

Poznawcze strategie regulacji emocji jako mediatory relacji między zdolnością do mentalizacji i symptomami depresji u nastolatków

Cognitive emotion regulation strategies as mediators of the relationship between mentalization ability and depressive symptoms in adolescents

Wioletta Łubińska-Salej¹, Wioletta Radziwiłłowicz²

¹ Szkoła Podstawowa nr 1 w Ostródzie, Polska

² Uniwersytet Gdański, Instytut Psychologii,
Zakład Psychologii i Psychopatologii Rozwoju, Polska

Summary

Aim. Sharp and Fonagy's conception was framework for a hypothesis regarding mentalization deficits as predictors of depressive disorders in adolescence. According to the theory, the mediators of this relationship would be the child's emotion regulation processes.

Material and methods. The basis for planning and data analysis was correlation-regression model. A cross-sectional study was conducted on a non-clinical group of 204 adolescents – primary and secondary school students. The Polish versions of the following research tools were used: CDI-2 questionnaire by Kovacs, *Reflective Functioning Questionnaire* (RFQ-8) by Fonagy, *Hypermentalization Questionnaire* by Sharp, and *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ) by Garnefski and Kraaij.

Results. Data analyses revealed that the more compromised the ability to mentalize, the greater the severity of depressive symptoms, especially those related to emotional problems: negative mood and low self-esteem. All the diagnostic criteria of the disease are linked to a diminished ability to understand the world of experiences – one's own and those of others. Both hypomentalization and hypermentalization are significant predictors of depressive symptoms in adolescents, with the mediator of this relationship being the triad of maladaptive cognitive emotion regulation strategies: self-blame, rumination, and catastrophizing.

Conclusions. Self-blame constitutes the most common strategy combined with all types of mentalization deficits as well as all symptoms of depression. Whereas catastrophizing constitutes a regulation strategy that is mostly combined with one type of mentalization deficits. The obtained results require further research determining the conditions under which the exaggerated sense of guilt is associated with the occurrence of symptoms of psychopathology in adolescents.

Słowa kluczowe: mentalizacja, depresja, regulacja emocji, adolescencja

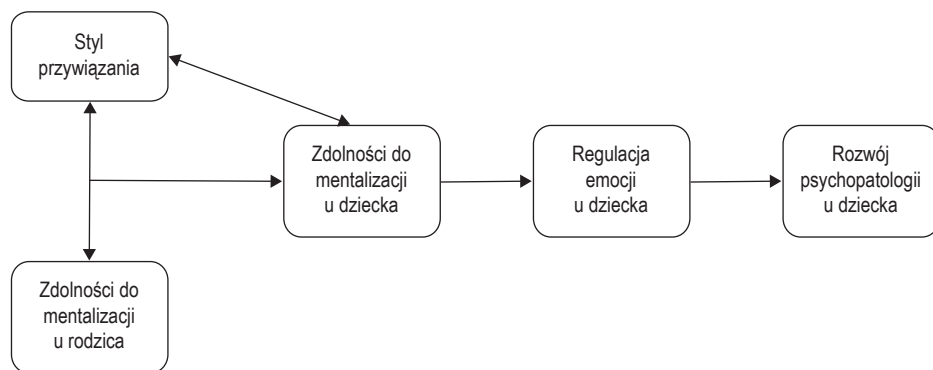
Key words: mentalization, depression, emotion regulation, adolescence

Wprowadzenie

Dzięki mentalizacji ludzie rozumieją siebie i innych oraz mogą angażować się w te aktywności, które oceniają jako najważniejsze dla siebie [1]. Teorie badawcze, zwłaszcza te wyrosłe na gruncie psychoanalitycznym, wskazują, że prawidłowo rozwinięte zdolności do mentalizowania są czynnikiem ochronnym przed rozwojem psychopatologii [2, 3]. Z kolei deficyty mentalizacji, oznaczające trudności w spostrzeganiu i interpretowaniu ludzkich zachowań jako odnoszących się do intencjonalnych stanów umysłu osoby, która prezentuje określone zachowanie, stanowią czynnik ryzyka rozwoju różnych zaburzeń psychicznych [4, 5].

W literaturze przedmiotu z zakresu psychopatologii wyróżniane są przynajmniej dwa rodzaje deficytów mentalizacji. Pierwszy z nich – *hipomentalizacja* – definiowany jest jako brak bądź obniżenie zdolności do mentalizacji, niemożność rozumienia złożonych stanów mentalnych, zarówno własnych, jak i innych osób [6]. Drugi to *hipermentalizacja*, oznaczająca trudności w różnicowaniu i scalaniu stanów mentalnych (zwłaszcza w warunkach silnego pobudzenia emocjonalnego) oraz tendencję do czynienia założeń na temat stanów mentalnych innych osób wykraczających poza obserwowalne fakty [7].

