

WIOLETTA RADZIWIŁŁOWICZ

Zakład Psychologii i Psychopatologii Rozwoju
Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański
Department of Developmental Psychology and Psychopathology
Institute of Psychology, University of Gdańsk
e-mail: wioletta.radziwillowicz@ug.edu.pl

Wpływ wybranych czynników na nasilenie objawów depresyjnych u kobiet we wczesnej dorosłości

The Influence of Selected Factors on the Severity of Depressive Symptoms Among Women in Early Adulthood

Abstract. The biological changes among girls during adolescence are the basis for the emergence of depressive symptoms, however these symptoms can also be a consequence of a negative body image formation. The aim of the study was to analyze the relationship between experiencing one's own bodiliness (manifested in the experiencing of intimate relations with men, acceptance of one's body, attitude towards eating and body weight, display of femininity), attachment styles, age of menarche, BMI, occurrence of mental illness in one's family, and the severity of depressive symptoms among women aged 18–25, as well as to determine the impact of these variables on the severity of depressive symptoms. The results show a weak relationship between the age of menarche and the level of acceptance of one's body and the display of femininity. However, a moderate relationship exists between the age of menarche and the severity of depressive symptoms, and between the strength of the body self and the severity of depressive symptoms and attachment styles. The predictors of depressive symptoms are: low acceptance of one's body, anxious-ambivalent attachment style and occurrence of mental illness in one's family.

Keywords: timing of pubertal maturation, body self, attachment styles, depressive symptoms, early adulthood.

Słowa kluczowe: wiek dojrzewania biologicznego, ja cielesne, style przywiązania, objawy depresyjne, wczesna dorosłość.

WPROWADZENIE

Rozważania nad problematyką badawczą zawartą w tytule niniejszego artykułu należy rozpocząć od skrótovej analizy następujących czynników wpływających na rozwój normatywny (bądź przebiegający z objawami psychopatologicznymi, w szczególności depresyjnymi) u dziewcząt: zmian neurohormonalnych okresu dorastania, wieku wystąpienia oznak dojrzewania, zmian w budowie ciała i postawy

wobec własnego ciała (kształtowanej zarówno w okresie niemowlęcym, jak okresie dorastania) oraz jakości pierwotnej relacji z opiekunem. Badania psychologów nad adolescentami koncentrują się na kwestii kształtowania tożsamości, rozwoju psychoseksualnego oraz psychospołecznego; fizjologów – na funkcjonalnych własnościach dojrzewających organów rozrodczych i zmianach zachodzących w budowie ciała; endokrynologów – na roli hormonów w procesie dążącym do bycia płod-

nym i w pełni rozwiniętym pod względem fizycznym i psychicznym. **Przystosowanie** do zmian pojawiających się w okresie dojrzewania płciowego oraz wahania nastroju spowodowane dostrajaniem się **układu neurohormonalnego** do funkcjonowania w sposób odmienny niż dotychczas oraz oczekiwania społeczne i **zadania rozwojowe** okresu adolescencji są dużym obciążeniem psychicznym.

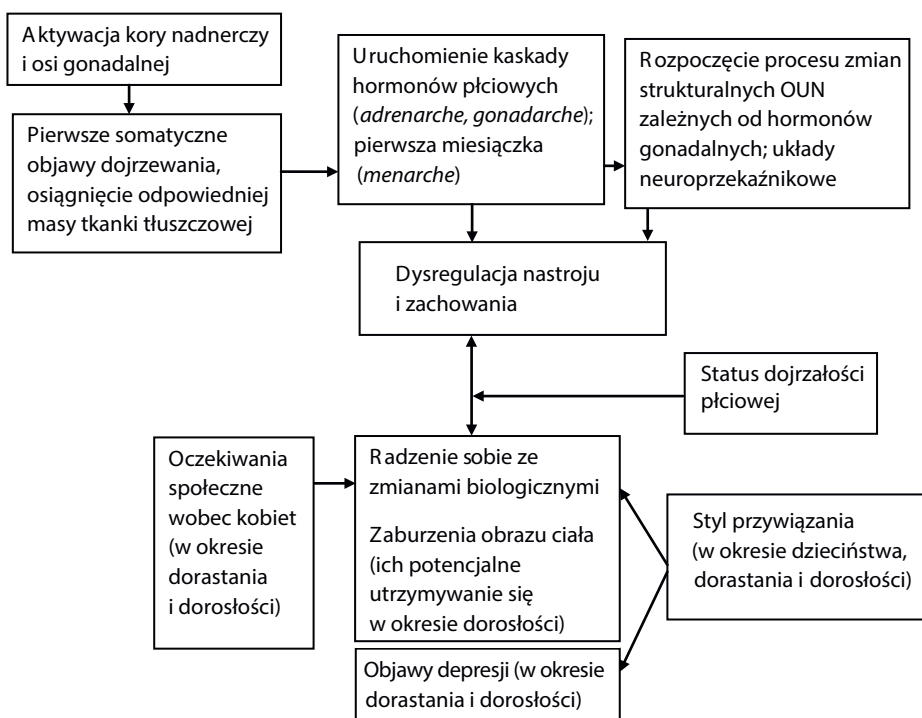
Ze względu na swoiste dla tego okresu wahania nastroju, narastającą potrzebę zaspokojenia seksualnego i dezaprobatę – choć nie dotyczy to wszystkich – rodziców dla jej realizacji w pełnym wymiarze, wystąpienie objawów charakteryzujących zaburzenia psychiczne (np. depresja, zaburzenia odżywiania się czy nadużywanie substancji psychoaktywnych) jest dość częstym zjawiskiem. Badania wskazują, że wystąpienie objawów depresyjnych ma związek między innymi ze **statusem dojrzałości płciowej**, czyli dojrzewaniem wczesnym, o czasie bądź późnym. Nie sam wiek jest czynnikiem ryzyka, lecz faza okresu dojrzewania. Zależność ta jest różna dla chłopców i dziewcząt, a między obrazem własnego ciała i manifestowanymi objawami depresyjnymi istnieje ścisły związek. W wyniku przyspieszenia rozwoju fizycznego trudności pojawiające się w okresie dorastania o normatywnym przebiegu ulegają eskalacji, a **wczesne dojrzewanie płciowe** staje się predyktorem objawów psychopatologicznych nie tylko w okresie adolescencji, ale także w wieku dorosłym (por. rys. 1) (Ge, Conger, Elder, 2001; Graber i in., 2004). W związku z wczesnym rozpoczęciem okresu dojrzewania zarówno niedokończenie zadań rozwojowych okresu dzieciństwa, jak i rozdziwiek między poziomem dojrzałości fizycznej i psychicznej (*maturation disparity hypothesis*) stanowią ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych ze względu na utrudnioną możliwość przystosowania (brak czasu na wypełnienie zadań rozwojowych i zaspokojenia potrzeb okresu dzieciństwa, małe zasoby poznawcze i emocjonalne) (Ge, Nat-suaki, 2009).

Konsekwencjami psychicznymi wczesnego dojrzewania mogą być: depresja¹, zaburzenia odżywiania się, zaburzenia lękowe, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zachowania anty-

społeczne i próby samobójcze (Stice, Presnell, Bearman, 2001). Wczesne dojrzewanie wśród dziewcząt może także skutkować problemami natury medycznej (wirus brodawczaka ludzkiego HPV, otyłość², ciąża) oraz edukacyjnej (wagarowanie, trudności szkolne, brak wyższego wykształcenia) (Mendle i in., 2010). Wnioski płynące z badań nad wczesnym dojrzewaniem dziewcząt są jednoznaczne i wskazują na negatywny wpływ przyspieszenia rozwoju fizycznego na kształtowanie się niskiej samooceny, wystąpienie symptomów depresyjnych i skłonności samobójczych, podczas gdy u chłopców wyniki badań nie są jednoznaczne (Ge, Conger, Elder, 2001).

Podjęmując próbę wyjaśnienia kształtowania się negatywnego obrazu ciała wśród dziewcząt w kontekście badania przyczyn zaburzeń psychicznych (w tym depresji) wieku młodzieńczego, część badaczy wyróżnia czynniki proksymalne, nawiązujące do roli społeczeństwa w tym procesie (Erikson, 1997; Brytek-Matera, 2008) oraz czynniki związane bezpośrednio z biologią okresu dojrzewania (Thompson, Flood, Lundquist, 1995; Głębocka, 2009): (1) kulturowo-społeczne (wpływ mediów, próba dostosowania do norm kulturowych gloryfikujących przesadnie szczupłe sylwetki kobiet, krytyka w środowisku rodzinnym i rówieśniczym); (2) rozwojowe (podwyższony BMI, przyrost tkanki tłuszczowej, pewne zatarcie rysów twarzy na skutek zmian w obrębie kośćca i tkanek miękkich głowy (Pułtorak, 1982); oraz (3) hormonalne (obniżenie nastroju na skutek: (a) fluktuacji poziomu estrogenów w okresie dojrzewania wśród dziewcząt (Brooks-Gunn, Warren, 1989); (b) podwyższonego poziomu testosteronu w stadium pełnego rozwoju cech płciowych) (Granger i in., 2003).

Badania **psychoneuroendokrynologiczne** dowodzą, że hormony, których poziom wzrasta i zmienia się z dużą częstotliwością w momencie wejścia w okres dojrzewania płciowego, mogą wpływać na pojawienie się objawów depresji nie tylko za pośrednictwem zmian w budowie ciała, budzących niezadowolenie wśród dziewcząt, ale także w sposób bezpośredni, oddziałując na układ serotoninergiczny. Związek z tym układem wykazują zarówno



Rysunek 1. Hipotetyczny mechanizm podatności oraz utrzymywania się objawów depresji u kobiet od okresu dorastania do okresu dorosłości

Źródło: oprac. własne na podstawie: Radziwiłłowicz, 2010, s. 121.

hormony płciowe, jak i nadnerczowe, które za jego pośrednictwem przyczyniają się do obniżenia nastroju (Sumiła, Pakalska-Korcala, Pyrzanowska-Sumiła, 2015) oraz pojawienia się trudności przystosowawczych wśród dojrzewających osób (Nottelmann i in., 1987). Wyniki badań nad wpływem testosteronu, estrogenu oraz hormonu androgenowego DHEA na nasilenie objawów depresyjnych wykazują istotną zależność, która przedstawia się następująco: im wyższy poziom testosteronu (Angold i in., 1999) oraz im większe wahania poziomu estrogenu (Brooks-Gunn, Warren, 1989), tym wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia depresji. W przypadku DHEA zarówno wysoki, jak i niski jego poziom może powodować zaburzenie depresyjne (Goodyer i in., 2000).

Zmiany biologiczne w okresie dojrzewania wśród dziewcząt stanowią zatem podłoże dla wystąpienia objawów depresji, przy czym te

objawy mogą być również konsekwencją kształtowania się negatywnego **obrazu ciała** (*body image*) (por. rys. 1). Dojrzewanie – zarówno wczesne, jak i następujące o czasie – może stanowić czynnik podatności (*vulnerability factor*) dla pojawienia się zaburzeń psychicznych (Hyde, Mezulis, Abramson, 2008), natomiast wystąpienie (bądź też nie) tych zaburzeń zależne jest nie tylko od czynników socjo-kulturowo-rozwojowych oddziałujących w sposób szczególny w tym okresie, ale także ich interakcji z dystalnymi czynnikami konstytucjonalnymi (dziedziczne cechy temperamentalne) oraz ukształtowanym już we wczesnym dzieciństwie obrazem siebie (*self image*). Dlatego też szczególną uwagę należy poświęcić koncepcjom psychodynamicznym, które skupiają się na bardzo wczesnych, następujących długo przed okresem dorastania, etapach kształtowania osobowości i obrazu ciała.

Co oczywiste, początkiem rozwoju doświadczeń związanych z ciałem są narodziny dziecka. Dziecko staje się od tego momentu odrębną jednostką w sensie fizycznym, która (według podejścia psychodynamicznego) doświadczając pozytywnych uczuć matki, wzajemnego dostrojenia emocjonalnego oraz dotyku wyznaczającego granice powierzchni ciała, zaczyna kształtować w sobie psychologiczne poczucie własnej cielesności i odrębności (Krueger, 2002; Sakson-Obada, 2008) oraz **bezpiecznej relacji pierwotnej** (Bowlby, 1978, 1980; Schier, 2009). Stworzenie odpowiednich warunków dla rozwoju niemowlęcia przez jego opiekunów jest podstawą tworzenia się połączenia między umysłem i ciałem (Krueger, 2002; Sakson-Obada, 2008) i rozwoju spójnej struktury Ja, zawierającej pełny obraz siebie, co stanowi powiekad o zdrowiu psychicznym jednostki w **kolejnych etapach rozwoju**. Nieadekwatne reakcje rodziców oraz nieumiejętność zaspokajania pierwotnych potrzeb dziecka mogą skutkować zaburzeniami w relacji umysł–ciało oraz kształtowaniem się lękowego stylu przywiązania, które mogą być przyczynkiem do formowania się negatywnego obrazu ciała, depresji i wielu innych zaburzeń.

CEL BADAŃ

Celem badania była próba odpowiedzi na następujące pytania badawcze: Czy istnieją związki między wiekiem wystąpienia pierwszej miesiączki a nasileniem objawów depresyjnych, siłą Ja cielesnego oraz stylami przywiązania we wczesnej dorosłości? Czy istnieje związek siły Ja cielesnego z nasileniem objawów depresyjnych i stylami przywiązania? Czy siła Ja cielesnego, style przywiązania oraz zmienne socjodemograficzne wpływają na nasilenie objawów depresyjnych?

OPIS BADANEJ GRUPY

Badanie zostało przeprowadzone na łącznej próbie 126 kobiet w przedziale wiekowym 18–25

lat ($M = 21.82$; $SD = 1.62$). Badania przeprowadzono wśród studentów Uniwersytetu Gdańskiego (głównie Wydziału Prawa i Administracji oraz Wydziału Filologicznego). Uczestniczkami badania były także mieszkanki domów studenckich w Gdańsku.

Największa liczba badanych miała matki z wykształceniem wyższym ($N = 54$; 41.9%) oraz ojców z wykształceniem zawodowym ($N = 50$; 38.8%). Mniej matek miało wykształcenie średnie ($N = 44$; 34.1%), ojców zaś – wykształcenie wyższe ($N = 36$; 27.9%), jeszcze mniej matek było z wykształceniem zawodowym ($N = 25$; 19.4%) oraz ojców z wykształceniem średnim ($N = 35$; 27.1%), a najmniej matek ($N = 3$; 2.3%) i ojców ($N = 5$; 3.9%) z wykształceniem podstawowym.

Struktura rodziny pochodzenia była najczęściej pełna (76.8%), rzadziej niepełna (15.5%) i najrzadziej zrekonstruowana (5.4%). Wśród badanych nie było osób pochodzących z rodziny zastępczej oraz adopcyjnej. Na dobrą sytuację materialną rodziny wskazało 49.6% badanych, średnią sytuację materialną – 37.2%, bardzo dobrą – 7.8%. Najmniej osób zadeklarowało złą sytuację materialną (3.1%). Na występowanie choroby psychicznej w rodzinie wskazywało 14% badanych.

Również na podstawie danych z ankiety socjodemograficznej ustalono, że średnia wieku pierwszej miesiączki wynosiła 13.06 lat ($SD = 1.54$). Wartość wskaźnika BMI przewidzianego dla normy wagowej wykazało 75.6% badanych ($N = 93$), dla niedowagi 11.62% ($N = 16$), dla nadwagi 11.38% ($N = 14$), dla otyłości 2.4% ($N = 3$).

NARZĘDZIA BADAWCZE

1. Skala Depresji Becka (*Beck Depression Inventory*; Beck i in., 1961; w polskiej adaptacji Tadeusza Parnowskiego i Wojciecha Jernajczyka, 1977), zawierająca 18 twierdzeń dotyczących subiektywnej oceny nasilenia różnych objawów depresyjnych. Wyniki w przedziale punktowym: 0–10 pkt świadczą o braku zaburzeń depresyjnych, 11–18 pkt o lekkiej depresji, 19–26 pkt o średnim (umiarkowanym)

nasileniu objawów depresyjnych, powyżej 26 pkt o ciężkiej depresji.

2. Kwestionariusz Ja Cieleśnego Beaty Miruckiej (2005), zawierający 49 twierdzeń opisujących różne doświadczenia związane z własną cielesnością, wśród których wyodrębniono cztery kategorie nadrzędne (podskale), stanowiące wymiary Ja cieleśnego: (A) przeżywanie intymności w relacji z osobami płci przeciwnej (np. twierdzenia: „Dobrze czuję się w towarzystwie mężczyźni”; „Obawiam się intymnej bliskości z osobami płci przeciwnej”; „Kontakty z osobami płci przeciwnej są najczęściej źródłem mojego niepokoju”); (B) akceptacja własnej cielesności (np. „Czuję się atrakcyjną kobietą”; „Jestem zadowolona ze swojego ciała”; „Mam wrażenie, że moje ciało stanowi źródło takich doświadczeń i uczuć, jak wstyd, złość itp.”); (C) stosunek do jedzenia i wagi ciała (np. „Stosuję konkretne sposoby wpływania na swoją wagę (diety, głodówki, gimnastykę itp.”); „Kontrolowanie swojej wagi przeszkadza mi w codziennym życiu”; „Martwię się, że jem za dużo”); oraz (D) ekspozycja kobiecości (np. „Lubię myśleć o tym, jak się ubiorę”; „Lubię podkreślać swoje cechy kobiecości (uda, nogi, biust itp.”); „Lubię nosić obcisłe, podkreślające figurę ubrania”). Wysokie wyniki we wszystkich podskalach, łącznie z wynikiem ogólnym, świadczą o prawidłowym rozwoju Ja cieleśnego i silnym Ja cieleśnym, niskie wyniki natomiast wskazują na zahamowanie, a nawet odrzucenie Ja cieleśnego. Rzetelność dla poszczególnych skal wynosi odpowiednio: (A) .88, (B) .89, (C) .83, (D) .74, a dla wyniku ogólnego .93. Kwestionariusz przeznaczony jest tylko dla osób płci żeńskiej od 13. roku życia.

3. Kwestionariusz Stylów Przywiązania (*Attachment Style Questionnaire*; Feeney, Noller, Hanrahan, 1994; za: polska adaptacja Piotra Marchwickiego, 2004), mierzący style przywiązania do innych ludzi: (A) bezpieczny (np. twierdzenia: „Pozwalam się łatwiej poznać niż większość ludzi”; „Jestem pewna, że inni ludzie będą mnie lubić i szanować”; „Nawiązywanie bliskich relacji z innymi ludźmi przychodzi mi względnie łatwo”); (B) unikający (np. „Jest mi trudno zaufać innym ludziom”; „Wolę polegać

raczej na sobie niż na innych”; „Gdy chcę się zbliżyć do innych, czuję się tym skrzepowana”); oraz (C) lękowo-ambiwalentny (np. „Obawiam się, że nie obchodzę innych tak samo, jak oni mnie”; „Bardzo się przejmuję moimi stosunkami z innymi ludźmi”; „Często czuję się odrzucona lub samotna”). Rzetelność podskal wynosi odpowiednio: (A) .77, (B) .80, (C) .68. Im wyższy wynik, tym wyższe nasilenie danego stylu przywiązania.

4. Ankieta socjodemograficzna zawierająca pytania o wiek, wzrost i wagę ciała, wiek wystąpienia pierwszej miesiączki, wykształcenie rodziców, strukturę rodziny, sytuację materialną i występowanie chorób psychicznych w rodzinie.

WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

Statystyki opisowe

Średni wynik w Skali Depresji Becka wynosił 10.08 pkt (SD = 8.71), co wskazuje na brak zaburzeń depresyjnych w grupie badanych. Jednakże 9 dziewcząt (7.14%) uzyskało wynik ponad 27 pkt, co świadczy o występowaniu u nich objawów ciężkiej depresji, 9 (7.14%) uzyskało wynik 19–26 pkt (średnie nasilenie depresji), a 28 (22.22%) uzyskało 11–18 pkt (lekkie nasilenie depresji).

Średni wynik w podskali przeżywania intymności z osobami płci przeciwnej wynosił 45.33 pkt (SD = 14.77), dla podskali akceptacja cielesności – 51.32 pkt (SD = 15.42); dla podskali stosunek do jedzenia i wagi ciała – 36.64 pkt (SD = 9.53); dla podskali ekspozycja kobiecości – 20.55 (SD = 8.42). Średni ogólny wynik w skali Ja cieleśnego wynosił 152.87 (SD = 43.28), co wskazuje na wyniki bardzo zbliżone do występujących w zdrowej populacji (Mirucka, 2005).

Średni wynik na poziomie 4.62 (SD = 1.05); 4.2 (SD = 1.16); 4.15 (SD = .89) badane uzyskały w kolejnych skalach: bezpieczny, unikający oraz lękowo-ambiwalentny styl przywiązania, co wskazało na nieznacznie wyższe nasilenie stylu bezpiecznego w porównaniu ze stylami pozabezpiecznymi w grupie badanych kobiet.

Tabela 1. Związek między wystąpieniem pierwszej miesiączki a nasileniem objawów depresyjnych, siłą Ja cielesnego oraz stylami przywiązania

Zmienne	Wiek wystąpienia <i>menarche</i>	
	r	Istotność (p)
Nasilenie objawów depresyjnych	-.563	.01
Przeżywanie intymności z osobami płci przeciwnej	.088	.326
Akceptacja cielesności	.216*	.015
Stosunek do jedzenia i wagi ciała	-.001	.988
Ekspozycja kobiecości	.180*	.044
Ja cielesne – wynik ogólny	.151	.092
Bezpieczny styl przywiązania	.159	.057
Unikający styl przywiązania	.101	.263
Lękowo-ambiwalentny styl przywiązania	.03	.736

* Korelacja jest istotna na poziomie .05 (dwustronnie)

Wiek wystąpienia pierwszej miesiączki a nasilenie objawów depresyjnych, siła Ja cielesnego oraz style przywiązania

Wyniki analizy korelacyjnej (*r*-Pearsona) wykazały, że im późniejszy wiek wystąpienia pierwszej miesiączki, tym mniejsze nasilenie objawów depresyjnych ($r = -.56; p < .01$), wyższy poziom akceptacji cielesności ($r = .22; p < .02$) oraz ekspozycji kobiecości ($r = .18; p < .04$), przy czym z wyjątkiem pierwszej umiarkowanej współzależności siła tych związków jest słaba (tab. 1). Analiza wykazała wynik na granicy tendencji statystycznej, że późniejszy wiek wystąpienia pierwszej miesiączki koreluje z bezpiecznym stylem przywiązania ($r = .16; p < .06$). Analiza nie wykazała innych istotnych związków.

