

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Wydział Nauk Społecznych

Instytut Psychologii

Mariusz Woźny

Nr albumu 121290

**Poznawcze strategie regulacji emocji i wsparcie społeczne  
a symptomy depresji.**

**Badanie młodzieży zdrowej i hospitalizowanej**

Rozprawa doktorska  
przygotowana pod kierunkiem  
dr hab. Małgorzaty Sobol  
dr hab. Marii Oleś, prof. KUL

Lublin, 2021

## Spis treści

Streszczenie .....	4
Summary .....	5
Wstęp.....	6
Rozdział I Specyfika okresu adolescencji .....	8
1.1. Ogólna charakterystyka okresu dojrzewania .....	8
1.2. Rozwój poznawczy w adolescencji .....	12
1.3. Rozwój społeczny w adolescencji .....	12
1.4. Rozwój emocjonalny w adolescencji .....	15
Rozdział II Regulacja emocji .....	18
2.1. Sposoby regulacji emocji .....	18
2.2. Poznawcze strategie regulacji emocji.....	21
2.3. Regulacja emocji w okresie adolescencji .....	22
Rozdział III Wsparcie społeczne.....	29
3.1. Znaczenie poczucia wsparcia społecznego.....	29
3.2. Rodzaje wsparcia społecznego .....	30
3.3. Źródła wsparcia .....	32
3.4. Modele wyjaśniające funkcjonowanie wsparcia społecznego.....	34
Rozdział IV Symptomy depresji .....	36
4.1. Charakterystyka symptomów depresji.....	36
4.2. Modele wyjaśniające depresję .....	40
4.2.1. Model biologiczny.....	40
4.2.2. Psychodynamiczne rozumienie depresji .....	41
4.2.3. Depresja w podejściu poznawczo - behawioralnym .....	43
4.3. Sytuacje trudne a symptomy depresji .....	47
Rozdział V Hospitalizacja jako sytuacja trudna.....	50
Rozdział VI Przegląd badań dotyczących zależności między regulacją emocji, poczuciem wsparcia i symptomami depresji u młodzieży .....	53
Rozdział VII Metodologia badań własnych .....	61
Cel pracy .....	61
Problem badawczy .....	61
Hipotezy badawcze .....	62
Charakterystyka badanych osób.....	63

Narzędzia badawcze .....	65
Procedura badawcza .....	68
Rozdział VIII Analiza wyników badań własnych.....	69
Rozdział IX Dyskusja.....	83
Literatura .....	89
Załączniki .....	136

## Streszczenie

Celem prezentowanej pracy była analiza relacji jakie zachodzą pomiędzy poznawczymi strategiami regulacji emocji, spostrzeganym wsparciem społecznym i symptomami depresji u adolescentów zdrowych i hospitalizowanych na oddziale ortopedii. Kontrolowano również poziom lęku stanu i cechy. Uczestnikami badania była grupa adolescentów  $N = 481$ , wśród nich 275 dziewcząt i 206 chłopców. Grupa adolescentów zdrowych składała się z 351 osób, w wieku od 12 do 16 lat, natomiast w grupie hospitalizowanej znalazło się 130 osób 74 dziewcząt i 56 chłopców w wieku od 12 do 17 lat i były to osoby przebywające na oddziale ortopedycznym. Do pomiaru analizowanych zmiennych zastosowano następujące kwestionariusze: Kwestionariusz Poznawczych Strategii Regulacji Emocji, Inwentarz Depresji Dziecięcej, Wielowymiarową Skalę Spostrzeganego Wsparcia Społecznego oraz Inwentarz Stanu i Cechy Lęku.

Najczęściej stosowaną poznawczą strategią regulacji emocji w przypadku zdrowych adolescentów była strategia polegająca na planowaniu, natomiast najrzadziej adolescentzi zdrowi posługiwali się strategią obwiniania innych. Z kolei adolescentzi hospitalizowani najczęściej posługiwali się strategią stwarzania perspektywy, zaś strategią, której adolescentzi hospitalizowani używali najrzadziej, była strategia obwiniania innych. W grupie adolescentów hospitalizowanych dodatni związek poznawczej strategii rumiancji z symptomami depresji był znacznie mocniejszy niż w grupie adolescentów zdrowych. Zauważono również pośredni wpływ spostrzeganego wsparcia społecznego ze strony rodziny na symptomy depresji poprzez pozytywne prze wartościowanie i strategię planowania u adolescentów zdrowych.

Niniejsze badania stanowią uzupełnienie prowadzonych dotychczas badań, wskazując na różnice między adolescentami zdrowymi i hospitalizowanymi w zakresie związku poznawczych strategii regulacji emocji i spostrzeganego wsparcia społecznego z symptomami depresji. Wyniki przeprowadzonych badań mogą znaleźć zastosowanie przy projektowaniu i opracowywaniu programów oraz działań profilaktycznych i terapeutycznych promujących zdrowie psychiczne wśród adolescentów.

## Summary

The aim of the present study was to analyze the relations of cognitive emotion regulation strategies and perceived social support to depressive symptoms in healthy and hospitalized adolescents. The level of the general tendency to experience anxiety and state anxiety were controlled for as covariates. The participants were healthy adolescents ( $N = 351$ , aged 12 to 16) and ones hospitalized in the orthopedic ward ( $N = 130$ , aged 12 to 17). We used the following measures: the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, the Children's Depression Inventory, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, and the State–Trait Anxiety Inventory for Children. In the group of hospitalized adolescents the positive relationship between rumination and depressive symptoms was significantly stronger than in the healthy group. There was the indirect effect of perceived social support on depressive symptoms through the positive reappraisal and planning strategies in healthy adolescents. The present study adds to the existing literature by showing differences between healthy and hospitalized adolescents in the associations of emotion regulation strategies and perceived family support with depressive symptoms. The presented results may find application in depression prevention programs for adolescents based on emotion regulation.

## Wstęp

Okres adolescencji to czas wielu dynamicznych zmian, z którymi musi się zmierzyć dorastający człowiek. Dużym wyzwaniem dla nastolatków są pojawiające się emocje i radzenie sobie z nimi, zwłaszcza w sytuacji przykrych doświadczeń życiowych, wśród których należy wyróżnić sytuacje związane z problemami zdrowotnymi, a w szczególności takie, które wymagają hospitalizacji. Hospitalizacja jest dla dojrzewającego człowieka dużym wyzwaniem, szczególnie wtedy gdy towarzyszy jej ból i skomplikowane zabiegi medyczne oraz ciągle obecna niepewność. Pacjenci poddani hospitalizacji muszą zmagać się z licznymi i różnymi stresorami, wśród których wyróżnia się konieczność przebywania w nieznanym otoczeniu, wśród nieznanych ludzi. Poza tym adolescent przeżywa dyskomfort spowodowany przez zakłócenie życia rodzinnego, społecznego i szkolnego oraz oddzielenie od przyjaciół i rówieśników (Stevens i wsp., 2010; Jamalimoghadam i wsp., 2019; Maor i Mitchem., 2020).

Trudne wydarzenia życiowe są bardzo często przyczyną pojawiających się symptomów depresyjnych. Badania nad deresją u adolescentów wskazują na dodatnie związki między doświadczeniem negatywnych zdarzeń, a symptomami depresji (Garnefski i wsp., 2001; Garnefski i wsp., 2003; Goldstein i wsp., 2020; Van Den Heuvel i wsp., 2020). W związku z powyższym ważne jest pytanie o to, jakie czynniki można uznać za ochronne w przypadku sytuacji, które mogą w sposób bezpośredni bądź pośredni przyczyniać się do pojawienia się symptomów depresji u adolescentów, a w dalszej kolejności do poważnych zaburzeń depresyjnych.

Analiza literatury podpowiada, że do czynników ochronnych można zaliczyć między innymi wsparcie społeczne oraz właściwe korzystanie z poznawczych strategii regulacji emocji. Przekonanie o tym, że jest się akceptowanym i cenionym w środowisku, w którym na co dzień człowiek żyje wzmacnia szacunek, dodaje pewności siebie, a także przyczynia się do skuteczności podejmowanych działań, które chronią przed pojawieniem się symptomów depresji. Model buforowania stresu zaproponowany przez Windle (1992) zakłada, że wsparcie społeczne łagodzi związek między stresującymi wydarzeniami życiowymi a symptomami depresji. Z kolei niedobory spostrzeganego wsparcia społecznego są predyktorami wzrostu symptomów depresji w okresie dojrzewania (Stice i Bearman 2001; Rubio i wsp., 2020; Monteiro i wsp., 2021).

Ważnym sposobem radzenia sobie z negatywnym nastrojem jest stosowanie poznawczych strategii regulacji emocji (Garnefski i Kraaij, 2018; McRae i Gross, 2020). Dzięki umiejętności regulacji emocji osoba może mieć wpływ na rodzaj i długość doświadczanych emocji. Wyniki badań pokazują związek między umiejętnością regulowania przeżywanych emocji, a zdrowiem psychicznym człowieka (Cai i wsp., 2017; Ludwig i wsp., 2019). Regulacja emocji jest również uważana za

konstrukt transgraniczny w leczeniu zaburzeń, między innymi zaburzeń depresyjnych (Lavender i wsp., 2015; Cludius i wsp., 2020).

Wiedza dotycząca sposobów radzenia sobie z trudnymi doświadczeniami wydaje się ważna przynajmniej z dwóch powodów. Po pierwsze, pomaga konkretnej osobie, która znalazła się w trudnym położeniu uporać się z negatywnymi emocjami, które zazwyczaj towarzyszą tym doświadczeniom, po drugie staje się drogowskazem dla osób, które zajmują się pomocą osobom z trudnymi przeżyciami. Dzięki wiedzy o sposobach regulacji emocji możliwe jest opracowywanie programów oraz działań profilaktycznych i terapeutycznych.

W tym kontekście rodzi się pytanie dotyczące tego, jaka jest zależność między stosowanymi strategiami regulacji emocji i spostrzeganym wsparciem społecznym, a symptomami depresji w codziennym życiu, oraz w sytuacji trudnej, jaką jest hospitalizacja? W celu odpowiedzi na powyższe pytanie zaprojektowano i wykonano badania wśród adolescentów zdrowych i hospitalizowanych na oddziałach ortopedycznych. Wyniki przeprowadzonych badań przedstawiono w niniejszej dysertacji, która składa się z dziewięciu rozdziałów. W pierwszym rozdziale rozprawy w ogólnym zarysie została przedstawiona specyfika okresu dojrzewania, omówiono między innymi specyfikę rozwoju społecznego i emocjonalnego adolescentów. W rozdziale drugim zaprezentowano sposoby regulacji emocji ze szczególnym uwzględnieniem poznawczych strategii regulacji emocji oraz ich specyfikę i rozwój w omawianym okresie. W trzecim rozdziale podjęto problem wsparcia społecznego, omówiono jego rodzaje i źródła, a także przedstawiono modele wyjaśniające funkcjonowanie wsparcia społecznego. Rozdział czwarty zawiera treści związane z symptomami depresji u adolescentów, oraz opisuje modele wyjaśniające pojawienie się depresji. W tym rozdziale znalazły się również informacje dotyczące sytuacji trudnych jakie mogą przeżywać adolescenty. W rozdziale piątym został opisany szczególny rodzaj sytuacji trudnej jaką jest hospitalizacja. Rozdział szósty zawiera prezentację dotychczasowych badań dotyczących zależności pomiędzy wsparciem społecznym, regulacją emocji a symptomami depresji u nastolatków. W rozdziale siódmym została zaprezentowana metodologia badań własnych. W dalszej kolejności opisana została badana grupa oraz scharakteryzowano narzędzia pomiaru: Kwestionariusz Poznawczych Strategii Regulacji Emocji, Inwentarz Depresji Dziecięcej CDI oraz Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego. Rozdział ósmy został poświęcony prezentacji uzyskanych wyników badań. Rozdział dziewiąty zawiera dyskusję otrzymanych wyników oraz podsumowanie.

## **Rozdział I Specyfika okresu adolescencji**

Adolescencja to okres życia pomiędzy dzieciństwem, a dorosłością w którym następuje między innymi przyspieszony rozwój fizyczny, a także dokonują się liczne zmiany psychologiczne oraz behawioralne. W adolescencji często pojawiają się nagłe i burzliwe przemiany obok tych które przebiegają stopniowo i w sposób niezauważalny. W rozdziale pierwszym zostanie zaprezentowana ogólna charakterystyka okresu adolescencji, ze szczególnym zwróceniem uwagi na rozwój poznawczy, społeczny i emocjonalny adolescentów.

### **1.1. Ogólna charakterystyka okresu dojrzewania**

Adolescencja to szczególnie pod wieloma względami okres rozwojowy, w którym dziecko przechodzi od zależności do dojrzałości i niezależności (Gurba, 2013; Amaral i wsp., 2015; Contini, 2015; Villanueva i wsp., 2020). Obok terminu adolescent, używa się również terminów: nastolatek (Paczkowska, 2019), czy po prostu młodzież (Bakiera, 2009; Matysek-Nawrocka, 2020). W wielu społeczeństwach okres dojrzewania jest bardzo wąsko rozumiany jako czas, w którym dokonują się zmiany fizyczne, których kulminacją jest dojrzałość reprodukcyjna. Z kolei inne społeczeństwa na adolescencję patrzą poprzez szerokie spektrum, obejmujące nie tylko sferę fizyczną człowieka, ale także aspekty psychologiczne, społeczne czy też moralne. W okresie dojrzewania, osoba przechodzi niesamowity rozwój fizyczny, intelektualny oraz emocjonalny. Adolescencja, czas dojrzewania, jest wielkim wezwaniem zarówno dla osoby, która podlega wspomnianym zmianom, jak też dla osób bezpośrednio związanych z adolescentami w szczególności dla rodziców, opiekunów, nauczycieli, lekarzy (Kandola i wsp., 2020).

Trudno o jedną wyczerpującą definicję adolescencji. Eksperci zgadzają się tylko co do tego, że jest to okres przejściowy między dzieciństwem a dorosłością. Koncepcja adolescencji jako okresu przejściowego pomiędzy dzieciństwem a dorosłością znalazła się w psychologii rozwojowej za sprawą Stanleya Halla, który użył tego terminu na określenie młodzieńczych pragnień zmierzających do indywidualności (Hall, 1904). Poza tym definicja i doświadczenie okresu dojrzewania znacznie różnią się zwłaszcza między kulturami i płciami. Z biologicznego punktu widzenia adolescencja to okres rozwoju, który rozciąga się od początku dojrzewania do ustania wzrostu, pod względem poznawczym koniec okresu dojrzewania definiowany jest przez zdolność rozumowania i myślenia abstrakcyjnego, natomiast społecznie okres dojrzewania to czas, w którym młodzi ludzie zaczynają przyjmować role dorosłych (Ziapour i wsp., 2020).

Dorastanie jest złożonym, procesem obejmującym przejście od niedojrzałości i społecznej zależności okresu dzieciństwa do dorosłego życia, którego celem i oczekiwaniem jest zdobycie osobistej sprawności i społecznej odpowiedzialności (Steinberg, 2002; Greenfield

i Subrahmanyam, 2003). Jest to okres dynamicznych zmian, które zachodzą równocześnie w wielu obszarach funkcjonowania człowieka (Oleszkowicz i Senejko, 2011; Curtis, 2015). Wspomniane zmiany dotyczą między innymi funkcjonowania fizjologicznego, a także funkcjonowania w sferze intelektualnej, uczuciowej, wolitywnej, aż po sferę zainteresowań czy kontaktów społecznych i rodzinnych. Długość trwania adolescencji oraz tempo zachodzących przemian w poszczególnych obszarach są uzależnione od wielu czynników, wśród których wymienia się między innymi uwarunkowania dziedziczne oraz środowiskowe.

Trudno ustalić ostre granice adolescencji. Najłatwiej rozpoznawalną cechą dojrzewania jest pokwitaniowa metamorfoza, która powoduje widoczną przemianę „dziecka” w „dorosłego”. Przy czym wzrost fizyczny i dojrzewanie płciowe rozpoczynają się i rozwijają ze znaczną zmiennością pod wpływem różnych czynników, w tym płci, rasy, masy ciała, a także uwarunkowań środowiskowych oraz ogólnego stanu zdrowia (APA, 2002; Styne, 2004; Stienberg, 2014). Oryginalna koncepcja dorastania Halla (1904) obejmowała obie płcie w wieku od 14 do 24 lat. Nowsze definicje okresu dojrzewania różnią się w zależności od źródła (APA, 2002). Dla przykładu w 1995 roku Towarzystwo Medycyny Młodzieży *Society for Adolescent Medicine* (SAM) opublikowało stanowisko w sprawie badań dotyczących zdrowia nastolatków definiując jednocześnie okres dojrzewania jako wiek od 10 do 25 lat. Z kolei Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP) mówiąc o okresie dojrzewania lokuje go pomiędzy 11 a 21 rokiem życia (AAP, 2015). Natomiast Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) używa trzech terminów: „adolescents” i widzi w nim osoby w wieku od 10 do 19 lat, „youth” dla osób pomiędzy 15 i 24 rokiem życia, oraz „young people” dla osób od 10 do 24 roku życia (Blum i Nelson-Mmari, 2004; WHO, 2015). W wielu społeczeństwach dojrzewanie utożsamiane jest z cyklem fizycznych zmian zakończonych dojrzałością reprodukcyjną. W tych społeczeństwach termin adolescencja zwykle odnosi się do okresu między 12 a 20 rokiem życia i jest równoznaczny terminowi dojrzewanie „teens” (Csikszentmihalyi, 2000; Céspedes-Knadle i Muñoz, 2011). Colman mówi o adolescencji jako okresie przejściowym pomiędzy dzieciństwem a dorosłością, który rozpoczyna się wraz z pojawieniem się trzeciorzędowych cech płciowych, zazwyczaj pomiędzy jedenastym a trzynastym rokiem życia i trwa do osiągnięcia dojrzałości, zwykle do 18 roku życia (Colman, 2009).

Kielar-Turska (2000), o okresie dorastania mówi, że jest to przede wszystkim etap wielorakich transformacji. Oczywiście między osobami w wieku od 10 do 25 lat istnieje ogromna rozbieżność rozwojowa, dlatego okres dojrzewania jest generalnie dzielony na podetapy. Oleszkowicz i Senejko (2011, 2013) okres adolescencji dzielą na dwa podokresy. Pierwszy nazywany „wczesną adolescencją”, który przypada na 10-16 rok życia, drugi natomiast nazywany „wiekiem młodzieńczym” pomiędzy 17/20 a 23 rokiem życia. Obuchowska (2000) podejmując zagadnienie adolescencji mówi o okresie pomiędzy 10 a 20 rokiem życia. W tym okresie osoba

uzyskuje dwie ważne zdolności z uwagi na dalszy rozwój. Pierwsza z nich to zdolność do dawania nowego życia, natomiast ta druga, to zdolność do samodzielnego kształtowania własnego życia. Te dwie zdolności rozwijają się w różnym czasie. Przyjmuje się jednak, że rozdziela je w przybliżeniu 16 rok życia tworząc w ten sposób dwie fazy adolescencji. Faza pierwsza nazywana jest wczesną adolescencją, przeddorastaniem, lub też wiekiem dorastania, na określenie tego etapu życia używa się również określenia faza poczwarki. Faza druga nazywana jest fazą dojrzewania właściwego, późnej adolescencji lub też zamiennie wiekiem młodzieńczym czy fazą motyla. Neinstein (2009), Ferrari i współpracownicy (2018) wyróżnili okres adolescencji wczesnej od 10 do 13 lat, średni okres dojrzewania od około 14 do 16 roku życia, oraz późny okres dojrzewania od około 17 do 21 roku życia. Inni badacze dzielą okres dorastania na wczesną adolescencję okres od 10 do 14 lat, późną adolescencję od 15 do 19 roku życia i wczesną dorosłość, od 20 do 24 roku życia (Irwin, wsp., 2002).

W literaturze okres adolescencji bardzo często prezentowany jest jako czas naznaczony wieloma problemami, których doświadczają adolescenti, a także ich opiekunowie (Hejmanowski, 2005; Ziółkowska, 2005). Jest to ten etap w życiu, kiedy człowiek przejawia szczególną potrzebę manifestowania swojej niezależności, która przyjmuje postać buntu przeciwko rodzicom, autorytetom oraz obowiązującym normom i zasadom. Bardzo ważną potrzebą tego okresu rozwojowego jest potrzeba akceptacji przez rówieśników (Sinton i Birch, 2006; Wouters i wsp., 2010; Salvy i wsp., 2017). W okresie adolescencji pojawia się tendencja do okazywania negatywizmu, którego przyczyną jest przede wszystkim niezadowolenie wynikające z troski jaką wobec adolescenta okazują rodzice, nauczyciele i inni dorośli (Piotrowski i wsp., 2014). Wśród wielu form wyrażania negatywizmu zauważa się między innymi otwarte sprzeciwianie się wobec obowiązujących zasad, norm, reguł oraz uczestnictwo w subkulturach. Negatywizm może się również wyrażać poprzez izolowanie, ukrywanie przeżywanych problemów oraz ich źródeł, co często może być przyczyną odrzucenia adolescenta przez otoczenie (Piotrowski i wsp., 2014). Adolescencja to również czas, w którym młody człowiek jest szczególnie podatny na negatywne wzorce środowiska i stosunkowo łatwo przyjmuje zachowania szkodliwe (Gromadecka-Sutkiewicz i wsp., 2008; Sela i wsp., 2020).

Erikson zaznacza, że adolescencja jest czasem zdobywania nowej tożsamości, czyli swoistego systemu myślenia o sobie (Erikson, 1968, Lam i Tam, 2011). Jest to ważne zadanie rozwojowe, gdyż jak wskazują badania wyraźna i stabilna tożsamość czyni ludzi bardziej odpornymi, refleksyjnymi i autonomicznymi w podejmowaniu ważnych życiowych decyzji, wzmacniając jednocześnie poczucie kompetencji (Flum i Kaplan, 2006; Kroger i wsp. 2010). Pomimo tego, że rozwój tożsamości zachodzi właściwie przez całe życie, to w wieku dojrzewania osoba jest znacznie bardziej świadoma swojej zmieniającej się tożsamości niż na jakimkolwiek innym

etapie życia. W okresie adolescencji ludzie po raz pierwszy zaczynają myśleć również o tym, jak ich tożsamość może wpłynąć na ich przyszłe życie (Steinberg, 2008). Młody człowiek stawia sobie w tym czasie coraz bardziej świadome pytania dotyczące tego kim jest, kim może być oraz kim powinien być w przyszłości. Zastanawia się również nad tym jak wygląda w oczach innych ludzi w porównaniu z tym, co myśli o sobie (Musiał, 2007, Oleszkowicz i Senejko, 2011). Dziecko wkraczające w fazę dorastania wnosi pewne zręby tożsamości dziecięcej. Jednak nowe sytuacje, w których przychodzi mu żyć sprawiają, że dotychczasowa jego tożsamość, tożsamość dziecka zostaje zakwestionowana, a wyniesione z wcześniejszych okresów identyfikacje muszą zostać na nowo przepracowane. Nie jest to proste zadanie chociażby z tego powodu, że adolescent znajdujący się w nowej sytuacji może się czuć nieco zagubiony, a nawet przez wielu odrącony (Musiał, 2007; Chávez, 2016). Adolescent może przeżywać wewnętrzne dylematy, nie ma bowiem jeszcze pewności, kim chciałby być, nie ma sprecyzowanych planów na przyszłość i jednocześnie nie chce już być tym, kim jest czy też kim był dotychczas. Kryzys tożsamości adolescenta może być bardzo trudny do przeżycia, szczególnie wtedy gdy poprzedzające go okresy rozwojowe, nie zostały rozwiązane pozytywnie. W takiej sytuacji dojrzewający człowiek chcąc ukształtować tożsamość jest zmuszony do zmierzenia się z nierozwiązanymi wcześniej konfliktami (Musiał, 2007; Chávez, 2016).

Adolescencja to okres, w którym człowiek po raz pierwszy uświadamia sobie zjawisko upływającego czasu. To spostrzeżenie sprawia, że adolescenti przenoszą znaczną część uwagi z terażniejszości na przyszłość, która staje się dla nich coraz bardziej realistyczna. Badania pokazują, że adolescenti, których cechuje pozytywna orientacja przyszłościowa, związana między innymi z edukacją oraz przyszłym życiem rzadziej niż ich rówieśnicy, którzy koncentrują się raczej na terażniejszości przejawiają zachowania, które można określić mianem nieadaptacyjnych, jak na przykład konflikty z rodzicami, bójkę czy handel środkami psychoaktywnymi (Chen i Vazsonyi, 2011; Piotrowski i wsp., 2014).

Rozbudowane plany życiowe, które snują adolescenti, ale także ich młodzieńcze marzenia z czasem mogą pełnić rolę kompensacji lub ucieczki wobec sytuacji trudnych (Bakiera, 2009). Młodzież często również nadmiernie idealizuje przyszłość, co w literaturze przedmiotu znalazło określenie idealizm antycypacyjny (Gurba, 2013). Ten idealizm antycypacyjny to pewnego rodzaju konstrukcja umysłowa pozwalająca wyobrazić sobie, jak w odczuciu młodego dorastającego człowieka powinien wyglądać świat, relacje międzyludzkie, jak powinna wyglądać rzeczywistość, w której przychodzi mu żyć. Trzeba przy tym zaznaczyć, że ów idealizm młodzieńczy cechuje się naiwnością, szczerością oraz krótkotrwałymi wzniosłymi uczuciami (Gurba, 2013). Nawrat w swoich badaniach wskazuje, że u młodzieży ujawniają się dwa typy orientacji na przyszłość. Orientacja lękowa, którą cechuje skupianie się młodego człowieka na teraż-

niejszości. Adolescenci, których cechuje taka postawa z obawą spoglądają w przyszłość, stąd też pojawiają się u nich trudności z planowaniem jej. Druga orientacja jest zupełnie odmienna i nosi nazwę dążeńowej. Taka orientacja z kolei sprawia, że młody człowiek wykazuje pewien widoczny gołym okiem stopień niezależności zarówno co do poglądów jak i podejmowanych działań (Nawrat, 1981; Bakiera, 2009).

## **1.2.   Rozwój poznawczy w adolescencji**

Adolescencja jest czasem szybkiego rozwoju poznawczego. Rozwój poznawczy spowodowany jest nie tylko biologicznymi zmianami, które dokonują się w tym czasie w strukturach mózgu, ale także związane jest to ze wzrostem doświadczenia, wiedzy, a także zmieniającymi się wymaganiami ze strony społeczeństwa. Dość łatwo zauważalna dla postronnego obserwatora zmiana rozwojowa w okresie dorastania, zwłaszcza we wczesnej jego fazie, odnosi się do sposobów myślenia i rozwiązywania problemów. Adolescenci zaczynają posługiwać się nieznanymi dotąd pojęciami abstrakcyjnymi, takimi jak prawda, miłość, a także rozważać i analizować sytuacje trudne, z różnych punktów widzenia. Nowa sprawność, której nabywają pozwala im częściej niż w okresie dzieciństwa i jednocześnie z większym zaangażowaniem dyskutować z rodzicami na różne tematy, pojawia się potrzeba poszukiwania racjonalnych wyjaśnień dla zasad, które wcześniej bezkrytycznie przyjmowali i akceptowali (Oleszkowicz i Senejko, 2011; Piotrowski i wsp., 2014).

Zdaniem Jeana Piageta zmiany zasadnicze jakie dokonują się w rozwoju poznawczym adolescentów są związane z przejściem od myślenia konkretno-operacyjnego, które jest związane z okresem wczesnoszkolnym do myślenia formalnego (Piaget, 1966, Piaget i Inhelder, 1967). Taki sposób myślenia umożliwia młodemu człowiekowi wnikanie w sedno przeżywanych problemów, sytuacji trudnych oraz stawianie dociekliwych pytań (Obuchowska, 2000). W okresie adolescencji pojawia się i rozwija myślenie probabilistyczne. Nastolatek stawia pytania typu „co by było, gdyby”. Dzięki opanowaniu umiejętności operacji formalnych, adolescenti na ogół są zdolni do refleksji, które dotyczą ich własnego działania a także ich własnych procesów intelektualnych (Bakiera, 2009).

## **1.3.   Rozwój społeczny w adolescencji**

Rozwój społeczny adolescentów najlepiej rozpatrywać w kontekstach, w których się odbywa, to znaczy odnosząc go do rówieśników, rodziny oraz szkoły. Poprzez rozwój społeczny rozumie się między innymi wielorakie zmiany dokonujące się w człowieku stymulowane przez oddziaływanie otoczenia (Andrews i wsp., 2020; Crone i wsp., 2020) Wspomniane oddziaływania

społeczne sprawiają, że osoba nabywa szeroki wachlarz doświadczeń nazywanych umiejętnościami społecznymi, repertuarem behawioralnym, cechami społecznymi czy też wiedzą społeczną. Dzięki tym umiejętnościom adolescent staje się lepiej przygotowany do życia w społeczeństwie i gotowy do podejmowania różnorodnych ról społecznych (Trempała, 2000; Kowalik, 2004; Tyszkowa, 2006). Według definicji zaproponowanej przez Hurellmana (1994) rozwój społeczny, określane jest mianem socjalizacji, poprzez którą rozumie się „...proces, w toku którego istota ludzka, ze swoimi specyficznymi, biologicznymi i psychicznymi dyspozycjami, staje się dojrzałą społecznie jednostką, wyposażoną w dynamicznie podtrzymywane w okresie całego życia zdolności i umiejętności skutecznego działania w obrębie tak całego społeczeństwa, jak i w poszczególnych jego elementach” (Hurellmana, 1994, s. 16). W rozwoju społecznym okresu adolescencji zauważa się charakterystyczne działania adolescenta, które mają mu zapewnić osiągnięcie autonomii, niezależności emocjonalnej i ekonomicznej od rodziców oraz włączenie w otaczające go społeczeństwo, a także odnalezienie w nim swojego miejsca (Nelson i wsp., 2005; Oleszkowicz i Senejko, 2011; Sanders, 2013).

Jedną z najbardziej oczywistych zmian jakie dokonują się w okresie dojrzewania w sferze społecznej to ta, że centrum wokół którego obraca się świat nastolatka, przenosi się z rodziny na grupę rówieśniczą (Shanahan i wsp., 2007; Sanders, 2013). Relacje rodzinne przechodzą od zależności do niezależności (Güler i wsp., 2009). Należy jednak zauważyć, że mimo potrzeby uniezależnienia się od rodziców, rodzina ciągle jednak pozostaje dla młodego człowieka pierwszym miejscem kontaktów społecznych, tym samym oddziałuje w sposób znaczący na kształtowanie zachowań oraz osobowość adolescentów. Rodzice jako najbliżsi z otoczenia zaspokajają podstawowe potrzeby dorastających dzieci, jednak wraz z upływającym czasem wpływ rodziców na proces socjalizacji maleje. Ten spadek roli rodziców w procesie uspołecznienia jest powodowany wieloma czynnikami między innymi pojawiającymi się coraz częściej konfliktami, osłabieniem więzi emocjonalnych oraz upadkiem autorytetu rodzica. Źródło pojawiających się konfliktów tkwi między innymi w tym, że dorastający człowiek nie tylko szuka swojego miejsca w świecie, społeczeństwie, ale wchodzi w ten świat z planem reformowania go, co nie zawsze spotyka się z aprobatą rodziców. W średnim okresie dojrzewania około 15-17 roku konflikty adolescentów z rodzicami osiągają swoje apogeum (Gurba, 2013, Oleszkowicz i Senejko, 2013).

Dążąc do osiągnięcia statusu człowieka dorosłego i niezależności adolescenti poszukują sprzymierzeńców wśród swoich rówieśników, którzy dają im poczucie równości i przynależności (Obuchowska, 2000; Czerwińska-Jasiewicz, 2005; Rubin i wsp., 2006; Olechowicz i Senejko, 2013). Przyjaźń w wieku dorastania pełni istotne funkcje, wśród których wymienia się poczucie bezpieczeństwa, wzmacnianie poczucia własnej wartości i akceptacji (Obuchowska, 2000; Ladd i Troop-Gordon, 2003; Caldwell i wsp., 2004; Voile, 2010; Oleszkowicz i Senejko,

2013). Grupa rówieśnicza staje się także dla adolescentów źródłem informacji o świecie i o sobie (Santrock, 2001). W tym czasie, gdy adolescenti próbują uniezależnić się od swoich rodziców, rówieśnicy stają się dla nich również znaczącym źródłem wsparcia (Gorrese i Ruggieri, 2012), a przywiązanie do rówieśników w wielu sytuacjach zapewnia im akceptację i lepsze samopoczucie (Balluerka i wsp., 2013; Aritzeta i wsp., 2016; Gorrese, 2016).

Ważnym zagadnieniem dotyczącym okresu dorastania są kontakty z płcią przeciwną. Jest to związane z dojrzwaniem fizycznym, oraz określaniem swojej tożsamości płciowej. Erikson (1968) określa to mianem identyfikacji seksualnej oraz określeniem siebie pod kątem ról społecznych związanych z płcią (Czerwińska-Jasiewicz, 2005). Wyniki badań wskazują, że bardzo ważną wartością dla adolescentów jest miłość (Czerwińska-Jasiewicz, 2005; Ciecuch, 2007), a pierwsze związki uczuciowe w jakie wchodzi młodzież mają duże znaczenia dla rozwoju emocjonalnego, seksualnego oraz społecznego (Obuchowska, 2000; Oleszkowicz i Senejko, 2013).

Należy pamiętać również o tym, że zyski jakie adolescenti czerpią z przynależności do grupy rówieśniczej są niekiedy opłacane bardzo wysoką ceną, którą jest podporządkowanie się normom, zasadom i zwyczajom panującym w tych grupach. Konformizm może przynieść korzyść i stać się zasobem, w przypadku, gdy normy powszechnie akceptowane w społeczeństwie nie są obce poszczególnym członkom określonej grupy. Wówczas możemy mówić o tym, że grupa rówieśnicza sprzyja społecznemu rozwojowi adolescentów, pomaga w określeniu tożsamości czy też w rozwiązywaniu charakterystycznych problemów okresu dorastania (Czerwińska-Jasiewicz, 2005). Z drugiej strony przynależność do grup o charakterze społecznie nieakceptowanym stanowi zagrożenie. Do takich grup zalicza się grupy o charakterze przestępczym, czy też różnego rodzaju sekty. Istniejące badania wykazały, że przebywanie w niewłaściwym towarzystwie może nasilać dewiacyjne zachowania poprzez procesy wzmacniania społecznego (Dishion i wsp., 2011).

Jakość relacji z rówieśnikami zmienia się w okresie dojrzwania. Te jakościowe zmiany wynikają z większej dojrzałości poznawczej i emocjonalnej. Kiedy adolescenti stają się bardziej dojrzałymi emocjonalnie, ich relacje z rówieśnikami stają się bardziej ufne i bardziej intymne. Rozwój poznawczy umożliwia młodzieży lepsze rozumienie i przewidywanie pragnień, potrzeb i uczuć rówieśników.

Adolescenti rozwijają również większą zdolność do tworzenia silniejszych relacji z dorosłymi spoza swoich rodzin, którzy niejednokrotnie stają się dla nich mentorami w ważnych sprawach. Codzienne sytuacje wymagają również od adolescentów posługiwania się bardziej wyrafinowanymi umiejętnościami społecznymi, jak choćby umiejętność w nawiązywaniu współpracy

w celu wykonywania projektów grupowych lub zadań, uczenie się szacunku, który jest podstawą właściwych interakcji np. z nauczycielem czy trenerem.

#### **1.4.   Rozwój emocjonalny w adolescencji**

Adolescencja, to jak już wielokrotnie zostało wspomniane, czas wielu ważnych zmian, wśród których szczególne miejsce zajmują zmiany w obszarze emocji. Tym co na pierwszy rzut oka charakteryzuje adolescentów w zakresie funkcjonowania emocjonalnego to na pewno duża intensywność przeżywanych emocji. Kolejną cechą jest labilność emocjonalna oraz bezprzedmiotowość uczuć. W okresie dorastania dochodzi do osłabienia więzi emocjonalnej z rodzicami z jednoczesną potrzebą miłości i bycia potrzebnym, a także wzmożonych konfliktów oraz zaburzeń nastroju (Smetana i wsp., 2006; Spear, 2009, 2011; Dylawerska i Kuś, 2014).

Znaczący wpływ na rozwój emocji w okresie adolescencji mają między innymi zmiany, jakie dokonują się w sferze poznawczej, zmiany biologiczne w tym zmiany w gospodarce hormonalnej, a także zmiany związane z wymaganiami jakie adolescentom stawia środowisko (Eccles i Gootman, 2002; Rosenblum i Lewis, 2003). Rozwijające się zdolności poznawcze niosą za sobą szereg nowych doświadczeń, w tym również mają wpływ na doświadczenia emocjonalne, które mogą być wyzwalane przez abstrakcyjne idee, przewidywane przyszłe wydarzenia i przywoływanie wydarzeń z przeszłości (Rosenblum i Lewis, 2003). Wraz z rozwojem myślenia abstrakcyjnego, adolescenti nabywają umiejętności, które pozwalają im przewidywać i reagować na zmiany w stanach emocjonalnych innych osób. Ponadto rozwój poznawczy sprawia, że adolescenti w porównaniu z dziećmi są również bardziej zdolni do introspekcji i badania własnego życia emocjonalnego (Rosenblum i Lewis, 2003). Również zmiany biologiczne, a w szczególności zmiany hormonalne, które dokonują się w okresie dojrzewania mają duże znaczenie dla kształtowania się określonych stanów emocjonalnych. Zauważa się, że duża chwiejność emocjonalna, jest spowodowana zmiennością poziomu hormonów w organizmie adolescentów (Steinberg, 2005; Blakemore i wsp., 2010; Forbes i Dahl, 2010; Crone i Dahl, 2012; Peper i Dahl, 2013; Schweizer i wsp., 2020).

Teoretycy i badacze emocji proponują pewną taksonomię, która ułatwia identyfikację oraz klasyfikację doświadczenia emocjonalnego adolescentów (Berenbaum i wsp., 2003; Gross i Jazaieri, 2014). Wyróżniono cztery wymiary tego doświadczenia, wśród których znalazły się: częstotliwość, intensywność, niestabilność oraz wyrazistość (klarowność) emocji. Częstotliwość emocjonalna odnosi się do tego, ile razy dana osoba doświadcza określonej emocji w danym okresie (Larson i wsp., 1980; Larson i wsp., 2002). Intensywność emocjonalna to siła reakcji emocjonalnej (Larsen i Diener, 1987). Niestabilność emocjonalna to stopień, w jakim emocje zmieniają się w czasie (Larsen i Diener, 1987). Natomiast wyrazistość (klarowność), oznacza

stopień, w jakim ludzie mogą jednoznacznie identyfikować, etykietować i charakteryzować własne emocje (Gohm i Clore, 2000). Badania pokazują, że adolescenty w wieku 11-16 lat badani w okresie 24 godzin najczęściej doświadczają uczucia szczęścia, najrzadziej zaś drażliwości, złości i smutku (Meininger i wsp., 2004).

Adolescentów w porównaniu z osobami dorosłymi cechuje większa intensywność emocjonalna oraz niestabilność przeżywanych emocji. Schweizer i inni (2020) zauważyli, że adolescenty, którzy doświadczają więcej zmian afektu, charakteryzują się wyższym poziomem nastroju negatywnego, są bardziej wrażliwi na pozytywne, nagradzające doświadczenia, w porównaniu do osób dorosłych i dzieci. Warto zauważyć również, że większa intensywność przeżywanych emocji w okresie dojrzewania może pełnić rolę adaptacyjną, służąc osobom z otoczenia nastolatka jako społeczna wskazówka mówiąca o tym, że ktoś na przykład potrzebuje wsparcia (Lewis i Haviland-Jones, 2000; Klimes-Dougan i wsp., 2014).

Adolescenty w porównaniu z dziećmi posiadają stosunkowo dużo większą wiedzę i kompetencje dotyczące emocji. Rozwijają umiejętności rozumienia związków między emocjami, a sytuacjami, które je wywołują. Rozwój myślenia abstrakcyjnego adolescentów pozwala przewidywać i w odpowiedni sposób reagować na pojawiające się zmiany emocjonalne, osób z otoczenia adolescenta (Saarni i in., 2006).

Gdy chodzi o płeć zauważa się, że dorastające dziewczęta w porównaniu z chłopcami charakteryzują się większą intensywnością przeżywanych emocji, a także większą niestabilnością emocjonalną, w mniejszym stopniu niż chłopcy rozumieją również przeżywane emocje (Frost i wsp., 2015). Zauważone różnice w częstotliwości, intensywności oraz niestabilności emocjonalnej dorastających dziewcząt i chłopców można przynajmniej po części wyjaśnić zjawiskiem socjalizacji płci, które polega na tym, że dziewczęta już od najmłodszych lat są zachęcane do przeżywania i ekspolorowania swoich emocji podczas gdy chłopców zachęca się raczej do tego, by pojawiające się emocje tłumili i kontrolowali (Fivush i wsp., 2000). Dodatkowo istnieją dość dobrze udokumentowane różnice neuroanatomiczne między dziewczętami i chłopcami, jak choćby różnice w rozmiarze i funkcjonalności ciała migdałowatego, które mogą mieć wpływ na przeżycia emocjonalne (Blanton i wsp., 2010).

Dorastające dziewczęta, które charakteryzuje większa częstotliwość, intensywność oraz niestabilność przeżywanych emocji, są bardziej narażone na zaburzenia nastroju i lęku (Nolen-Hoeksema i Girgus, 1994). Oprócz zaburzeń nastroju i lęku, przeżycia emocjonalne są związane z czynnościami destrukcyjnymi, jak samookaleczenia, które występuje u 13–23% nastolatków (Klonsky, 2007; Nock, 2009) Intensywne przeżycia emocjonalne są także czynnikiem ryzyka samobójstw wśród adolescentów (Guan i wsp., 2012). Badania wskazują, że adolescenty są bar-

dzień skłonni do angażowania się w samookaleczanie, gdy wzrasta intensywność emocjonalna i niestabilność (Klonsky, 2007; Santangelo i wsp., 2017).

Rozwój emocji w wieku dorastania to trudna droga w kierunku dojrzałości emocjonalno-uczuciowej. To czas w którym dokonuje się zasadnicza zmiana polegająca na przejściu od poziomu niekontrolowalności emocji do świadomego i kontrolowanego ich przeżywania i wyrażania. Należy też pamiętać o tym, że pełnej dojrzałości emocjonalnej człowiek nie jest w stanie osiągnąć w okresie adolescencji, dokonuje się to w późniejszych etapach życia. Umiejętność kontrolowania emocji to ważna właściwość osoby niezbędna dla osiągnięcia skuteczności w działaniu, dobrego samopoczucia oraz podejmowania zadań w dorosłości (Mayer i Salovey, 1997; Ashkanasy i Ashton-James, 2006; Ashkanasy i wsp., 2014).

Podsumowując rozdział, który miał na celu przedstawienie w ogólnym zarysie specyfiki okresu adolescencji można powiedzieć, że zmiany rozwojowe, które zachodzą w okresie dojrzewania wymagają wzajemnej reorganizacji jednostki i kontekstu wpływającego na poznanie, emocje i relacje (Lerner i Castellino, 2002). Ta współzależna, indywidualna i kontekstualna ewolucja przedstawia wielosystemowe wyzwania stanowiące podstawę ryzyka, ale i szans jakie stają przed adolescentami (Steinberg, 2014; Giedd, 2015).

## Rozdział II Regulacja emocji

Emocje, które są codziennym towarzyszem człowieka należą do przeżyć ważnych i po- niekąd niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania, dostarczają bowiem informacji o potrze- bach, frustracjach, wskazują na to co jest dla osoby ważne, a także wpływają na motywację do działania (Frijda, 1988). Emocje również w znacznym stopniu kształtują jakość interakcji w ja- kie wchodzi człowiek z otaczającym go światem materialnym i społecznym. Czasem przeżywa- ne emocje pomagają nam w budowaniu tych relacji, natomiast innym razem mogą być balastem utrudniającym wzajemne współzycie.

Regulacja emocji odnosi się do wysiłków podejmowanych przez osobę, aby wpływać na emocje w taki sposób, który zwiększy szansę na to by były one pomocne, a nie szkodliwe (Thompson, 1994; Gross, 2001; Garnefski i wsp., 2001; Schore, 2003). Wielość artykułów, do- tyczających regulacji emocji świadczy o tym, że to ważny obszar tematu badań w psychologii. Te- mat regulacji emocji podejmowany jest w w kontekście psychologii poznawczej (Miller i wsp., 2014; De Vito i wsp., 2020), rozwojowej (Eisenberg, 2000; Thompson, 2011; Najal i Paley, 2020), społecznej (Goodman i wsp., 2020), przemysłowej i organizacji (Kemp i wsp., 2020), osobowości (Prentice i wsp., 2020), a także klinicznej (Aldao i wsp., 2010; Millgram i wsp., 2020), oraz zdrowia (DeSteno i wsp., 2013; Jentsch i Wolf, 2020). W niniejszym rozdziale zosta- ną zaprezentowane sposoby regulacji emocji ze szczególnym zwróceniem uwagi na strategie poznawcze oraz rozwój tych strategii w okresie adolescencji.

### 2.1. Sposoby regulacji emocji

Negatywne wydarzenia życiowe nie tylko utrudniają aktualne funkcjonowanie człowie- ka, ale mogą być również źródłem poważnych obciążeń towarzyszących przez całe życie (Gar- nefski i wsp., 2001). Dlatego też identyfikacja procesów, które chronią lub czynią ludzi bardziej podatnymi na skutki stresujących wydarzeń życiowych, wydaje się ważna i pomocna między innymi dla opracowywania programów profilaktycznych oraz interwencyjnych. Pobieżna obser- wacja ludzkich zachowań podpowiada, że człowiek jest nie tylko biernym odbiorcą emocjonal- nych doświadczeń, ale na różne sposoby stara się również skutecznie radzić sobie z tym co prze- żywa. Umiejętność kontrolowania emocji jest niezwykle pożądana dla optymalnego funkcyjno- wania w społeczeństwie (Aldao i wsp., 2015). Jak zauważa Błachnio i Przepiórka (2015, 2016) niski poziom stabilności emocjonalnej może być predyktorem uzależnienia od Facebooka. Osoby z niską samokontrolą emocjonalną, oraz zorientowane na emocje negatywne w przypadku kiedy doświadczają porażki również mogą mieć skłonność do nadmiernego korzystania z Faceboka (Błachnio i wsp., 2016).

Wspomnianą umiejętność kontrolowania pojawiających się stanów afektywnych nazywano regulacją emocji (Thompson, 1994). Od początku lat 90. XX wieku wzrosło zainteresowanie regulacją emocji, pojawiły się różne teorie dotyczące procesów regulacji emocji, z których największy wpływ miał model proceduralny regulacji emocji (Gross i John, 2003; John i Gross, 2004; Gross, 2015). W literaturze przedmiotu często spotkać można dwa zamiennie używane terminy na określenie opisywanych procesów; jeden z nich to radzenie sobie, a drugi to regulacja emocji. Należy jednak zaznaczyć, że w obu koncepcjach główną rolę odgrywają procesy regulacyjne. Z tym, że w przypadku radzenia sobie procesy regulacyjne zachodzą w odpowiedzi na zdarzenia stresujące natomiast w regulacji emocji procesy regulacyjne są odpowiedzią na obecność emocji (Gross i John, 2003; Compas i wsp., 2017; Khodami i Sheibani, 2019).

Można powiedzieć, że celem procesu regulacyjnego jest osiągnięcie optymalnego poziomu dynamiki emocji, czyli takiego, który ułatwi właściwe reagowanie na ciągle zmieniające się wymagania środowiska (Aldao, 2013). Dzięki sprawnej regulacji emocji osoba może w pewien sposób filtrować najważniejsze informacje, które do niej docierają, podejmować określone działania, dzięki którym kieruje pojawiającymi się emocjami. Procesy regulacji emocji mogą służyć utrzymywaniu, hamowaniu lub też zwiększaniu intensywności przeżywanych emocji (Fox, 2003; Calkins i Hill, 2007). Roth i wsp., (2019) podkreślają adaptacyjną funkcję tzw. zintegrowanego stylu regulacji emocji. Polega on na byciu otwartym na emocje zarówno pozytywne, jak i negatywne, nieocenianiu ich, tylko uważnej ich obserwacji. W zintegrowanym stylu regulacji emocji stany emocjonalne traktuje się jako ważne źródła informacji o tym, co dzieje się w wewnętrznym świecie przeżywającej je osoby i jakie podjąć kolejne kroki w celu poradzenia sobie z aktualną sytuacją. Dostęp do emocji pozytywnych i negatywnych oraz ich zaakceptowanie pomaga wybrać optymalny sposób zachowania się w danej sytuacji. Taka umiejętność obserwowania wewnętrznych stanów bez natychmiastowego reagowania jest centralna w wolicjonalnej samoregulacji.

Na regulację emocji składa się szereg procesów, świadomych bądź też nieświadomych (Rottenberg i Gross, 2003; Bargh i Williams, 2007; Gyurak i wsp., 2011; Koole i wsp., 2015; Braunstein i wsp., 2017), które są podejmowane w celu ograniczenia negatywnych emocji i jest to tak zwana „down-regulacja” (Gross i wsp., 2006), oraz podtrzymania emocji pozytywnych, inaczej „up-regulacja” (Gross i John, 2003; Quoidbach i wsp., 2010; Zaehring i wsp., 2018; Kashdan i wsp., 2015; Koole i wsp., 2015; Braunstein i wsp., 2017; McRae i Gross, 2020). W zależności od sytuacji osoba może zmienić intensywność emocji poprzez na przykład ukrywanie przeżywanych emocji, może też zmieniać czas trwania emocji na przykład poprzez dzielenie się dobrymi wiadomościami z innymi ludźmi (Thompson, 1994; Gross, 1998, Gable i wsp., 2004; Koole, 2009; Aldao i wsp., 2010; Webb i wsp., 2012; Gross, 2015; Gross i Jazaieri, 2014), czy

też zmieniać jakość reakcji emocjonalnej koncentrując się na pozytywnych elementach w sytuacji trudnej (Samson i Gross, 2012). Wyróżnia się również regulację wewnętrzną oraz zewnętrzną. Regulacja wewnętrzna polega na wpływaniu i modulowaniu emocji własnych, natomiast regulacja zewnętrzna związana jest z wpływaniem na emocje innych osób (Zaki i Williams, 2013; Gross, 2014).

W literaturze przedmiotu spotykamy wiele definicji regulacji emocji (Folkman i Lazarus, 1985; Cicchetti i wsp., 1991; Compas i wsp., 2001; Cole, i wsp., 2004; Berking i wsp., 2012). Według Thompsona (1994) regulacja emocji odnosi się do „...wszystkich zewnętrznych i wewnętrznych procesów odpowiedzialnych za monitorowanie, ocenę i modyfikację reakcji emocjonalnych, zwłaszcza ich intensywnych i czasowych cech, aby osiągnąć swoje cele” (Thompson, 1994, s. 27). Compas i wsp. (2001), regulację emocji definiują jako „...świadome i wolicjonalne wysiłki zmierzające do regulacji emocji, poznania, zachowania, fizjologii i środowiska w odpowiedzi na stresujące wydarzenia lub okoliczności” (Compas i wsp., 2001, s.89).

Regulacja emocji może dokonywać się drogą kilku rodzajów strategii, wśród których wymienia się strategie behawioralne, społeczne, biologiczne, oraz poznawcze (Marszał-Wiśniewska i Fajkowska, 2010). Do strategii behawioralnych zaliczyć można na przykład słuchanie muzyki, strategią społeczną może być spotykanie się z przyjaciółmi, a biologiczną sen, albo zażywanie środków psychoaktywnych celem poprawienia nastroju, natomiast do poznawczych strategii regulacji emocji zaliczyć można na przykład pozytywne przeformułowanie sytuacji, lub obmyślanie planu działania (Drake i Winner, 2013; Osowiecka i Gacka, 2016).

Zdolność radzenia sobie ze stresującymi wydarzeniami i okolicznościami oraz regulacja emocji w różnych sytuacjach odgrywa zasadniczą rolę w rozwoju odporności i zmniejszaniu ryzyka wystąpienia psychopatologii (Zimmer-Gembeck i Skinner, 2016; Compas i wsp., 2017). Strategie regulacji emocji mogą pełnić funkcję ochronną, ale w przypadku nieadaptacyjnych strategii mogą czynić osobę bardziej podatną na skutki stresujących wydarzeń życiowych (Compas i wsp., 2004; Sloan i wsp., 2017). Regulacja emocji jest uważana za konstrukt transdiagnozy w leczeniu zaburzeń, takich jak lęk, depresja, nałogi lub zaburzenie osobowości typu borderline (Lavender i wsp., 2015; Sloan i in., 2017; Cludius i wsp., 2020).

Mówiąc o regulacji emocjonalnej warto wspomnieć o konstrukcie nieco szerszym, który zawiera w sobie umiejętność radzenia sobie z przeżywanymi emocjami. To inteligencja emocjonalna poprzez którą rozumie się zdolność jednostki do spostrzegania emocji, wyrażania ich, rozumienia oraz wykorzystywania i kierowania nimi w taki sposób, który prowadzi do rozwoju (Saolvey i Mayer, 1990). Jak zauważa Mayer i współpracownicy (2008) osoby inteligentne emocjonalnie cieszą się dobrym zdrowiem psychicznym oraz sukcesami zawodowymi i akademickimi (Mayer i wsp., 2008; Davis i wsp., 2020). Nogaj (2020) w prowadzonych badaniach dowio-

dła, że osoby o wyższym poziomie inteligencji emocjonalnej są bardziej świadome zarówno pozytywnych jak i negatywnych emocji, które odczuwają, mają łatwość w wyrażaniu odczuwanych emocji, a także potrafią efektywnie wykorzystać posiadaną wiedzę na temat emocji. Ponadto w sytuacjach stresowych częściej niż osoby o niższym poziomie inteligencji emocjonalnej wykazują zadaniowe strategie radzenia sobie i znacznie rzadziej angażują się w działania zastępcze. Łowicki i Zajenkowski (2017) zauważają, że wysoki poziom inteligencji emocjonalnej może być czynnikiem chroniącym przed religijnością dezaptacyjną.

## 2.2. Poznawcze strategie regulacji emocji

Poznawcze strategie regulacji emocji są częścią szerszej koncepcji regulacji emocji i odnoszą się do świadomego, poznawczego sposobu zarządzania pojawiającymi się emocjami (Thompson, 1994; Gross, 1999; Garnefski, i wsp., 2001; Garnefski i Kraaij, 2007). Jak wskazują wyniki badań, strategie poznawcze mają kluczowe znaczenie w radzeniu sobie ze stresującymi zdarzeniami (Lazarus i Folkman, 1984; Garnefski i wsp., 2001; De Ridder i Schreurs, 2001; Folkman i Moskowitz, 2004; Steinberg 2005). Wykorzystanie strategii poznawczych w celu regulowania emocji jest szczególnie ważne, gdy osoba musi się zmierzyć z sytuacjami, w których ma niewielką lub żadną kontrolę nad trudnymi zdarzeniami, (np. dla adolescenta taką sytuacją będzie choroba, czy śmierć kogoś bliskiego) (Garnefski i wsp., 2001; Garnefski, i wsp., 2002).

Garnefski wraz ze współpracownikami wyróżnili dziewięć strategii poznawczych regulacji emocji. Przyjmuje się, że pięć spośród nich w tym akceptacja, pozytywna ocena, pozytywne przewartościowanie, planowanie i stwarzanie perspektywy to strategie adaptacyjne, natomiast cztery pozostałe wśród których wymienia się samoobwinianie, obwinianie innych, ruminację oraz katastrofizowanie to strategie nieadaptacyjne (Garnefski i wsp., 2001). Aldao zauważa, że strategie uznawane za nieadaptacyjne są silniej powiązane z objawami psychopatologicznymi niż strategie uznawane za adaptacyjne (Aldao i wsp., 2010). Jednakże badania pokazują, że adaptacyjność poszczególnych strategii uzależniona jest od sytuacji życiowej, w jakiej znajduje się osoba (Tedeschi, 1999; d'Acremont i Van der Linden, 2007; Harley i wsp., 2019).

**Obwinianie siebie** to strategia, która polega na tym, że osoba myśli o wydarzeniu w kategoriach obwiniania się za nie. Jej myśli koncentrują się również wokół błędów, które mogła sama popełnić (Anderson i wsp., 1994; Garnefski i Kraaij, 2007). **Obwinianie innych** odnosi się do myśli, w których osoba doświadczająca trudnego zdarzenia obwinia i czyni za nie odpowiedzialnymi innych ludzi, lub środowisko w którym żyje (Garnefski i Kraaij, 2007; Tennen i Affleck, 1990). **Ruminacja** odnosi się do uporczywego powracania myślami do trudnego zdarzenia i/lub bycia zaabsorbowanym uczuciami i myślami związanymi z negatywnym wydarzeniem (Nolen-Hoeksema i wsp., 1994; Nolen-Hoeksema, 2000; Garnefski i wsp., 2007). **Katastrofi-**

**zowanie** odnosi się do powtarzających się myśli o tym, jak straszne było wydarzenie, którego doświadczyła osoba. Strategia katastrofizowania prowadzi również do porównywania się z innymi osobami i utwierdzania w tym, że sytuacja osoby doświadczającej trudnego doświadczenia jest trudniejsza od sytuacji innych osób (Sullivan i wsp., 1995; Garnefski i wsp., 2007).

**Stwarzanie perspektywy** to strategia, która polega na mentalnym odrzucaniu powagi trudnego wydarzenia, podkreślaniu jego względności przez porównanie go z innymi wydarzeniami (Allan i Gilbert, 1995; Garnefski i wsp., 2007). Strategia która polega na myśleniu nie o trudnym wydarzeniu, którego doświadcza osoba, lecz o innych, przyjemnych sprawach to **koncentracja na czymś pozytywnym** (Endler i Parker, 1990; Garnefski i wsp., 2007). **Pozytywne przewartościowanie** (ponowne przemyślenie), to strategia odnosząca się do mentalnego przypisywania pozytywnego znaczenia trudnemu wydarzeniu, w kategoriach rozwoju osobistego (Carver i wsp., 1989; Garnefski i wsp., 2007). Zasadniczo strategia ta (pozytywne przewartościowanie) jest spostrzegana jako pozytywna strategia radzenia sobie ze stresem, pod warunkiem, że w tym samym czasie osoba uczyni coś w kierunku zmierzenia się z zaistniałym problemem. Roth i wsp., (2019), podobnie jak McRae i Gross (2020), zwracają uwagę, że strategia pozytywnego przeformułowania może być czasami nieadaptacyjna, na przykład kiedy osoba zniekształca doświadczenie, aby uniknąć konsekwencji uznania określonego stanu rzeczy. Tak się dzieje na przykład w przypadku gdy ofiary przemocy domowej starają się tłumaczyć sobie, że sytuacja nie jest taka zła, że sprawca przecież jest w gruncie rzeczy dobrą osobą, że życie to nie bajka, itp.

Strategia **akceptacji** odnosi się do myśli, w których osoba zgadza się z tym wszystkim co się wydarzyło i akceptuje trudne doświadczenie, uznając, że nie można już nic zmienić (Carver i wsp., 1989; Garnefski i wsp., 2007). Wysoki poziom akceptacji może wskazywać na pewien rodzaj rezygnacji, w sensie niemożności jakiegokolwiek wpływu na doświadczane zdarzenie. Wysoki poziom akceptacji może zatem odnosić się do negatywnej formy rezygnacji w sytuacji trudnej (Carver i wsp., 1989). **Koncentracja na planowaniu** oznacza myślenie o tym, jakie kroki należy podjąć, aby poradzić sobie z wydarzeniem (Carver i wsp., 1989, Huffine i wsp., 1989; Garnefski i wsp., 2007).

### 2.3. Regulacja emocji w okresie adolescencji

W okresie dorastania sytuacje afektywne często są źródłem wzmożonych reakcji emocjonalnych i chociaż adolescentów charakteryzuje bardziej zaawansowana świadomość emocji niż dzieci to jednak ich funkcje kontrolne nie są jeszcze w pełni rozwinięte (Casey i wsp., 2008). Regulacja emocji to umiejętność, która rozwija się w ciągu życia człowieka. Dzięki sprawnie działającej regulacji emocji osoba może posługiwać się takimi strategiami, które zapewnią jej

kontrolę w sytuacji, kiedy musi się zmierzyć ze stresującymi wydarzeniami życiowymi (Garnefski i wsp., 2001; Garnefski i wsp., 2003). Roth i inni (2019) uważają, że optymalna regulacja emocji powinna być oparta nie na wyciszaniu emocji negatywnych, ale na traktowaniu ich jako ważnego źródła informacji na temat sytuacji i osoby, która je przeżywa.

W dzieciństwie emocje są regulowane głównie na poziomie zewnętrznym i behawioralnym poprzez wsparcie rodziców i płacz, grymas twarzy. W okresie dojrzewania regulacja emocji staje się bardziej wewnętrzna oparta na procesach poznawczych (Aldwin, 2009; Sameroff, 2010). Jest to związane z rozwojem zaawansowanych procesów poznawczych, do których zalicza się między innymi autorefleksję, czy rozumowanie abstrakcyjne (Garnefski i wsp., 2002). Każda osoba uczy się regulować swoje emocje w ciągłym postępie, który rozpoczyna się w chwili urodzenia i trwa do dorosłości kiedy to osoba osiąga niezależność i odpowiedzialność za procesy związane z regulacją emocji (Eisenberg i Morris, 2002; Gross i Thompson, 2007; Thompson i Goodman, 2010).

Towarzyszące dorastającemu człowiekowi stany emocjonalne są wezwaniem dla rozwijających się zdolności regulacji emocji. W okresie adolescencji, regulacja emocji nie jest łatwa z uwagi na częstotliwość negatywnych emocji oraz konflikty z najbliższym otoczeniem (Paikoff i Brooks-Gunn, 1991; Dahl, 2004). Lepsze zrozumienie regulacji emocji w okresie dojrzewania może pomóc zrozumieć indywidualne różnice w zakresie zdrowia psychicznego, a także zachodzące niekiedy bardzo skomplikowane procesy przystosowawcze adolescentów (Cole i wsp., 1994). Adolescenci doświadczają znacznie większych wahań afektu, są też bardziej wrażliwi na pozytywne doświadczenia w porównaniu z osobami dorosłymi i dziećmi (Riediger i wsp., 2011; Spear, 2011). Prowadzone badania w obszarze radzenia sobie z emocjami wyraźnie pokazują, że umiejętność regulacji emocji pozwala adolescentom hamować niewłaściwe odruchy (impulsy), konstruktywnie kierować swoim zachowaniem, a także dostosowywać się do nowych sytuacji i spotykanych ludzi, a to z kolei prowadzi do większej akceptacji przez osoby z którymi adolescentenci wchodzi w interakcje, w tym szczególnie przez rówieśników (Eisenberg, 2002; Eisenberg i wsp., 2003; Eisenberg i wsp., 2007). Natomiast trudności w kontroli emocjonalnej są uważane za predyktor pojawienia się między innymi kłopotów natury psychicznej w okresie dojrzewania (McLaughlin i wsp., 2011).

W dzieciństwie i okresie dojrzewania nabycie umiejętności regulowania reakcji emocjonalnych jest ściśle związane z dojrzewaniem systemów neurofizjologicznych oraz struktur biologicznych, które pozwalają osobie osiągnąć różne poziomy organizacji w wymiarach fizjologicznych, poznawczych i behawioralnych (Campos i wsp., 2004; Steinberg, 2005; Luna i wsp., 2010; Cole, 2014). Coraz bardziej nawykowe i sprawne używanie strategii poznawczych na przestrzeni od dzieciństwa do dorosłości związane jest z umacnianiem się łączności pomiędzy

przedczołowymi obszarami mózgu, które odpowiadają za kontrolę poznawczą, a strukturami odpowiedzialnymi za przetwarzanie emocji oraz regionami odpowiedzialnymi za procesy nagrody (Aldao i wsp., 2016). Wspomniane regiony mózgu i procesy w nich zachodzące odgrywają kluczową rolę dla percepcji i oceny pojawiających się emocji na każdym z etapów skomplikowanego procesu regulacji emocji. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że stosowanie coraz bardziej złożonych strategii, a także pewnego rodzaju płynność w przechodzeniu pomiędzy różnymi strategiami w zależności od pojawiających się okoliczności jest efektem poprawy zdolności kontroli poznawczej (Aldao i wsp., 2015).

Szczególnymi obszarami mózgu, odpowiedzialnymi za proces regulacji emocji są pień mózgu, układ limbiczny oraz kora mózgowa. Wymienione obszary aktywnie uczestniczą w spostrzeganiu, interpretacji wydarzeń oraz konstruowaniu reakcji na nie. Kluczową rolę w regulacji emocji odgrywa pień mózgu, kierując zachowaniem i integrując różne odczucia związane między innymi z bólem (Lewis i Tood, 2007). Z kolei układ limbiczny (hipokamp i ciało migdałowe), należą do systemu odpowiedzialnego za regulację percepcji, pamięci, uczenia się oraz za procesy emocjonalne. Ten system odgrywa również bardzo ważną rolę w doborze strategii radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Dojrzewanie szlaku łączącego hipokamp i ciało migdałowe ułatwia koordynację procesów poznawczych i emocji, ale jeśli w połączeniach w tym obszarze występuje nadpobudliwość, wówczas osoba może wykazywać nadmierną pobudliwość oraz istnieje duże prawdopodobieństwo, że dojdzie do nieprawidłowego interpretowania bodźców. W praktyce polega to na tym, że osoba interpretuje bodźce jako zagrażające w sytuacji, kiedy w rzeczywistości takimi nie są. W efekcie takiego błędnego odczytywania organizm nie uruchamia mechanizmów regulujących stres czy zmniejszających nasilenie stanów emocjonalnych, a raczej spowoduje uruchomienie działań agresywnych lub impulsywnych. (Thompson i Gullone, 2008; Thompson i wsp., 2013). Kora mózgowa, w procesie regulacji emocji odpowiada za zarządzanie mechanizmami hamowania zachowań impulsywnych, moduluje czas trwania oraz intensywność emocji negatywnych a także odpowiada za strategie selekcyjne do których zalicza się między innymi ponowną ocenę sytuacji (Lewis i Stieben, 2004; Ochsner i wsp., 2004; Ochsner i Gross, 2005; Zelazo i wsp., 2007).

Pełne dojrzewanie obszarów mózgu odpowiedzialnych za emocje, przypada na końcową fazę okresu dojrzewania. Adolescencja jest czasem kiedy neurobiologiczne systemy odpowiedzialne za regulację emocji podlegają procesom ciągłych zmian, w związku z tym proces regulacji emocji może charakteryzować się pewnymi brakami czy niedoskonałościami. Dopiero bowiem w pełni rozwinięte struktury mózgu mogą zapewnić umiejętność właściwej kontroli impulsów oraz radzenie sobie ze stresorami w sposób społecznie akceptowalny (Ochsner i Gross, 2005; Steinberg, 2008; Luna i wsp., 2010; Chein i wsp., 2010; Thompson, 2011; Guyer

i wsp., 2014; Zimmermann i Iwanski, 2014). Strukturalny rozwój mózgu w regionach odpowiedzialnych za regulację emocji trwa przez cały okres dojrzewania (Perlman i Pelphrey, 2011).

Badania dotyczące neurobiologicznych podstaw regulacji emocji u młodzieży prowadzone techniką neuroobrazowania pokazują, że u osób w przedziale wiekowym od 11 do 19 lat wykrywa się słabszą aktywację obszarów mózgu, związaną z kontrolą poznawczą, natomiast wyższą aktywność neuronalną w obszarach związanych z nagrodami (Steinberg, 2008; Chien i wsp., 2011; Brodbeck i wsp., 2013; Guyer i wsp., 2014). Z kolei inne badania wskazują, że w okresie dojrzewania obserwuje się zwiększoną korową kontrolę poznawczą nad automatyczną podkorową reaktywnością emocjonalną, co może skutkować lepszą regulacją emocjonalną (Vetter i wsp., 2015). Nieco odmienne zdanie prezentują Powers i Casey, którzy twierdzą, że rozwój procesów poznawczych i struktur mózgu powoduje u adolescentów mniejszą zdolność skutecznego regulowania emocji, a w związku z tym w większym stopniu naraża adolescentów na ryzyko pojawienia się zaburzeń (Powers i Casey 2015). Prowadzone w omawianym obszarze badania wskazują również, że młodzież wykazuje pewną elastyczność w regulacji emocji a dowodem na to jest umiejętność korzystania z różnych strategii regulacji w zależności od rodzaju stresora (Williams i wsp., 1999) i konkretnych emocji (Zimmermann i Iwanski, 2014). Ponadto, według Skinnera i Zimmera-Gembecka (2016) istnieje znacząca zmiana w charakterze i częstotliwości stosowania różnych strategii regulacji emocji w okresie od wczesnego do średniego okresu dojrzewania (około 14-16 lat).

Procesy poznawcze, wykonawcze i społeczne potrzebne do regulacji emocji, w tym pamięć robocza, myślenie abstrakcyjne, podejmowanie decyzji i przyjmowanie perspektywy, ulegają znacznym przemianom w okresie dojrzewania (Bunge i Wright, 2007; Sebastian i wsp., 2011; Blakemore i Robbins, 2012; Dumontheil, 2014). Wyniki badań wskazują, że wyższy poziom zasobów poznawczych może przynieść większą sprawność w zakresie regulacji emocji (Lamm i Lewis, 2010; Lantrip i wsp., 2016). Trzeba tu jednak zaznaczyć, że badania nad rozwojem strategii regulacji emocji w okresie adolescencji opierały się na różnych podejściach pomiarowych (obserwacja, samoopis, wywiad) w związku z tym trudno o jednoznaczne wnioski (Ahmed i wsp., 2015). Trzeba pamiętać o tym, że zdolność regulacji emocji jest w dużej mierze uwarunkowana stopniem rozwoju zdolności poznawczych takich jak uczenie się, rozumowanie, przetwarzanie informacji czy pamięć, które swoją dojrzałość osiągają we wczesnej dorosłości (Eccles i wsp., 2003; Kuhn, 2006). Wiele funkcji poznawczych jednocześnie łączy się (jest asymilowanych) z psychologicznymi procesami wykonawczymi jak elastyczność poznawcza, wyznaczanie celów, które biorą udział w regulacji myśli, działań i emocji. (Zelazo i wsp., 2002).

Obok zmian zachodzących na poziomie neurobiologicznym, hormonalnym i poznawczym, które mają istotne znaczenie dla przebiegu procesów regulacji emocji, ważnym elemen-

tem jest również środowisko w którym wzrastają adolescenti. Należy zwrócić uwagę, że otoczenie, może sprzyjać bądź też utrudniać rozwój umiejętności, dzięki którym nastolatek uczy się wyrażać przeżywane emocje (Campos i wsp., 2004; Goldsmith i Davidson, 2004; Lewis i Stieben, 2004; Steinberg, 2005; Zeman i wsp., 2006; Thompson i Goodvin, 2007; Thompson i Gullone, 2008; Luna i wsp., 2010; Thompson i Goodman, 2010; Thompson 2011; Cole, 2014). Mówiąc o roli środowiska w kształtowaniu umiejętności regulacji emocji podkreśla się doniosłą rolę środowiska rodzinnego, uznając go za czynnik kluczowy dla rozwoju regulacji emocji (Campos i wsp., 2004; Goldsmith i Davidson, 2004; Zeman i wsp., 2006; Thompson, 2011; Thompson i wsp., 2013; Cole, 2014). Badania pokazują, że niektóre czynniki kontekstualne, takie jak ubóstwo i przemoc, mają bezpośredni negatywny wpływ na rozwój fizyczny i emocjonalny. Osoby które dorastają w ubóstwie w porównaniu z osobami, które nie doświadczają niekorzystnej sytuacji ekonomicznej odnoszą mniejsze sukcesy w szkole i mają więcej trudności w nauce, (Wadsworth i Compas, 2002; Grant i wsp., 2003; Wadsworth i Berger, 2006; Gross i Thompson, 2007; Blair, 2010; Duncan i wsp., 2010; Holzer i wsp., 2010; Blair i Raver, 2012). Obok sytuacji materialnej, w której żyją dorastające osoby, kolejnym czynnikiem utrudniającym rozwój umiejętności regulacji emocji są konflikty oraz przemoc (Kliwer i wsp., 2001; Buckner i wsp., 2003; Wadsworth i Compas, 2002; Raver, 2004; Mejia i wsp., 2006; Wadsworth i Berger, 2006; Amone-P'Olak i wsp., 2007; Brook i Brook, 2007; Cole, 2014). Ubóstwo i przemoc, szczególnie przemoc rodzinna, nie dają możliwości rozwoju społecznego, edukacyjnego oraz osobistego, ponadto są to okoliczności, które utrwalają niekorzystne, negatywne modele życia (Buckner i wsp., 2003; Raver, 2004). Środowiska tego typu ograniczają możliwości zdobywania umiejętności regulacji, będąc źródłem agresji oraz niepewność, przyczyniają się do powstania deficytów w rozpoznawaniu, wyrażaniu oraz rozumieniu emocji własnych i innych osób (Wadsworth i Campos, 2002; