

## HUMANITIES

## DEPRESSION – DEFINITION, HISTORY OF VIEWS, RECOGNITION

**Barbara Szczygiel**

BSc, Polonia University, Institute of Health and Nursing,  
e-mail: [szczygielbarbara17@wp.pl](mailto:szczygielbarbara17@wp.pl), [orcid.org/0000-0001-9141-6180](https://orcid.org/0000-0001-9141-6180), Poland

**Bartosz Wanot**

PhD, Polonia University, Institute of Health and Nursing,  
e-mail: [b.wanot@ap.edu.pl](mailto:b.wanot@ap.edu.pl), [orcid.org/0000-0001-8971-0460](https://orcid.org/0000-0001-8971-0460), Poland

**Mariana Magerčiaková**

PhD, Catholic University in Ružomberok, Faculty of Health,  
e-mail: [mariana.magerciakova@ku.sk](mailto:mariana.magerciakova@ku.sk), [orcid.org/0000-0001-5742-8583](https://orcid.org/0000-0001-5742-8583), Slovak Republic

**Abstract.** The concept of depression includes clinical conditions whose main disorder concerns mood or affect. Traditionally, this group includes depressive disorders, mania and submaniacal states, and anxiety disorders. A light form of depression is often unrecognized. The person feels chronic fatigue, weariness and discouragement to life. Depression caused by reactive factors is manifested by a smaller number of psychosomatic symptoms. According to the WHO (World Health Organization) report, by 2020 depression may become the second largest health risk after cardiovascular disease. The clinical picture of depression is dominated primarily by the depressed mood, which is felt by the patient as a state of gloom, resignation, and sadness. The patient is unable to experience joy, happiness and satisfaction. Anhedonia appears, or inability to feel any pleasures. A separate problem is the recognition of depression in the elderly age, when symptoms characteristic to depression are very often considered a normal manifestation of the body aging or as an inherent element of the somatic disease. Currently, it is estimated that as many as 40% of cases of depression in people over 65 remain undiagnosed.

**Keywords:** depression, affective disorders, symptoms of depression.

*DOI:* <http://dx.doi.org/10.23856/3010>

**Wstęp**

W opiece nad pacjentem z depresją najważniejsze znaczenie ma postawa wobec takiego chorego, pełne zaangażowanie się personelu w udzielanie mu pomocy, otwarty i serdeczny stosunek do jego choroby oraz wzbudzenie zaufania wobec pacjenta. Na Izbę Przyjęć trafiają pacjenci z depresją w różnym przedziale wiekowym, od dzieci w wieku szkolnym do późnej starości. Depresja jest chorobą, która doprowadza pacjentów do podjęcia prób samobójczych. Dla rodzin pacjentów to ogromna tragedia i wielkie zaskoczenie, ponieważ większość z nich nie była w stanie zauważyć jakichkolwiek syndromów, które mogłyby doprowadzić do targnięcia się na własne życie. Najbardziej wstrząsający jest widok rodziców dzieci, które jeszcze nie osiągały pełnoletniości a już borykają się z zaburzeniami psychicznymi, m.in. depresją.

## Definicja depresji

Pojęcie depresja obejmuje stany kliniczne, których główne zaburzenie dotyczy nastroju, czy afektu. Tradycyjnie ta grupa obejmuje zaburzenia depresyjne, manię i stany submaniakalne oraz zaburzenia lękowe (Baldwin, Hirschfeld, 2001). Wywołuje ona u poszczególnych chorych istotny stres psychologiczny, pogarsza jakość życia, powoduje także wzrost śmiertelności w związku z samobójstwami, wypadkami i chorobami układu sercowo-naczyniowego. Depresja może się też przyczyniać do rozpadu małżeństw i rodzin, opóźniać rozwój dzieci chorych matek. Obciążenie ekonomiczne dla społeczeństwa wynika nie tylko z bezpośrednich kosztów opieki zdrowotnej i społecznej, ale również z kosztów pośrednich, które obejmują zmniejszenie produktywności zawodowej chorych i ich nieformalnych opiekunów, a także koszty przedwczesnej śmiertelności z powodu samobójstw (stanowiących przyczynę zgonu ok. 10% osób z ciężkim zaburzeniem depresyjnym nawracającym). Depresja to pojęcie niejednoznaczne. Potocznie oznacza stan przygnębienia, smutku, żalu. Stwierdzenie „jestem w depresji” jest często używane zamiast adekwatnego „jest mi smutno”, „jest mi źle”. Cierpimy po stracie kogoś bliskiego, gdy poniesiemy porażkę, gdy coś przeszkodzi nam w osiągnięciu planów i realizacji marzeń. Z czasem potrafimy znów się uśmiechać i planować przyszłość. Przebyte porażki często czynią nas odporniejszymi na stres, emocjonalnie dojrzalszymi, psychicznie silniejszymi, a dzięki chwilom smutku w pełniejszy sposób potrafimy docenić piękno życia i cieszyć się nim.

W psychiatrii natomiast pojęcie depresji odnosi się do całego zespołu objawów, wśród których obniżenie nastroju stanowi kluczowy, lecz nie jedyny element. Osoba cierpiąca z powodu depresji może wykazywać szereg zaburzeń: od skrajnie ciężkich doznań psychotycznych do umiarkowanego zniechęcenia.

Jest to choroba, która dotyczy nie tylko pacjenta ale również jego rodziny. Chorobie towarzyszy bezradność, beznadziejność i niepewność o dalszą przyszłość. Podczas epizodu depresji nasilenie dolegliwości wywołuje cierpienie, które jest tak duże, że może pociągać za sobą zachowanie zagrażające dobru jednostki, doprowadzając do jej nieprzystosowania społecznego, utrudniając jej rozwój oraz uniemożliwiając normalne funkcjonowanie.

Osoba cierpiąca na depresję może prezentować całą masę symptomów. Ciężkie nasilenie zaburzenia jest szerokie i zawiera zarówno ciężkie doznania psychotyczne, halucynacyjne, urojenia, jak i umiarkowane zniechęcenie do aktywności ze skargami na złe samopoczucie.

Przyczyny depresji są różne, spowodowana jest m. in. stratą kogoś bliskiego lub rozpadem związków. Do obniżenia nastroju mogą prowadzić problemy społeczne i finansowe. Część osób, które optymistycznie podchodzą do życia potrafią radzić sobie z zaistniałymi problemami w przeciwieństwie do tych, którzy dużo łatwiej się załamują w podobnych sytuacjach (Heitzman, 2005).

Lekka postać depresji bywa często nierozpoznawana. Osoba odczuwa przewlekłe zmęczenie, znużenie i zniechęcenie do życia. Depresja spowodowana czynnikami reaktywnymi objawia się mniejszą ilością objawów psychosomatycznych. Prześladują ją rozmyślania, nawracające przypomnienia nieszczęścia lub zawodu którego doznano. Osoby porzucone oraz rozczarowane przez partnerów odczuwają „ból w sercu, a burzę i zazdrość w myślach”.

Według raportu WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) do 2020 r. depresja może stać się drugim co do wielkości zagrożeniem zdrowotnym po chorobach układu krążenia. Na świecie i w Polsce prowadzone są liczne kampanie społeczne (m.in. "Depresja jest chorobą.

Lecz depresję" czy „Mężczyźni też płaczą”), które mają na celu zwiększenie świadomości społecznej na temat częstości występowania objawów, przyczyn i konsekwencji depresji. Dzięki nim osoby cierpiące na depresję i ich rodziny mogą uzyskać informację, gdzie szukać specjalistycznej opieki. W Polsce dnia 23 lutego jest obchodzony ogólnopolski dzień walki z depresją. Również fundacja ITAKA prowadzi serwis internetowego programu „Depresja jest chorobą. Lecz depresję”. Działa również Antydepresyjny Telefon Zaufania, w którym psychiatrzy udzielają porad, nakłaniają do podjęcia leczenia i pomagają rodzinom chorym jak mogą sobie radzić z cierpiącymi bliskimi. Większość osób doświadcza pierwszego epizodu w wieku młodzieńczym lub wczesnej dorosłości (*Radziwiłłowicz, 2010*). Epizod dużej depresji rzadko występuje w dzieciństwie, a jego ryzyko wzrasta około 12 roku życia. Za powstanie depresji odpowiada, obniżenie neuroprzebieżności w układach noradrenergicznych, serotonergicznym i dopaminergicznym. Wiele obserwacji przemawia za udziałem układu GABA-ergicznego w patomechanizmie depresji. Poziom GABA (kwas  $\gamma$ -aminomasłowy) w płynie mózgowo-rdzeniowym osób cierpiących na depresję jest obniżony, co wskazuje na zmniejszenie syntezy GABA w mózgowiu. W powstaniu zaburzeń dwubiegunowych postuluje się zaburzenia w regulacji poziomu wapnia wewnątrzkomórkowego. Wiadomo, że kwas walproinowy zwiększa produkcję białka związanego z jonami wapnia, które może odgrywać rolę w ochronie komórki, ma on jednocześnie działanie zapobiegające nawrotom chorób afektywnych. Podejrzewa się, że niestabilność osi podwzgórze-przysadka-nadnercza może przyczyniać się do powstania i przebiegu dwubiegunowych zaburzeń afektywnych.

Rolę mediatora pomiędzy przeżywaniem stresu a jego stroną biologiczną przypisuje się zwiększonemu poziomowi kortyzolu. Według tego założenia wzrost ten, mógłby się przyczyniać do występowania w mózgu zmian leżących u podstaw depresji. Niektóre badania wskazywały, że zmniejszenie przebieżności serotonergicznego w depresji jest związane z podwyższeniem poziomu kortyzolu. Tego rodzaju dane przyczyniały się do poglądu, że wywołanych przez stres wzrost poziomu kortyzolu powoduje depresję poprzez wpływ na obniżenie neurotransmisji serotoninowej, co miało wynikać z interakcji glikokortykoidów i układów serotonergicznym mózgu. Koncepcje te nie do końca są jednak sprawdzone i wymagają niewątpliwie jeszcze wielu lat badań.

Wielu autorów uważa, że psychologiczne stresory aktywują oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczową, ale nie jest to mechanizm poprzez który stres powoduje depresję. Depresja może mieć też miejsce bez towarzyszącego stałego podwyższenia poziomu kortyzolu. Ośrodkowa neurotransmisja serotoninowa jest zwiększona w depresji i to ona stanowi biologiczną odpowiedź na stresory życiowe (*Krzyżowski, 2002*).

Zdarzają się również przypadki ujawnienia się depresji na skutek przyjmowania niektórych leków np. glikokortykosteroidów, żeńskich hormonów płciowych, niektórych leków hipotensyjnych, cholinergicznym i cholinolitycznym. Depresja może ujawnić się również po operacjach, czy urazach głowy, w okresie porodu, okołoporodowym, w okresie menopauzy, czy andropauzy. Może być również chorobą współistniejącą przy chorobach przemiany materii, kardiologicznym, neurologicznym. Może też wystąpić bez wyraźnej przyczyny.

### **Historia poglądów na depresję**

Opisy różnych rodzajów depresji spotykamy już w czasach starożytności. Najstarsze obrazy reakcji żałoby znajdujemy w literaturze starożytnego Egiptu. W literaturze pięknej

najczęstszy motyw, to smutek po stracie ukochanej osoby (Dudek, Zięba, 2002). Warto przytoczyć tu fragment trenu Jana Kochanowskiego pochodzący z tamtego okresu:

*„Wszystki płacze, wszystkie łzy Heraklitowe  
I lamenty, i skargi Simonidowe,  
Wszystki troski na świecie, wszystkie wzdychania,  
I żale, i frasunki, i ręk łamania,  
Wszystki, a wszystkie za raz w dom się mój noście,  
A mnie płakać mej wdzięcznej dziewczki pomóżcie,  
Z która mię niepobożna śmierć rozdzieliła  
I wszystkich moich pociech nagle zbawiła.”*

(Dudek, Zięba, 2002)

Opis stanów depresyjnych znajdujemy również w Biblii. Najbardziej przejmujący obraz smutku znajduje się w księdze Hioba:

*„Czemu nie umarłem już w łonie matki,  
czemu nie zginąłem gdy wyszedłem z łona ?  
Czemu mnie wzięto na kolana,  
czemu do piersi abym je ssal...  
Bo westchnienia są moim pokarmem  
i jak woda płyną me skargi.”*

(Krzyżowski, 2002)

W skargach Hioba odnajdujemy objawy depresji, zaburzeń myślenia, problemy w relacjach chorego z otoczeniem społecznym, pragnienie śmierci.

Opis stanów depresyjnych odnajdujemy w pismach Hipokratesa – lekarza z wyspy Kos, nazywanego Ojcem Medycyny. Hipokrates potrafił już odróżnić stany trwającego przez dłuższy czas obniżenia nastroju od krótkotrwałych stanów smutku, będących naturalną reakcją na trudności życia codziennego. Drugim spośród starożytnych autorów, który stworzył aktualny po dziś dzień opis był Aretajos z Kapadocji. Jako charakterystyczne cechy melancholii wymieniał on smutek, zniechęcenie, narzekanie, izolowanie się od ludzi oraz próby samobójcze. Okres średniowiecza przyniósł odrodzenie się wiary w ponadnaturalne pochodzenie chorób (opętanie, czary, kara za grzechy). Zadaniem lekarza była współpraca z Bogiem i naturą, a za najlepszy środek uważano modlitwę płynącą ze skruszonego serca. Melancholia była pojmowana jako choroba duszy, a więc wynik grzechu. W XVI i XVII wieku zaczęło się zmieniać pojmowanie chorób i sposobu ich leczenia. Zamiast modlitw i egzorcyzmów zaczęto stosować dietę, upust krwi. Używano takich środków farmakologicznych jak: kamfora, chinina, opium. W XIII wieku podjęto się leczenia depresji elektrycznością, czyli „elektryzowaniem głowy pacjentki poprzez tarcie” (Dudek, Zięba, 2002).

Dopiero w XIX wieku wyodrębniono depresję spośród rozmaitych zaburzeń psychicznych, co pozwoliło określić jej obraz kliniczny. Przełomowe znaczenie miały prace Emila Kraepelina, który podzielił zaburzenia nastrojów na psychozy okresowe:

- okresową manię,
- okresową depresję,
- obłąd cykliczny.

W psychozach tych, epizody manii i depresji występują naprzemiennie w sposób ciągły, bądź z okresami remisji, stąd określenie „psychoza maniakalno-depresyjna”. Burzliwy rozwój nauki o fizjologii i patologii mózgu w drugiej połowie XIX wieku oraz narodziny psychologii pozwoliły bliżej przyjrzeć się przyczynom oraz obrazowi klinicznemu depresji.

### **Rozpoznawanie depresji, objawy dominujące w depresji**

W obrazie klinicznym depresji dominuje przede wszystkim obniżenie nastroju, które odczuwane jest przez pacjenta jako stan przygnębienia, rezygnacji, smutku. Chory nie jest w stanie przeżywać radości, szczęścia, satysfakcji. Pojawia się anhedonia, czyli niezdolność do odczuwania jakichkolwiek przyjemności. Niekiedy u osoby depresyjnej powstaje uczucie zupełnego zubożenia, pesymistyczne zapatrywanie się na życie, aż po całkowitą utratę nadziei. Na depresyjny smutek nie mają wpływu doświadczenia zewnętrzne. Próby wyrwania chorego ze stanu w którym się znajduje poprzez dostarczenie mu rozrywek, czy aktywizowanie, najczęściej kończą się niepowodzeniem, a w dodatku mogą powodować poczucie niezrozumienia, osamotnienia i braku wsparcia. Bardzo często chory traci dotychczasowe zainteresowania, ma osłabioną pamięć, problem z koncentracją, utratę energii, stanowczości. Choremu trudno jest podjąć decyzję. Występuje utrata poczucia własnej wartości, wiary w siebie, brak zainteresowań seksualnych. U osób cierpiących na depresję następuje również osłabienie tempa procesów psychicznych przejawiające się spowolnieniem tempa myślenia. Pojawia się także spowolnienie ruchów lokomocyjnych objawiające się powolnym chodem, powłóceniem nogami, przygarbioną postawą ciała, prowadzące niekiedy do całkowitego zahamowania ruchowego (osłupienia). Zaburzeniom psychomotorycznym towarzyszy uczucie zmęczenia i znużenia. U niektórych osób zaburzenia napędu mogą przybierać formę niepokoju ruchowego i pobudzenia. Mówimy wtedy o niepokoju lokomocyjnym i manipulacyjnym (*Wilczek – Różyńska, 2007*).

Zaburzenia snu wiążą się w depresji z zaburzeniami regulacyjnymi podwzgórza i układu siatkowatego. Powoduje to wyraźne zaburzenia rytmów biologicznych, a wśród nich rozregulowanie rytmu snu i czuwania. Mamy do czynienia ze spłyceniem snu i tzw. „fragmentacją snu” (*Krzyżowski, 2002*). Pacjenci budzą się w nocy wielokrotnie, a na dodatek budzą się bardzo wcześnie rano ze złym samopoczuciem – tzw. „zespół katastrofy porannej”. Nasilenie niepokoju i lęku jest znacznie większe rano, niż wieczorem.

Uważa się, że lęk i depresja są stanami związanymi ze sobą niemal nierozzerwalnie. Osoba taka jest zazwyczaj roztrzęsiona, spocona, w wyraźnym wewnętrznym napięciu, lęk pojawia się wolno. Najczęstsze lęki dotyczą obawy przed:

- utratą kontroli nad swym zachowaniem i możliwością kompromitacji,
- utratą pracy lub prestiżu ze względu na niewydolność umysłową,
- omdleniem w miejscu publicznym,
- śmiercią,
- możliwością popełnienia samobójstwa.

Z osobą depresyjną również bardzo ciężko się rozmawia. Albo nie mówi ona wcale, albo w wypowiedziach brak spontaniczności. Pacjenta głos jest cichy, matowy, zbolaty. W myśleniu pacjenta jest wiele negatywnych przekonań, pesymistycznych konkluzji i sądów, urojeń na temat:

- poczucia winy nawet za nie popełnione uczynki,
- przekonanie o rychłym zubożeniu, bankructwie, nędzy,

– przekonanie o zbliżającej się nieuchronnej ciężkiej chorobie fizycznej (*Krzyżowski, 2002*).

Wszystkie bilanse życiowe osób będących w depresji są negatywne. Pojawiają się myśli natrętne. Najczęściej są to:

- przykre, często pozbawione sensu myśli, nad którymi trudno zapanować,
- nawracające wątpliwości,
- skojarzenia, myśli o tym, że można byłoby kogoś zabić.

Zazwyczaj z myślami nazywanymi obsesjami, wiążą się natrętne zachowania zwane kompulsjami, np. wielokrotne mycie rąk w obawie przed zakażeniem. Obraz kliniczny związany z depresją dysfunkcji narządów ciała jest różnorodny. Najczęściej pojawiają się takie objawy jak:

– utrata wagi mogąca dochodzić nawet do 5% miesięcznie lub przyrost wagi ciała, spowodowany nadmiernym objadaniem się,

– uporczywe zaparcie lub biegunki,  
– suchość w jamie ustnej,  
– przewlekłe bóle głowy, karku, pleców, bóle pleców, bóle stawów, bóle w klatce piersiowej,

- uczucie kołatania serca,
- zaburzenia rytmu serca,
- przyspieszenie oddechu,
- duszność,
- mdłości,
- obniżenie temperatury ciała,
- zaburzenie miesiączkowania,
- skurcze w podbrzuszu,
- spadek ciśnienia tętniczego krwi,
- bradykardia,
- wiotkość mięśni.

Innymi towarzyszącymi objawami depresji są:

– nie dbanie o swój wygląd, higienę osobistą, higienę otoczenia,  
– ciągle znużenie,  
– oczy chorego mają wyraz smutku, pojawia się fałda Veragutha, czyli opadnięcie zewnętrznej części brwi.

Reasumując można stwierdzić, iż depresja jest schorzeniem całego organizmu, a zaburzenia psychiczne ma bardzo zróżnicowany przebieg i objawy. Depresja może pojawić się w wyniku zwiększonej podatności na stres bądź lęk. Inaczej mówiąc na podłożu określonych predyspozycji biologicznych i psychicznych, a wyzwalają ją zarówno ciężkie jednorazowe przeżycia, jak i przewlekłe przeciążenia. Szczególna podatność zwiększa ryzyko zachorowania na depresję w wyniku pewnych wydarzeń życiowych (*Ślusarska, Zarzycka, Zahradniczek, 2004*).

Rozpoznanie depresji opiera się na klasyfikacji objawów. Jest to choroba o złożonej i wieloczynnikowej etiologii. Może mieć uwarunkowania psychologiczne, społeczne jak i biologiczne. Do prawidłowego rozpoznawania depresji wyszczególniono podstawowe oraz ostre objawy depresji. Do objawów podstawowych zaliczamy:

- smutek,
- zmniejszony apetyt,

- problemy ze snem,
- utrata energii życiowej,
- pesymizm lub poczucie winy,
- myśli samobójcze.

Typowe ostre objawy depresji to:

- zaburzenie aktywności życia codziennego,
- niejasne objawy somatyczne: zmęczenie, zmniejszenie apetytu i masy ciała, bezsenność,
- nadużywanie alkoholu, leków, narkotyków, napady agresji lub gwałtowne zachowania,
- myśli, plany i próby samobójcze (*Heitzman, 2007*).