Wystąpienie u niedorosłych pacjentów zaburzeń depresyjnych uwarunkowane jest wieloma złożonymi czynnikami. W kontekście teorii dotyczącej mentalizacji Sharp i Fonagy [8] zaproponowali taki model powstawania zaburzeń u dzieci i młodzieży, według którego ich przyczynami, poza samą zdolnością dziecka do mentalizacji, są: zdolności do mentalizacji u rodzica, określony styl przywiązania rodzica, jak i dziecka oraz zdolności do regulacji emocji u dziecka (rys.). W świetle dostępnych doniesień, ten ostatni czynnik – umiejętność przetwarzania doświadczenia emocjonalnego – jest silnie powiązany z zaburzeniami depresyjnymi.



Rysunek. Mentalizacja a rozwój psychopatologii u dziecka [8]

Triada nieadaptacyjnych strategii regulacji emocji – katastrofizowanie, rumienacja oraz obwinianie siebie – jest charakterystyczna zarówno dla klinicznej, jak i subklinicznej postaci depresji [9]. Z kolei strategia polegająca na obwinianiu innych typowa jest bardziej dla depresji klinicznej i wiąże się z lękiem jako cechą [10].

Cel badań

Celem badań prezentowanych w niniejszym artykule był opis powiązań występujących między procesami mentalizacji i symptomami depresji u adolescentów wraz z testowaniem mechanizmu psychologicznego, tj. mechanizmu poznawczej regulacji emocji, który mógłby stanowić podłoże tych powiązań. Sformułowano następujące hipotezy badawcze: obniżone zdolności do mentalizowania (pod postacią hipomentalizacji oraz hipermentalizacji) związane są z występowaniem nasilonych symptomów depresji u młodzieży (Hipoteza 1); obniżone zdolności do mentalizacji łączą się zarówno z ogólnym nasileniem symptomów depresji młodzieńczej, jak i z nasileniem takich jej objawów specyficznych, jak motyw utraty i odrzucenia (Hipoteza 2); obniżone zdolności do mentalizacji u adolescentów są powiązane ze stosowaniem nieadaptacyjnych strategii regulacji emocji i występowaniem nasilonych objawów depresji (Hipoteza 3).

Założono, że poznawcze strategie regulacji emocji pośredniczą w relacji między występowaniem w funkcjonowaniu psychologicznym adolescentów określonych deficytów mentalizacji a pojawianiem się u nich symptomów depresji. Zgodnie z teorią Sharp i Fonagyego mediacyjna rola mechanizmów regulacji doświadczenia emocjonalnego polega na stosowaniu przez dziecko (u którego obserwuje się występowanie różnego typu deficytów mentalizacji) określonych (nieadaptacyjnych) strategii regulacji emocji, co finalnie może być związane z doświadczaniem przez jednostkę nasilonych symptomów depresji.

Materiał i metody

Charakterystyka grupy badanych

W badaniu wzięło udział 204 uczniów: 127 dziewcząt (62,3%) i 77 chłopców (37,7%) w wieku od 12 do 18 lat ($M = 14,76$; $SD = 1,65$). Zbadana grupa adolescentów była grupą niekliniczną (85% dziewcząt i chłopców nie miało żadnej diagnozy psychologicznej/psychiatrycznej). Ponad 70% nastolatków nie korzystało z pomocy psychologicznej; ponad 80% nie korzystało z konsultacji psychiatrycznych. W badanej grupie młodzieży: 6% uczniów miało zdiagnozowane specyficzne trudności w uczeniu się; 1,5% – zaburzenia lękowe; 0,5% – zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Żaden rodzic nie zadeklarował występującej u dziecka depresji potwierdzonej przez lekarza psychiatrę. Około 80% młodych ludzi wychowują oboje rodzice będący w formalnym związku małżeńskim; 46,6% nastolatków ma jedną siostrę lub brata; 16% to jedynacy. Większość rodziców ma wykształcenie średnie; 28,4% matek oraz 15,7% ojców ma wykształcenie wyższe magisterskie. Sytuację materialną swojej rodziny jako dobrą ocenia 64,7% rodziców, a jako ledwie znośną – 19,6%.

Procedura badawcza

Młodzież uczestniczyła w badaniach dobrowolnie. Pisemną zgodę na uczestnictwo w badaniach wyrażali również rodzice bądź inni prawni opiekunowie dziecka. Wypełniali oni także ankietę dotyczącą danych socjodemograficznych oraz diagnozy psychiatrycznej/psychologicznej dziecka. Badania miały charakter badań grupowych i przeprowadzono je w 2019 roku na terenie czterech szkół podstawowych oraz dwóch ponadpodstawowych. Komisja Etyki przy Instytucie Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego wyraziła zgodę na ich realizację (nr wniosku 9/2019).

Narzędzia badawcze

1. Nasilenie symptomów depresji mierzono z użyciem kwestionariusza CDI-2 do diagnozy depresji u dzieci i młodzieży autorstwa Kovacs w polskiej adaptacji Wrocławskiej-Warchały i Wujcika [11]. Kwestionariusz dostarcza ilościowych wskaźników głębokości występowania symptomów depresyjnych: nastroju depresyjnego, objawów neurovegetatywnych, negatywnego obrazu własnej osoby, ogólnych trudności w funkcjonowaniu oraz trudności w relacjach z rówieśnikami.
2. Deficyty mentalizacji pod postacią hipomentalizacji mierzono za pomocą skali *Niepewność co do stanów mentalnych*. Jest to jedna z dwóch skal samoopisowego *Kwestionariusza funkcjonowania refleksyjnego* Petera Fonagyego (RFQ-8) w polskiej adaptacji Woźniak-Prus i Gambin [12]. Wysokie wyniki na skali oznaczają słabo rozwinięte funkcje refleksyjne, czyli niemożność konstruowania złożonych, a także adekwatnych stanów umysłu, co odpowiada hipomentalizowaniu.
3. Wykorzystano również *Skalę relacji z rodzicami*, która jest częścią *Kwestionariusza hipermentalizacji* (HMZQ), narzędzia badawczego autorstwa Carli Sharp. Respondenci proszeni są o zastanowienie się nad własnymi emocjami i myślami w stosunku do swoich znaczących bliskich. Autorka *Kwestionariusza hipermentalizacji* wyodrębniła w swoim narzędziu pomiarowym pięć czynników odpowiadających poszczególnym wymiarom hipermentalizacji [13]. Angielską wersję *Skali relacji z rodzicami* przetłumaczono na język polski według procedury tłumaczenia zbiorowego i translacji zwrotnej. Konfirmacyjna analiza czynnikowa dla zmiennych dyskretnych (CCFA) ujawniła, że w polskiej próbie badanych nastolatków 5-czynnikowy model wyjściowy, oparty na oryginalnej wersji *Skali relacji z rodzicami*, jest niedopasowany do danych. Zaproponowano nowy 4-czynnikowy model skali, złożony z 21 twierdzeń. Statystyki dopasowania tego modelu (RMSEA = 0,075; CFI = 0,921; TLI = 0,909) wskazują na jego poprawne dopasowanie do danych. Rzetelności poszczególnych podskal polskiej wersji narzędzia badawczego prezentują się następująco: „Nadmierna troska o stany mentalne innych osób”: $\alpha_{\text{Cronbacha}} = 0,631$; „Nadinterpretacja własnych stanów mentalnych”: $\alpha_{\text{Cronbacha}} = 0,790$; „Nadinterpretacja stanów mentalnych innych osób”: $\alpha_{\text{Cronbacha}} = 0,712$; „Impulsywne podejmowanie działań”: $\alpha_{\text{Cronbacha}} = 0,731$.
4. Mechanizmy regulacji emocji mierzono za pomocą CERQ – *Kwestionariusza poznawczych strategii regulacji emocji* autorstwa Garnefski i Kraaij w polskiej

adaptacji Marszał-Wiśniewskiej i Fajkowskiej [10]. Samoopisowy kwestionariusz służy do pomiaru świadomych, poznawczych komponentów regulacji emocji; do tego jak ludzie radzą sobie w myślach z zagrażającymi lub stresującymi wydarzeniami, poprzez np. obwinianie, ruminowanie, planowanie, akceptację czy przewartościowanie [14].

Analiza statystyczna

Podstawą planowania i analizy danych uzyskanych w prezentowanym badaniu był model korelacyjno-regresyjny. Przyjęto następujący plan analizy statystycznej:

1. Oszacowanie wartości względnych i bezwzględnych zmiennych jakościowych.
2. Analiza korelacji w celu oszacowania siły związku między analizowanymi zmiennymi.
3. Analiza regresji hierarchicznej wielokrotnej (metodą wprowadzania) w celu oszacowania wartości predykcyjnych zmiennych niezależnych (hipermentalizacji i hipomentalizacji) dla zmiennej zależnej (poszczególnych symptomów depresji u adolescentów).
4. Analiza mediacji w celu oszacowania wartości efektów pośrednich mediacji, w której zmienną niezależną są określone deficyty mentalizacji, zmienną zależną – określone symptomy depresji, mediatorami zaś są poznawcze strategie regulacji emocji.

Wyniki

Tabela 1 przedstawia częstość występowania u badanych nastolatków poszczególnych symptomów depresyjnych (o różnym stopniu nasilenia). Przeciętne nasilenie ogólnych symptomów depresji obserwowano u ponad 57% młodzieży, ponad 20% adolescentów ma znaczne trudności emocjonalne, a prawie 10% doświadcza chronicznie obniżonego nastroju oraz poważnych problemów interpersonalnych.

Tabela 1. Nasilenie symptomów depresyjnych – częstości (w %)

Nasilenie	WO	PE	NN	NS	PF	BE	PI
Niskie	9,3	8,4	11,3	7,9	8,9	7,4	0
Przeciętne	57,3	57,6	58,9	57	61	65,8	72,1
Podwyższone	15,3	12,3	13,8	16,1	17,1	12,7	14,2
Wysokie	11,8	13,3	6,5	12,3	6,9	8,9	9,8
Bardzo wysokie	6,5	9,4	9,9	6,9	6,4	5,5	3,9

WO – wynik ogólny; PE – problemy emocjonalne; NN – negatywny nastrój; NS – niska samoocena; PF – problemy w funkcjonowaniu; BE – brak efektywności w działaniu; PI – problemy interpersonalne. Nasilenie symptomów depresji (na skali tenowej): niskie – 21–39, przeciętne – 40–59, podwyższone – 60–64, wysokie – 65–69, bardzo wysokie – 70–79 [11].

Deficyty mentalizacji (odnoszące się zarówno do hipomentalizowania, jak i hipermentalizowania) związane są ze wszystkimi objawami depresji (tab. 2).

Tabela 2. Związki między deficytami mentalizacji i nasileniem objawów depresji u nastolatków – macierz korelacji

FR _{-u}	Symptomy depresji						
	Wynik ogólny	Problemy emocjonalne	Negatywny nastrój	Niska samoocena	Problemy w funkcjonowaniu	Brak efektywności	Problemy interpersonalne
	0,45**	0,45**	0,46**	0,38**	0,38**	0,37**	0,28**
WO	0,55**	0,53**	0,50**	0,48**	0,51**	0,45**	0,42**
NTI	0,44**	0,45**	0,42**	0,40**	0,37**	0,34**	0,35**
NI	0,42**	0,37**	0,33**	0,38**	0,43**	0,40**	0,32**
IPD	0,44**	0,44**	0,44**	0,38**	0,40**	0,36**	0,31**
NW	0,55**	0,53**	0,50**	0,48**	0,50**	0,44**	0,41**

** korelacja istotna na poziomie $p = 0,01$ (dwustronnie); * korelacja istotna na poziomie $p = 0,05$ (dwustronnie); FR_{-u} – funkcje refleksyjne (wynik w skali *Niepewność, co do stanów mentalnych*); WO – wynik ogólny w *Skali relacji z rodzicami*; NTI – nadmierna troska o innych; NI – nadinterpretacja stanów mentalnych innych osób; IPD – impulsywne podejmowanie działań; NW – nadinterpretacja własnych stanów mentalnych

Wyniki analiz statystycznych wskazują, że im bardziej obniżone są zdolności do mentalizowania, tym większe jest nasilenie objawów depresji, zwłaszcza negatywnego nastroju, problemów emocjonalnych oraz niskiej samooceny. W zbadanej próbie adolescentów siłę związku występującą pomiędzy osłabioną zdolnością w zakresie rozumienia stanów mentalnych a nasileniem depresji można określić jako umiarkowaną.

W tabeli 3 przedstawiono wielkość współczynników korelacji między deficytami mentalizacji a kryteriami diagnostycznymi zaburzeń depresyjnych. Określonym kryteriom przyporządkowane są poszczególne pozycje testowe kwestionariusza CDI-2 najbardziej symptomatyczne dla objawu [11]. Zmniejszona/zniekształcona umiejętność rozumienia świata przeżyć własnych i innych ludzi jest statystycznie istotnie powiązana z wszystkimi kryteriami diagnostycznymi choroby.

Tabela 3. Związki między nasileniem objawów depresji a deficytami mentalizacji – macierz korelacji

Zmienne	Pozycja testowa w CDI-2	FR _{-u}	Hipermentalizacja				
			WO	NTI	NI	IPD	NW
Nastój depresyjny	1, 9, 19, 24	0,43**	0,52**	0,44**	0,39**	0,46**	0,48**
Drażliwość	10, 25	0,30**	0,36**	0,34**	0,25**	0,30**	0,34**

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Anhedonia	4, 20	0,22**	0,23**	0,16**	0,21**	0,19**	0,22**
Apetyt/przyrost/ubytek masy ciała	17, 27	0,28**	0,33**	0,27**	0,2**	0,28**	0,35**
Bezsensowność/nadmierna sensowność	15, 26	0,48**	0,36**	0,31**	0,24**	0,31**	0,37**
Pobudzenie/spowolnienie psychoruchowe	14	0,23**	0,31**	0,25**	0,30**	0,19**	0,30**
Zmęczenie/brak energii	16	0,37**	0,42**	0,29**	0,28**	0,39**	0,44**
Poczucie bezwartościowości/poczucie winy	5, 6, 7	0,39**	0,48**	0,40**	0,40**	0,40**	0,44**
Myślenie/podejmowanie decyzji	12, 28	0,37**	0,41**	0,27**	0,38**	0,37**	0,40**
Myśli o śmierci, samobójcze/próba samobójcza	8	0,44**	0,48**	0,43**	0,32**	0,39**	0,47**
Niska samoocena	3, 13, 21	0,23**	0,42**	0,35**	0,34**	0,33**	0,42**
Poczucie beznadziejności	2, 23	0,27**	0,30**	0,29**	0,23**	0,19**	0,29**

** korelacje istotne na poziomie $p = 0,01$; FR_u – funkcje refleksyjne (wynik w skali *Niepewność co do stanów mentalnych*); WO – wynik ogólny w *Skali relacji z rodzicami*; NTI – nadmierna troska o innych; NI – nadinterpretacja stanów mentalnych innych osób; IPD – impulsywne podejmowanie działań; NW – nadinterpretacja własnych stanów mentalnych

Ponadto analiza regresji hierarchicznej wielokrotnej ujawniła, że hipomentalizacja ($\Delta R^2 = 0,203$; $F_{zmiany} = 50,9$; $p = 0,001$) oraz trzy wymiary hipermentalizacji: nadmierna troska o stany mentalne innych osób ($\Delta R^2 = 0,18$; $F_{zmiany} = 11,50$; $p = 0,001$), nadinterpretacja stanów psychicznych innych osób ($\Delta R^2 = 0,04$; $F_{zmiany} = 50,9$; $p = 0,001$) oraz nadinterpretacja własnych stanów psychicznych ($\Delta R^2 = 0,009$; $F_{zmiany} = 26,16$; $p = 0,001$) są istotnymi predyktorami występowania symptomów depresji u młodzieży.

W tabeli 4 przedstawiono dane modelu mediacji dla tych poznawczych strategii regulacji emocji, które są istotnymi statystycznie mediatorami relacji między określonymi typami deficytów mentalizacji a symptomami depresji. Analiza statystyczna wykazała, że występowaniu symptomu depresji u nastolatków związane jest z występowaniem u nich nieadaptacyjnych poznawczych strategii regulacji emocji, pod postacią obwiniania siebie, katastrofizowania i ruminacji oraz trudności w stosowaniu adaptacyjnych strategii regulacji emocji (pozytywnych przewartościowań). Dla wszystkich czterech, wymienionych wyżej, strategii regulacji emocji efekty pośrednie mediacji są istotne statystycznie, o czym świadczą wartości przedziałów ufności.

Tabela 4. Poznawcze strategie regulacji emocji jako mediatory relacji między deficytami mentalizacji i występowaniem symptomów depresji u adolescentów

Mediator (M)	Typ deficytu mentalizacji (X)	Symptomy depresji (Y)	Efekt pośredni (X na Y)			
			β	s.e.	CI	
Obwinianie siebie	NTI	Wynik ogólny	0,48	0,16	0,14	0,81
	NI		0,17	0,07	0,05	0,32
	IPD		0,34	0,11	0,12	0,59
	NW		0,17	0,06	0,05	0,31
	Hipomentalizacja		0,17	0,07	0,05	0,32
	NTI	Problemy emocjonalne	0,44	0,15	0,12	0,75
	NI		0,16	0,06	0,04	0,31
	IPD		0,31	0,11	0,11	0,56
	NW		0,06	0,06	0,05	0,29
	Hipomentalizacja		0,28	0,10	0,11	0,51
	NI	Negatywny nastrój	0,11	0,06	0,01	0,24
	IPD		0,21	0,10	0,02	0,45
	Hipomentalizacja		0,20	0,09	0,05	0,41
	NI	Niska samoocena	0,19	0,07	0,06	0,36
	NW		0,20	0,06	0,08	0,35
	Hipomentalizacja		0,33	0,10	0,14	0,56
	NTI	Problemy w funkcjonowaniu	0,42	0,16	0,09	0,75
	NI		0,15	0,06	0,03	0,30
	IPD		0,29	0,11	0,08	0,53
	NW		0,15	0,06	0,04	0,29
	Hipomentalizacja		0,27	0,09	0,09	0,48
	NTI	Brak efektywności w działaniu	0,41	0,16	0,10	0,73
	NI		0,14	0,06	0,03	0,28
	IPD		0,29	0,11	0,09	0,54
	NI	Problemy interpersonalne	0,12	0,06	0,02	0,26
	NW		0,15	0,06	0,03	0,28

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Katastrofizowanie	NTI	Wynik ogólny	0,16	0,09	0,01	0,37
	NTI	Problemy emocjonalne	0,14	0,08	0,01	0,18
	NTI	Negatywny nastrój	0,17	0,09	0,02	0,39
	Hipomentalizacja		0,13	0,06	0,01	0,28
	NTI	Problemy w funkcjonowaniu	0,17	0,10	0,01	0,40
	NW	Brak efektywności w działaniu	0,12	0,06	0,01	0,26
	Hipomentalizacja		0,19	0,08	0,05	0,38
Ruminowanie	NTI	Problemy emocjonalne	0,22	0,11	0,02	0,46
	NI		0,07	0,04	0,01	0,18
	IPD		0,17	0,09	0,01	0,37
	NTI	Negatywny nastrój	0,25	0,12	0,03	0,52
	NI		0,09	0,05	0,01	0,21
	IPD		0,19	0,10	0,02	0,45
Pozytywne przewartościowania	NW	Niska samoocena	0,08	0,04	0,01	0,19

Zmienna zależna (wszystkie wyniki w skali tenowej); NTI – nadmierna troska o stany mentalne innych; NI – nadinterpretacja stanów mentalnych innych; IPD – impulsywne podejmowanie działań; NW – nadinterpretacja własnych stanów mentalnych

Dyskusja wyników

Deficyty mentalizacji jako czynnik ryzyka wystąpienia symptomów depresji w okresie adolescencji

Im bardziej obniżone są zdolności do mentalizowania u nastolatka, tym bardziej nasilone są symptomy depresyjne, których on doświadcza (Hipoteza 1). Uzyskany wynik badawczy zgodny jest z doniesieniami klinicznymi [15]. W prezentowanym badaniu predyktorami symptomów depresji okazały się zarówno hipomentalizacja, jak i trzy wymiary hipermentalizacji: nadmierna troska o stany mentalne innych, nadinterpretacja własnych stanów mentalnych oraz nadinterpretacja stanów mentalnych innych osób. O takich czynnikach ryzyka wystąpienia nasilonych objawów depresji wspominają również inne badania. Gambin i Sharp [16] opisują związki między objawami depresji u adolescentów a zamartwianiem się o innych, przeżywaniem poczucia winy czy obawy, aby bliskich sobie osób nie skrzywdzić lub zaniedbać. Ogarnięte poczuciem wstydu depresyjne *self* adolescenta czuje się bezradne oraz bezwartościowe z powodu naruszenia własnych wewnętrznych standardów.

Także badania nad deficytami mentalizacji u dorosłych osób z depresją wykazały istotne różnice w częstości występowania stwierdzeń dotyczących *self* w porównaniu z grupą kontrolną. Otóż skłonność pacjentów depresyjnych do zastanawiania się bardziej nad sobą niż nad innymi wynika z negatywnych myśli i afektów, blokujących ich zdolność do rozumienia stanów mentalnych innych ludzi [17]. Zniekształcenia w zakresie mentalizowania, polegające na nadinterpretowaniu przeżyć własnych i innych ludzi, wiążą się z aktywacją negatywnych schematów dotyczących „ja”, selektywnością uwagi i wrażliwością na negatywne bodźce, ruminacją oraz impulsywnym podejmowaniem decyzji [18].

Związek ogólnego nasilenia poszczególnych symptomów depresji z deficytami mentalizacji u młodzieży

Obniżone zdolności do mentalizacji łączą się ze wszystkimi, także specyficznymi (dotyczącymi motywu utraty bądź odrzucenia), symptomami depresji, co potwierdza postawioną w badaniu Hipotezę 2. Biorąc pod uwagę kryteria diagnostyczne zaburzeń depresyjnych, można uznać, że wszystkie one są dodatnio skorelowane z hipomentalizacją oraz hipermentalizacją – najsilniej zaś: negatywny nastrój, tendencje suicydalne oraz poczucie bezwartościowości/poczucie winy. Uzyskany wynik badawczy znajduje potwierdzenie w literaturze przedmiotu oraz badaniach klinicznych. Dowiedziono, że depresyjny nastrój u dziecka przyczynia się do wzrostu poziomu pobudzenia i stresu, co może osłabiać mentalizację – a to prowadzi do utraty odporności w obliczu stresu i „błędnego koła” coraz bardziej obniżonego, negatywnego nastroju [19].

W badaniach nad powiązaniem między mechanizmami dysocjacji i objawami depresji w grupie samookaleczającej się młodzieży (w której $\frac{2}{3}$ adolescentów próbowało popełnić samobójstwo) zauważono wyraźne korelacje między mechanizmami dysocjacji, uczuciami wobec ciała i nasileniem objawów depresji [20]. Stany dysocjacji, których doświadczały badane nastolatki, czyli poczucie bycia odrętwiałym i martwym, uruchamiane były obrońnie, aby trudnych, nierzadko traumatycznych przeżyć nie reflektować, lecz spychać je do nieświadomości i wielokrotnie odgrywać w działaniu. Ponadto istnieją związki między symptomami internalizacyjnymi a społecznym wycofaniem oraz popełnianiem błędów w ocenie przeżyć własnych oraz innych osób [21].

Poznawcze strategie regulacji emocji jako mediator relacji między zdolnością do mentalizacji a symptomami depresji w okresie adolescencji

Poznawcze strategie regulacji są mediatorami relacji między zdolnością do mentalizacji a objawami depresji u młodzieży. Najczęstszą, łączącą się ze wszystkimi typami deficytów mentalizacji oraz różnymi objawami depresji strategią jest strategia obwiniania się. Dodatkowo istotne są także trzy inne poznawcze sposoby opracowywania zagrażających sytuacji lub przeżyć: ruminowanie, katastrofizowanie oraz pozytywne przewartościowanie. Ten wynik badawczy koresponduje z doniesieniami z literatury przedmiotu, wskazującymi na powiązania depresji z triadą nieadaptacyjnych sposobów radzenia sobie z trudnymi, nacechowanymi emocjonalnie treściami: obwinianiem siebie, ruminowaniem bądź wyolbrzymianiem [22].

Zachodzi związek między konkretnymi poznawczymi strategiami regulacji emocji a określonym typem depresji. Na przykład ruminowanie, wynikające z nieprawidłowo funkcjonujących procesów kontroli uwagi, towarzyszy depresji przebiegającej z anhedonią, wzmożonym odczuwaniem smutku, poczucia niezadowolenia i winy oraz niezdolnością do odczuwania szczęścia, nadziei i zadowolenia z siebie. Depresja o typie reaktywnym, z pojawiającymi się skargami somatycznymi, uczuciem niepokoju, gniewu, niechęci, może się łączyć z bardziej „eksplozywnymi” emocjami, takimi jak wrogość wobec innych, oraz z impulsywnym podejmowaniem działań. Z kolei katastrofizowanie jest taką strategią regulacyjną, która koreluje z określonym deficytem mentalizacji – w głównej mierze z przykładaniem nadmiernej troski nastolatka do przeżyć psychicznych innych ludzi, czemu towarzyszyć może znaczne obniżenie nastroju, czasem mogą się też pojawiać myśli suicydalne [23, 24].

Ograniczenia badań i wnioski końcowe

Prezentowane badania są badaniami poprzecznymi, nie uwzględniają zatem temporalnego wymiaru powiązań między analizowanymi zmiennymi oraz dotyczą niewielkiej grupy badanych. Z tych dwóch powodów ich możliwości eksplikacyjne dotyczące badania roli mechanizmów leżących u podstaw zakłóceń procesów przetwarzania doświadczenia emocjonalnego w rozwoju młodzieży są ograniczone.

Niemniej jednak otrzymane rezultaty badawcze są interesujące. Obrazują one ścisłe związki między określonymi deficytami mentalizacji, intensyfikacją strategii regulacji emocji opartych na przeżywaniu uczucia winy oraz katastrofizowaniu a nasilaniem się różnorodnych symptomów depresji u nastolatków. Replikacja badań w większej, reprezentacyjnej próbie badanych mogłaby określić warunki, w jakich stosowanie takich strategii związane jest z wystąpieniem objawów psychopatologicznych.

Piśmiennictwo

1. Sharp C, Williams L, Ha C, Baumgardner J, Michonski J, Seals R i wsp. *The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit*. Bull. Menn. Clin. 2009; 73(4): 311–338.
2. Ha C, Sharp C, Ensink K, Cirino P. *The measurement of reflective function in adolescents with and without borderline traits*. J. Adolesc. 2013; 36(6): 1215–1223.
3. Malone J, Mahlberg N. *Emerging personality patterns and syndromes in adolescence*. W: Linggiardi W, McWilliams N. red. *Psychodynamic Diagnostic Manual PDM-2. Second edition*. New York–London: The Guilford Press; 2017. S. 323–385.
4. Dejko K. *Badanie zdolności do mentalizowania w procesie diagnozy psychiatrycznej i psychoterapeutycznej*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(3): 575–584.
5. Górska D, Marszał M. *Mentalizacja i teoria umysłu w organizacji osobowości borderline – różnice między afektywnymi i poznawczymi aspektami poznania społecznego w patologii emocjonalnej*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(3): 503–513.

6. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S i wsp. *Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire*. PloS One 2016; 11(7): e0158678.
7. Sharp C. *The social-cognitive basis of borderline personality disorder: A theory of hypermentalizing*. W: Sharp C, Tackett J. red. *The handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*. New York: Springer; 2014. S. 211 – 225
8. Sharp C, Fonagy P. *The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology*. Soc. Dev. 2008; 17(3): 737–753. Doi: 10.1111/j.14.67-95.07.2007.00457.x.
9. Garnefski N, Legerstee J, Kraaij V, Kommer van den T, Teerds J. *Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults*. J. Adolesc. 2002; 25(6): 603–611.
10. Marszał-Wiśniewska M, Fajkowska M. *Właściwości psychometryczne Kwestionariusza poznawczej regulacji emocji (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ) – wyniki badań na polskiej próbie*. Studia Psychologiczne 2010; 49(1): 19–39.
11. Wrocławska-Warchała E, Wujcik R. *CDI 2. Zestaw Kwestionariuszy do diagnozy depresji u dzieci i młodzieży*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2017.
12. Woźniak-Prus M, Gambin M, Cudo A, Sharp C. *Investigation of the factor structure of the Reflective Functioning Questionnaire (RFQ-8): One or two dimensions?* J. Pers. Assess. 2021; 104(6): 736–746. Doi: 10.1080/00223891.2021.2014505.
13. Sharp C, Vanwoerden S. *Hypermentalizing in borderline personality disorder: A model and data*. J. Infant Child Adolesc. Psychother. 2015; 14(1): 33–45. Doi: 10.1080/15289168.2015.1004890.
14. Garnefski N, Kraaij V. *The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults*. Eur. J. Psychol. Assess. 2007; 23(3): 141–149.
15. Belvederi Murri M, Ferrigno G, Penati S, Muzio C, Piccini J, Innamorati M i wsp. *Mentalization and depressive symptoms in a clinical sample of adolescents and young adults*. Child Adolesc. Ment. Health 2017; 22(2): 69–76. Doi: 10.1111/camh.12195.
16. Gambin M, Sharp C. *The relations between empathy, guilt, shame and depression in inpatient adolescents*. J. Affect. Disord. 2018; 241: 381–387.
17. Taubner S, Kessler H, Buchheim A, Kächele H, Staun L. *The role of mentalization in the psychoanalytic treatment of chronic depression*. Psychiatry 2011; 74(1): 48–57.
18. Sharp C, Venta A. *Mentalizing problems in children and adolescents*. W: Midgley N, Vruova J. red. *Minding the child. Mentalization based interventions with children, young people and their families*. New York: Routledge; 2012. S. 35–53.
19. Luyten P, Fonagy P. *The stress-reward-mentalizing model of depression: An integrative developmental cascade approach to child and adolescent depressive disorder based on the Research Domain Criteria (RDoC) approach*. Clin. Psychol. Rev. 2018; 64: 87–98. Doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.008.
20. Radziwiłłowicz W, Lewandowska M. *From traumatic events and dissociation to body image and depression symptoms – in search of self-destruction syndrome in adolescents who engage in nonsuicidal self-injury*. Psychiatr. Pol. 2017; 51(2): 283–301.
21. Gambin M, Gambin T, Sharp C. *Social cognition, psychopathological symptoms, and family functioning in a sample of inpatient adolescents using variable-centered and person-centered approaches*. J. Adolesc. 2015; 45: 31–43.

22. D'Avanzato C, Joorman J, Siemer M, Gotlib IH. *Emotion regulation in depression and anxiety: Examining diagnostic specificity and stability of strategy use*. Cogn. Ther. Res. 2013; 37(5): 968–980. Doi: 10.1007/s10608-013-9537-0.
23. Domaradzka E. *Types of anxiety and depression: Toward overlapping and distinctive features in affective and attentional functioning*. Pol. Psychol. Bull. 2019; 50(1): 1–12. Doi: 10.24425/ppb.2019.126012.
24. Domaradzka E, Fajkowska M. *Cognitive emotion regulation strategies in anxiety and depression understood as types of personality*. Front. Psychol. 2018; 9: 856. Doi: 10.3389/fpsyg.2018.00856.

Adres: Wioletta Radziwiłłowicz
e-mail: wioletta.radziwillowicz@ug.edu.pl

Otrzymano: 8.08.2024
Zrecenzowano: 27.09.2024
Otrzymano po poprawie: 17.11.2024
Przyjęto do druku: 26.01.2025