Związek siły Ja cielesnego z nasileniem objawów depresyjnych i stylami przywiązania

Wyniki analizy korelacji (*r*-Pearsona) wykazały, że mniejsze nasilenie objawów depre-

syjnych współtowarzyszy silniejszemu Ja cielesnemu: przeżywaniu intymności z osobami płci przeciwnej ($r = -.59; p < .001$), akceptacji cielesności ($r = -.6; p < .001$), bardziej pozytywnemu stosunkowi do jedzenia i wagi ciała ($r = -.41; p < .001$) oraz ekspozycji kobiecości ($r = -.29; p < .01$), przy czym siła tych związków jest umiarkowana (tab. 2). Dalsza analiza wykazała, że bezpieczny styl przywiązania współwystępuje z wyższym poziomem przeżywania intymności z osobami płci przeciwnej ($r = .65; p < .001$), akceptacją cielesności ($r = .67; p < .001$), bardziej pozytywnym stosunkiem do jedzenia i wagi ciała ($r = .34; p < .001$) oraz ekspozycją kobiecości ($r = .45; p < .001$), a siła tych związków jest również umiarkowana. Ponadto unikający styl przywiązania wiąże się z mniejszym poziomem przeżywania intymności z osobami płci przeciwnej ($r = -.43; p < .001$), słabszą akceptacją cielesności ($r = -.41; p < .001$), bardziej negatywnym stosunkiem do jedzenia i wagi ciała ($r = -.29; p < .001$) oraz niższym ekspozycją kobiecości ($r = -.17; p < .05$); siła tych związków jest umiarkowana bądź słaba.

Tabela 2. Związek siły Ja cielesnego z nasileniem objawów depresyjnych i stylami przywiązania

Zmienne	Nasilenie objawów depresji	Bezpieczny styl przywiązania	Unikający styl przywiązania	Lękowo-ambiwalentny styl przywiązania
Przeżywanie intymności z osobami płci przeciwnej	-.588**	.653**	-.425**	-.538**
Akceptacja cielesności	-.599**	.671**	-.405**	-.485**
Stosunek do jedzenia i wagi ciała	-.408**	.337**	-.289*	-.404**
Ekspozycja kobiecości	-.288*	.452**	-.168*	-.156
Ja cielesne – wynik ogólny	-.574**	.645**	-.392**	-.480**

* Korelacja jest istotna na poziomie .05 (dwustronnie)

** Korelacja jest istotna na poziomie .01 (dwustronnie)

Lękowo-ambiwalentny styl przywiązania współwystępuje natomiast z niższym poziomem przeżywania intymności z osobami płci przeciwnej ($r = -.54; p < .001$), słabszą akceptacją cielesności ($r = -.49; p < .001$) i bardziej negatywnym stosunkiem do jedzenia i wagi ciała ($r = -.4; p < .001$), przy czym siła tych związków jest umiarkowana. Ostatnia analiza wykazała, że im silniejsze Ja cielesne, tym mniejsze nasilenie objawów depresyjnych ($r = -.57; p < .001$), tym wyższe nasilenie bezpiecznego stylu przywiązania ($r = .65; p < .001$), a niższe – unikającego ($r = -.39; p < .001$) oraz lękowo-ambiwalentnego stylu przywiązania ($r = -.48; p < .001$). Siła tych związków jest umiarkowana.

Związek siły Ja cielesnego, stylów przywiązania oraz zmiennych socjodemograficznych z nasileniem objawów depresyjnych

Analiza regresji wykazała istotne przewidywanie nasilenia objawów depresji na podstawie wszystkich badanych zmiennych [$F(13,111) = 9.38; p < .001$] (tab. 3). Związek między predyktorami a wynikami w Skali Depresji Becka jest silny ($R = .72$), wartość współczynnika skorygowanego R^2 wskazuje, że zestaw predyktorów wyjaśnia około 47%

zmienności nasilenia objawów depresji. Kolejno, im niższa akceptacja cielesności ($\beta = -.363, t = 2.41; p < .018$), im wyższe nasilenie stylu lękowo-ambiwalentnego ($\beta = .218, t = 2.469; p < .015$), im częściej w rodzinie występuje choroba psychiczna ($\beta = .174, t = 2.502; p < .014$), tym wyższe nasilenie objawów depresyjnych u badanych kobiet.

Dyskusja

Pierwszy problem badawczy dotyczył zagadnienia, czy wczesny wiek wystąpienia pierwszej miesiączki wiąże się z nasileniem objawów depresyjnych, stylem przywiązania i siłą Ja cielesnego. Wyniki wskazują, że istnieje taki związek, i pozwalają wnioskować, że im wcześniej pojawia się pierwsza miesiączka, tym wyższe nasilenie objawów depresyjnych i mniejsza akceptacja własnej cielesności (Graber i in., 2004), późniejszy zaś wiek wystąpienia miesiączki współwystępuje z bezpiecznym stylem przywiązania we wczesnej dorosłości (Rieder, Coupey, 1999).

Celem badania było również sprawdzenie, czy – a jeśli tak, to jaki – jest związek pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych, stylami przywiązania a siłą Ja cielesnego. Wyniki wskazują na powiązania między nasileniem objawów depresyjnych a wszystkimi wymiarami Ja cieles-

Tabela 3. Związek siły Ja cielesnego, stylów przywiązania oraz zmiennych socjodemograficznych z nasileniem objawów depresyjnych

Zmienne	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane	t	p
	B	Błąd standardowy	Beta		
(Stała)	17.073	9.246		1.847	.057
Przeżywanie intymności z osobami płci przeciwnej	-1.137	.945	-.143	-1.204	.231
Akceptacja cielesności	-2.495	1.038	-.363	-2.405	.018
Stosunek do jedzenia i wagi ciała	.585	.701	.082	.834	.406
Eksponowanie kobiecości	.636	.637	.091	.998	.320
Bezpieczny styl przywiązania	-1.822	.961	-.220	-1.896	.061
Unikający styl przywiązania	-.123	.761	-.016	-.162	.872
Lękowo-ambiwalentny styl przywiązania	1.910	.773	.218	2.469	.015
Wiek wystąpienia <i>menarche</i>	.656	.419	.113	1.564	.121
BMI	.040	.056	.050	.714	.477
Wykształcenie matki	.792	.783	.076	1.013	.313
Wykształcenie ojca	-.834	.736	-.086	-1.133	.260
Sytuacja materialna	-.554	.902	-.043	-.614	.540
Choroba psychiczna w rodzinie	-4.299	1.718	.174	2.502	.014

nego, co pozwala wnioskować o współwystępowaniu wyższego nasilenia objawów depresji z: (a) lękiem przed relacją z mężczyzną; (b) słabą akceptacją własnej cielesności; (c) kompulsywną kontrolą wagi ciała; oraz (d) lękiem przed własną kobiecością. Wyższe nasilenie badanych objawów psychopatologicznych koreluje zatem z negatywnymi doświadczeniami związanymi z własną cielesnością.

Dodatkowo, zgodnie z przewidywaniami, bezpieczny styl przywiązania był związany z akceptacją własnej cielesności, kobiecości, wagi ciała oraz satysfakcją z bliskich relacji z płcią przeciwną, natomiast styl unikający oraz lękowo-ambiwalentny wiązał się z istotnym zahamowaniem prawidłowego rozwoju Ja cielesnego, co potwierdza przybliżone wcześniej założenia badaczy nurtu psychodynamicznego (Krueger,

2002; Schier, 2009). Zakładana hipotetycznie stałość bezpiecznego stylu przywiązania w ciągu życia jest jednym z wyznaczników pozytywnego obrazu siebie, stosunku wobec własnej cielesności i odrębności, a we wczesnej dorosłości wyraża się w jakości nawiązywanych bliskich relacji, poczuciu satysfakcji z bliskości z drugim człowiekiem i akceptacji własnego ciała, co także wpływa na pozytywny stosunek do siebie i do innych ludzi, przez co poniekąd zapobiega wystąpieniu objawów depresji.

Wyniki badań własnych wykazały, że największy związek z nasileniem objawów depresji ma brak akceptacji własnej cielesności, co też potwierdza jedno z założeń, że negatywny obraz ciała kształtowany w okresie dorastania wpływa istotnie na pojawienie się zaburzeń depresyjnych, często utrzymujących się jeszcze w okresie wczesnej dorosłości (Harrington, Rutter, Fombonne, 1996). Mniejszy, choć istotny, wpływ na nasilenie objawów depresyjnych wykazał lękowo-ambiwalentny styl przywiązania⁸ oraz występowanie choroby psychicznej w rodzinie, co potwierdza założenia dotyczące mechanizmu powstawania depresji, to znaczy interakcji czynników biologicznych oraz psychospołecznych w postaci rozwoju pozabezpiecznego stylu przywiązania (Bowlby, 1978, 1980; Greszta, 2006; Łoś, 2010; Radziwiłłowicz, 2010).

Wynik dotyczący występowania zaburzeń psychicznych w rodzinie wymaga omówienia w kontekście badań nad rodzinną transmisją objawów psychopatologicznych, wpływem zaburzeń rodzicielskich (lub u rodzeństwa czy innych bliskich) na rozwój emocjonalny. Niniejsze badania nie dotyczyły bezpośrednio konkretnej diagnozy, choć konsekwentnie w badaniach nad młodzieżą i młodymi dorosłymi wymieniana jest choroba alkoholowa lub zaburzenia afektywne u jednego bądź obojga rodziców. Jak wiadomo, dzieci depresyjnych matek charakteryzują się większym ryzykiem wystąpienia depresji i szerokiego zakresu problemów zachowania (Hammen, 1988; Broidy i in., 2003). Ponadto poziom psychologicznej adaptacji dzieci depresyjnych rodziców jest podobny do dzieci rodziców z chorobą alkoholową (Chassin i in., 1999; Broidy i in., 2003).

Dzieci, które mają rodziców z uzależnieniem od alkoholu i/lub depresją, doświadczają najprawdopodobniej interakcji efektów genetycznych i środowiskowych. Interesujące badania – bez podziału na grupę kliniczną (z rozpoznaniem depresji) i kontrolną – dowiodły, że występowanie u ojca psychopatologii, spostrzeganie go jako odrzucającego i niedostępnego emocjonalnie (co może znacząco przyczyniać się do ukształtowania się lękowo-ambiwalentnego stylu przywiązania u córki oraz braku akceptacji przez nią własnej cielesności) oraz zaburzeń nastroju u matki są predyktorem nasilenia symptomatologii depresyjnej u dziewcząt (Demidenko, 2008).

Dość zaskakujący wynik badania dotyczy braku istotnego wpływu BMI na nasilenie objawów depresji, jak również sprawdzoną w dodatkowej analizie siłę Ja cielesnego, co może wskazywać na większy wpływ procesów psychicznych na postrzeganie, doświadczanie i zadowolenie z własnego ciała. Można przypuszczać, że tym, co decyduje o negatywnym obrazie ciała, jest inny czynnik, który pośredniczy w relacji między przybieraniem tkanki tłuszczowej a obrazem ciała i nasileniem objawów depresyjnych. Okres adolescencji oraz wczesnej młodości są specyficzne dla ujawnienia się kształtowanej od narodzin postawy wobec siebie i własnego ciała (Kochan-Wójcik, Piskorz, 2010). Potrzeba bycia atrakcyjnym dla płci przeciwnej i otoczenia rówieśniczego może wzmacniać niezadowolenie z własnego ciała wśród dziewcząt, które pod wpływem przemian metaboliczno-hormonalnych nabierają masy tłuszczowej. W związku z tym szczególnie narażone na psychologiczne konsekwencje są dziewczęta wczesnie dojrzewające. Uzyskane w badaniach własnych słabe, ale istotne, związki między wiekiem wystąpienia *menarche* a akceptacją własnej cielesności i ekspozycją kobiecości zdają się potwierdzać powyższe tezy.

Przeprowadzone badania mają różne ograniczenia. Wyniki uzyskane w niniejszym badaniu wyjaśniają po części mechanizm występowania objawów depresji u kobiet w okresie wczesnej młodości, jednakże aby zbadać dogłębnie problematykę przedstawioną we wstępie artykułu

oraz móc przesądzać o związkach przyczynowo-skutkowych, które uzupełniłyby dane dotyczące obrazu klinicznego depresji oraz stworzyłyby możliwość zapobiegania zaburzeniom depresyjnym, należałoby przeprowadzić badania longitudinalne uwzględniające zmienność mierzonych parametrów w czasie. W kontekście tych badań ważne jest także podjęcie próby ustalenia wpływu okresu wczesnodziecięcego i okresu dorastania na kształtowanie się obrazu ciała oraz zastosowanie obiektywnego pomiaru wagi i wzrostu ciała, zbadanie postaw rodzicielskich oraz, co najważniejsze, prześledzenie na bieżąco zmian biologicznych i społeczno-emocjonalnych zachodzących w okresie dorastania i wczesnej młodości, oraz dokonywanie pomiarów zmiennych w poszczególnych etapach rozwoju.

Uwzględnione w modelu zmienne wyjaśniają 47% zmienności objawów depresyjnych, zatem należy wskazać inne czynniki, które nie zostały ujęte w badaniu własnym. Analizę wielu czynników rozwojowych, w tym biologicznych, indywidualnych, rodzinnych i środowiskowych, zawiera model integracyjny (McCauley, Pavlidis, Kendall, 2001), który scala teorię przywiązania z podejściem poznawczym i systemowym. Potwierdza on wieloczynnikowość patogenezy

depresji, zespalać dotychczasowe koncepcje i badania oraz ukazuje mechanizm sprzężenia zwrotnego między wieloma badanymi zmiennymi. Zrozumienie indywidualnych, biologicznych i społecznych interakcji wyznaczających zarówno adaptacyjne, jak i dezadaptacyjne wzorce zachowania, ze szczególnym uwzględnieniem czynników predysponujących oraz podtrzymujących daną formę psychopatologii, stanowić może punkt wyjścia konstruowania adekwatnych programów interwencyjnych, profilaktycznych oraz terapeutycznych.

Na podstawie badań własnych można sformułować następujące wnioski:

- między wiekiem wystąpienia pierwszej miesiączki a poziomem akceptacji cielesności oraz eksponowania kobiecości istnieją istotne, choć słabe związki,
- umiarkowane powiązania istnieją między wiekiem wystąpienia pierwszej miesiączki a nasileniem objawów depresyjnych oraz między siłą Ja cielesnego a nasileniem objawów depresyjnych oraz stylami przywiązania,
- predyktorami nasilenia objawów depresji są: niska akceptacja cielesności, lękowo-ambivalentny styl przywiązania oraz występowanie choroby psychicznej w rodzinie.

PRZYPISY

¹ Zagadnienie depresji młodzieńczej oraz tworzenie teoretycznego podłoża dla mechanizmu jej powstawania stanowią problematykę badań naukowców od lat 70. ubiegłego wieku. Modelem najpełniej wyjaśniającym etiopatogenezę depresji młodzieńczej jest model interakcyjny, który zakłada, że pojawienie się depresji jest uwarunkowane wystąpieniem dużej liczby stresorów (co charakteryzuje proces dojrzewania, w szczególności przyspieszony) oraz podatnością: biologiczną, poznawczą i emocjonalno-społeczną, kształtowaną jeszcze przed wystąpieniem okresu pubertacji (McCauley, Pavlidis, Kendall, 2001; Hyde, Mezulis, Abramson, 2008).

² Istotną rolę w aktywizacji osi podwzgórze–przysadka–gonady odgrywa zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie. Związek przyczynowo-skutkowy może zatem mieć również odwrotny kierunek, gdyż dziewczęta o obfitej tkance tłuszczowej dojrzewają wcześniej (Wolański, 1982), a rozpoczęcie dojrzewania warunkowane jest osiągnięciem krytycznej masy ciała (48 kg wśród dziewcząt) i odpowiedniej ilości tkanki tłuszczowej. Potwierdzają to zarówno badania przeprowadzone wśród baletnic (Warren, 1980) i atletek (Frish i in., 1981), które przez wczesne rozpoczęcie treningu, a w konsekwencji niski poziom tkanki tłuszczowej, miały opóźniony wiek wystąpienia *menarche* (pięć miesięcy opóźnienia / rok treningu), jak i badania nad hormonami (leptyną) zawartymi w tkance tłuszczowej, stymulującymi podwzgórze do produkcji GnRH i przysadkę do produkcji hormonów tropowych (za: Kimmel, Weiner, 1995).

³ Styl lękowo-ambivalentny u dorosłych osób charakteryzuje się zamartwianiem się o swoją przyszłość i bliski związek. Często takie osoby są zazdrosne o swojego partnera, pragną całkowitej jedności z part-

nerem, nie są pewne, czy partner odwzajemnia ich uczucia, odczuwają stale lęk przed innymi ludźmi, są nieufne, podejrzliwe, ich uczucia wobec partnera są ambiwalentne. Mogą mieć one trudności w tworzeniu bliskiego związku opartego na zaufaniu, dążeniu do podobnych celów, doświadczaniu intymności, poczucia samorealizacji (Thompson, Flood, Lundquist, 1995).

BIBLIOGRAFIA

- Angold A., Costello E.J., Erkanli A., Worthman C.M. (1999), Pubertal Changes in Hormone Levels and Depression in Girls. *Psychological Medicine*, 29, 5, 1043–1053.
- Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. (1961), An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Bowlby J. (1978), Attachment Theory and its Therapeutic Implications. *Adolescent Psychiatry*, 6, 5–33.
- Bowlby J. (1980), *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss, Sadness and Depression*. New York: Basic Books.
- Broidy L.M., Nagin D.S., Tremblay R.E., Bates J.E., Brame B., Dodge K.A., Fergusson D., Horwood J.L., Loeber R., Laird R., Lynam D.R., Moffitt T.E., Pettit G.S., Vitaro F. (2003), Developmental Trajectories of Childhood Disruptive Behaviors and Adolescent Delinquency: A Six-Site, Cross-National Study. *Developmental Psychology*, 39, 2, 222–245.
- Brooks-Gunn J., Warren M.P. (1989), Biological and Social Contributions to Negative Affect in Young Adolescent Girls. *Child Development*, 60, 1, 40–55.
- Brytek-Matera A. (2008), *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Difin.
- Chassin L., Pitts S.C., DeLucia C., Todd M. (1999), A Longitudinal Study of Children of Alcoholics: Predicting Young Adult Substance Abuse, Anxiety, and Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 1, 106–119.
- Demidenko N. (2008), Father–Daughter Interactional Patterns Associated with Adolescent Depression: An Examination of Attachment and Communication Within The Dyad, *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68, 10-B, 6958.
- Erikson E.H. (1997), *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Ge X., Conger R.D., Elder G.H. (2001), Pubertal Transition, Stressful Life Events, and the Emergence of Gender Differences in Adolescent Depressive Symptoms. *Developmental Psychology*, 37, 3, 404–417.
- Ge X., Natsuaki M.N. (2009), In Search of Explanations for Early Pubertal Timing Effects on Developmental Psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 6, 327–331.
- Głębocka A. (2009), *Niezadowolone z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Goodyer I.M., Herbert J., Tamplin A., Altham P.M.E. (2000), Recent Life Events, Cortisol, Dehydroepiandrosterone and the Onset of Major Depression in High-Risk Adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 177, 499–504.
- Graber J.A., Seeley J.R., Brooks-Gunn J., Lewinsohn P.M. (2004), Is Pubertal Timing Associated with Psychopathology in Young Adulthood? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 6, 718–726.
- Granger D.A., Shirtcliff E.A., Zahn-Waxler C., Usher B., Klimes-Dougan B., Hastings P. (2003), Salivary Testosterone Diurnal Variation and Psychopathology in Adolescent Males and Females: Individual Differences and Developmental Effects. *Development and Psychopathology*, 15, 2, 431–449.
- Greszta E. (2006), *Depresja wieku dorastania*. Warszawa: Academica.
- Hammen C. (1988), Self-Cognitions, Stressful Events, and the Prediction of Depression in Children of Depressed Mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 347–360.
- Harrington R., Rutter M., Fombonne E. (1996), Developmental Pathways in Depression: Multiple Meanings, Antecedents, and Endpoints. *Development and Psychopathology*, 8, 4, 601–616.
- Hyde J.S., Mezulis A.H., Abramson L.Y. (2008), The Abcs of Depression: Integrating Affective, Biological, and Cognitive Models to Explain the Emergence of the Gender Difference in Depression. *Psychological Review*, 115, 2, 291–313.
- Kimmel D.C., Weiner I.B. (1995), *Adolescence: A Developmental Transition*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Kochan-Wójcik M., Piskorz J. (2010), Zmiany w zakresie postrzegania i oceny własnego ciała wśród kobiet od okresu dojrzewania do dorosłości. *Psychologia Rozwojowa*, 15, 3, 21–32.
- Krueger D.W. (2002), Psychodynamic Perspectives On Body Image. W: T.F. Cash, T. Pruzinsky (eds.), *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*, 30–37. New York, London: The Guilford Press.
- Łoś Z. (2010), Dyskusyjnie o klasyfikacji i pomiarze wzorców przywiązania. *Psychologia Rozwojowa*, 15, 2, 61–75.
- Marchwicki P. (2004), Style przywiązania a postawy rodzicielskie – doniesienie z badań. *Roczniki Psychologiczne*, 7, 2, 81–103.
- McCauley E., Pavlidis K., Kendall K. (2001), Developmental Precursors of Depression: The Child and The Social Environment. W: *The Depressed Child and Adolescent*, I.M. Goodyer (eds.), 46–78. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mendle J., Harden K.P., Brooks-Gunn J., Graber J. (2010), Development's Tortoise and Hare: Pubertal Timing, Pubertal Tempo, and Depressive Symptoms in Boys and Girls. *Developmental Psychology*, 46, 5, 1341–1353.
- Mirucka B. (2005), Kwestionariusz Ja Cieleśnego (Skala J–C). *Przegląd Psychologiczny*, 48, 3, 313–329.
- Nottelmann E.D., Susman E.J., Inoff-Germain G., Cutler Jr G.B., Loriaux D.L., Chrousos G.P. (1987), Developmental Processes in Early Adolescence: Relationships Between Adolescent Adjustment Problems and Chronologic Age, Pubertal Stage, And Puberty – Related Serum Hormone Levels. *Journal of Pediatrics*, 110, 3, 473–480.
- Parnowski T., Jernajczyk W. (1977), Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatria Polska*, 11, 4, 417–425.
- Pułtorak M. (1982), Dojrzewanie płciowe dziewcząt. W: A. Jaczewski, B. Woynarowska (red.), *Dojrzewanie*, 60–74. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Radziwiłłowicz W. (2010), *Depresja u dzieci i młodzieży. Analiza systemu rodzinnego – ujęcie kliniczne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Rieder J., Coupey S.M. (1999), Update on Pubertal Development. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 11, 5, 457–462.
- Sakson-Obada O. (2008), Rozwój Ja Cieleśnego w kontekście wczesnej relacji z opiekunem. *Roczniki Psychologiczne*, 11, 2, 27–41.
- Schier K. (2009), *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Stice E., Presnell K., Bearman S.K. (2001), Relation of Early Menarche to Depression, Eating Disorders, Substance Abuse, and Comorbid Psychopathology Among Adolescent Girls. *Developmental Psychology*, 37, 5, 608–619.
- Sumiła A., Pakalska-Korcala A., Pyrzanowska-Sumiła J. (2015), Okres dorastania – wybrane zagadnienia endokrynologiczne a obraz psychopatologiczny zaburzeń. W: W. Radziwiłłowicz, A. Jarmołowska (red.), *Adolescencja – wybrane zagadnienia kliniczne i terapeutyczne*, 19–30. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Thompson R.A., Flood M.F., Lundquist L. (1995), Emotional Regulation: Its Relations to Attachment and Developmental Psychopathology. W: D. Cicchetti, S.L. Toth (eds.), *Emotion, Cognition, and Representation*, 261–299. Rochester–New York: University of Rochester Press.
- Wolański N. (1982), Dojrzewanie jako etap w rozwoju osobniczym człowieka. W: A. Jaczewski, B. Woynarowska (red.), *Dojrzewanie*, 12–50. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.