Na takim podejściu oparte są dwa główne współczesne systemy klasyfikacyjne:

1. DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), czyli system klasyfikacyjny używany w psychiatrii amerykańskiej,

2. ICD–10, czyli Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Przyczyn Zgonów, w której wyróżniamy następujące zespoły depresyjne:

- epizod depresyjny,
- zaburzenia depresyjne nawracające,
- zaburzenia afektywne dwubiegunowe, czyli fazy depresji występujące na przemian z fazami manii,
- uporczywe zaburzenia nastroju – dystymia, czyli utrzymywanie się objawów depresji przez dłuższy czas np. ok. 2 lat,
- zespoły depresyjne w przebiegu innych zaburzeń psychicznych, np. w organicznych zaburzeniach nastroju, schizofrenii i nerwicy (*Wilczek – Różycka, 2007*).

W ocenie wielkości depresji pomocna jest również Skala Hamiltona. Według tej skali im więcej objawów występuje u pacjenta i im są bardziej nasilone, tym większa jest depresja. W praktyce Skalę Hamiltona stosujemy raczej do wykrywania depresji, niż do oceny jej nasilenia, chociaż dostarcza również informacji o zaawansowaniu choroby. Wynik 0 - 7, to wynik prawidłowy, 8 - 17 oznacza łagodną depresję, 18 - 25 depresję średnio nasiloną, powyżej 26 depresję ciężką. W czasie pobytu pacjenta w szpitalu stosuje się również Szpitalną Skalę Oceny Lęku i Depresji celem poznania aktualnego stanu emocjonalnego pacjenta.

Odrębny problem stanowi rozpoznawanie depresji w wieku starszym, kiedy to bardzo często objawy charakterystyczne dla depresji uznaje się za normalny przejaw starzenia się organizmu lub jako nieodłączny element choroby somatycznej. Obecnie szacuje się, że aż około 40% przypadków depresji u osób po 65 roku życia pozostaje nierozpoznanych. Przyczyn tego zjawiska jest wiele. Wśród nich prawdopodobnie znaczenie ma fakt zwykle trudniejszego nawiązania kontaktu z osobami w wieku podeszłym. Związane jest to ze zmianą schematów poznawczych tej grupy osób, szybkości i sposobu myślenia, specyfiki stosowanego przez nich języka. Wymaga to dostosowania sposobu badania, używania zrozumiałego słownictwa, prostej konstrukcji pytań. Osoby starsze często wypowiadają się dygresyjnie, drobiazgowo, skupiają się na wydarzeniach z przeszłości, dlatego tak ważne jest precyzyjne zadawanie pytań przez lekarza i konsekwentne wymagania odpowiedzi, co nierzadko wymaga od badającego dużej dozy cierpliwości (*Dobrzyńska, Rymaszewska, Kiejna, 2007*). Dlatego to, tak istotne znaczenie w rozpoznaniu depresji w wieku starszym ma Geriatryczna Skala Oceny Depresji.

## References

- Baldwin, D. S., Hirschfeld, R.M.A. (2001). *Depresja*. Gdańsk: Via Medica, 1-3. [in Poland].
- Dobrzyńska, E., Rymaszewska, J., Kiejna, A. (2007). *Depresje u osób w wieku podeszłym*, (w:) *Psychogeriatrya Polska*, 51-60. [in Poland].
- Dudek, D., Zięba, A. (2002). *Depresja - wiedzieć, aby pomóc*. Kraków: Wydawnictwo Medyczne, 14, 17-18. [in Poland].
- Heitzman, J. (2005). *Depresja - odpowiedzi na pytanie*. Wrocław: Elsevier Urban i Partner, 10. [in Poland].
- Heitzman, J. (2007). *Depresja*. Wrocław: Elsevier Urban i Partner, 13. [in Poland].
- Krzyżowski, J. (2002). *Depresja*. Warszawa: Medyk, 9, 27, 63-64. [in Poland].
- Radziwiłłowicz, W. (2010). *Depresja u dzieci i młodzieży*. Kraków: Impuls, 9. [in Poland].
- Ślusarska, B., Zarzycka, D., Zahradniczek, K. (2004). *Podstawy pielęgniarstwa, Tom I*. Lublin: Czelej, 584. [in Poland].
- Wilczek – Różycka, E. (2007). *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Lublin: Czelej, 110-111. [in Poland].