatków. Przede wszystkim nastolatek doświadcza „straty” rodziców jako idealnych autorytetów, na których można zawsze liczyć. Konsekwencją tej straty jest poczucie pustki i utrata ideałów. Drugą stratą w okresie adolescencji jest utrata „dziecka w sobie”. Ma to związek ze wzrastającymi wymaganiami świata. W okresie adolescencji młody człowiek zaczyna odkrywać, że beztroskie lata minęły bezpowrotnie i teraz będzie musiał sam się sobą zaopiekować. Zmiany zachodzące w życiu człowieka zachodzą na wielu płaszczyznach. Adolescencja rozpatrywana jest jako jeden z największych kryzysów w życiu. Jest to czas uruchamiania nowych struktur psychicznych i utrwalania się mechanizmów obronnych. Jest to także czas wyzwań dla młodego człowieka.

W interpretowaniu wyników należy mieć na względzie czas przeprowadzonego badania. Był to deszczowy dzień kilka dni po rozpoczęciu kalendarzowej wiosny. Zgodnie z badaniami klinicystów jest to czas nasilenia depresji sezonowych. Przyczyną depresji sezonowej jest zaburzenie rytmów biologicznych, spowodowane niedoborem

światła słonecznego. Dlatego też może występować nie tylko na przełomie jesieni i zimy, ale także na początku wiosny, gdy organizm ludzki nie zdążył jeszcze naładować swoich akumulatorów

Jednym z najgroźniejszych zjawisk będących skutkiem nieradzenia sobie z własnymi emocjami jest podejmowanie działań o charakterze suicydalnym. Tendencje samobójcze współwystępujące najczęściej z depresją, mogą prowadzić do śmierci. Stąd też ogromne wyzwanie po stronie środowiska, by na przejawy tego typu autoagresji reagować szybko i stanowczo. Młodzież o wysokim wskaźniku tendencji samobójczych w większości, bo aż w 90% wskazywała, że jej reakcje z rodzicami są dobre. Jednakże te młode osoby jednocześnie przyznają się do myślenia o własnej śmierci lub do jej pragnienia. Młodzi ludzie deklarowali, że rzadko sięgają po wsparcie ze strony rodziców, przeżywając smutek lub złość. Dobre relacje z rodzicami mogą być też rozumiane jako przyzwolenie na wiele zachowań, brak wyraźnych granic, wycofanie się rodziców z życia nastoletnich dzieci. Brak sięgania po wsparcie w środowisku domowym może być też interpretowane jako przejaw niezależności emocjonalnej nastolatków, chociaż w tym przypadku niezależność młodzieży może być traktowana raczej jako proces separacji i brak poczucia wsparcia, akceptacji czy bezpieczeństwa w relacjach z rodzicami. Jednym z rozwiązań w takiej sytuacji staje się przynależność do pozytywnej grupy rówieśniczej czy to w postaci zintegrowanego zespołu klasowego czy nieformalnej grupy skupionej wokół jakiejś pasji lub celu. Nie należy jednak obarczać młodych ludzi odpowiedzialnością za zachowania suicydalne koleżanek i kolegów lub też o ich utajanie. W sytuacji zagrożenia osoby te powinny także otrzymać adekwatne wsparcie dorosłych w postaci odbarczenia z poczucia winy.

Negatywny obraz ciała jest jednym z czynników stresowych, które mogą prowadzić do depresji, co wskazywało by na dwustronną zależność depresyjności i obrazu ciała. Zmiany zachodzące w ciele młodego człowieka są źródłem trudności emocjonalnych młodych osób i przy wystąpieniu innych czynników mogą powodować depresję. Pozytywna ocena własnego wyglądu deklarowana przez połowę badanych nastolatków jest wynikiem pozytywnym. Kryzys adolescencji w dużej mierze odnosi się także do zmian zachodzących w ciele. Powoduje to niepewność, wstyd i brak akceptacji swojego wyglądu przez młodych ludzi. W większości deklarują oni, że wygląd jest ważny, ale nie najważniejszy. Świadczy to o wyuczonej skromności i braku refleksyjności w tym obszarze. Jednym z mierzalnych wyznaczników atrakcyjności fizycznej jest waga i kształt sylwetki. Większość badanych nastolatków mieściło się w normie wagowej, ale więcej niż połowa z nich podejmowała strategie mające na celu redukcję masy ciała. Najczęściej stosują oni ćwiczenia. Najbardziej popularną formą aktywności fizycznej wśród młodzieży są ćwiczenia z trenerem personalnym na siłowni. Świadczy to o pewnego rodzaju modzie, podkreślanu kultu jednostki przy jednoczesnej potrzebie inwestycji finansowych po to, by być atrakcyjnym. Jedynie co dziesiąta osoba korzystała z najpopularniejszej w ostatnich czasach formy uprawiania sportu, który nie wymaga nakładów pieniężnych, czyli biegania. Żadna z osób ankietowanych nie wspomniała o dyscyplinie sportowej, która wymaga współpracy z innymi lub jest grą zespołową. Może to mieć przełożenie na coraz niższą popularność wychowania fizycznego w szkole oraz trudności młodych ludzi we współpracy.

Akceptacja własnej fizyczności odbywa się na różnych poziomach. Młodzież ma świadomość różnych aspektów własnej cielesności. Największą trudność sprawia jej jednak troska o kondycję fizyczną i wagę. Ponad połowa badanych deklaruje, że chciałaby schudnąć, twierdzi, że wysiłek fizyczny ich zawsze męczy i z tego powodu z niego potrafi zrezygnować. Część młodzieży podejmuje jednak wysiłek fizyczny różnego rodzaju i stosuje diety, nawet jeżeli ich wskaźnik BMI wskazuje na niedowagę. Brak zadowolenia z własnego ciała: jego kształtu, wyglądu i atrakcyjności może być przez młodzież traktowany jako najważniejszy wyznacznik ich statusu i samooceny. W celu budowania adekwatnego obrazu własnego ciała u młodzieży należy pracować nad odkrywaniem ich zasobów i wzmacnianiem wykorzystywania ich w różnych sytuacjach.

Niska ocena własnego ciała może mieć związek z depresją: być jej czynnikiem powstawania lub też skutkiem. Jednakże podejmowanie wysiłku fizycznego, który jest adekwatny dla wieku i możliwości fizycznych jednostki może być także czynnikiem zdrowienia.

Depresyjność ma wpływ na obraz ciała i znacząco go modyfikuje. Badana grupa młodzieży ponadgimnazjalnej o wysokim poziomie depresyjności cechuje się bardziej negatywnym obrazem własnego ciała. Skutkuje to mniejszym zadowoleniem z własnego ciała i mniejszą satysfakcją z jego wyglądu.

Trudności młodzieży z radzeniem sobie z emocjami sygnalizowane były kilkakrotnie podczas badania. Jedną z trudności jest brak konstruktywnego sposobu radzenia sobie ze złością lub smutkiem. Jedynie jedna czwarta badanych potrafiła radzić sobie ze złością w sposób asertywny: nazywając swoje potrzeby i komunikując swoje oczekiwania. Świadczy to o braku akceptacji uczuć nieprzyjemnych przeżywanych u nastolatków przez nich samych i otoczenie. Działania autodestrukcyjne pod wpływem uczuć są doświadczeniem niespełna połowy z badanych. Związane to jest z brakiem kontroli emocjonalnej, wsparcia ze środowiska, ale także wcześniejszych doświadczeń młodych ludzi. Akceptacja własnych uczuć jest umiejętnością wymagającą pozytywnych doświadczeń i wzorców z domu rodzinnego, ale także wysokiej samoświadomości i edukacji emocjonalnej.

Działaniami profilaktycznymi, które powinny być podejmowane od wczesnych etapów edukacji jest z jednej strony praca nad wzmacnianiem zasobów młodego człowieka, wzmacnianie pozytywne, ale także edukacja emocjonalna dotycząca radzenia sobie z emocjami i treningiem umiejętności społecznych. Ważnym z punktu widzenia zapobiegania depresji jest integracja środowiska szkolnego, a szczególnie klasy, przeciwdziałanie wykluczeniu i agresji w szkole, stwarzanie możliwości angażowania się uczniów w działania społeczne. Jednocześnie ważne wydaje się także edukowanie rodziców w tym względzie i wspieranie ich w procesie wychowania.

BIBLIOGRAFIA

- Brytek Matera, A. (2008). *Obraz ciała- obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Difin.
- Głębocka, A. (2009). *Niezadowolone z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls;
- Hammen, C. (2004). *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne;
- Jablow, M. (1993). *Na bakier z jedzeniem. Anoreksja, bulimia, otyłość. Poradnik dla rodziców*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne;
- Kołodziejek, M. (2008). *Depresja u dzieci i młodzieży: podstawy teoretyczne, psychoterapia poznawczo- behawioralna*. Psychoterapia, 2008 (145), s. 15-33;
- Linowski, K., Wysocki, I. (2012). *Agresja, autoagresja w przemoc w życiu człowieka. Przyczyny, przejawy, przeciwdziałanie i resocjalizacja*. Radom;
- Pużyński, S. (1988). *Depresje*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL;
- Radziwiłłowicz, W. *Czynniki ryzyka oraz różnorodność obrazu klinicznego depresji u dzieci i młodzieży*. Z: www.knempiria.wordpress.com, (10.11.2016);
- Shilling, Ch. (2010) *Socjologia ciała*, Warszawa; Wydawnictwo Naukowe PWN;
- Seligman, M. (1994). *Co możesz zmienić, a czego nie możesz*. Poznań: Media Rodzina;
- Wolf, N. (2008). *Mił piękności*. W: Szpakowska M. (red.) *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 103-108.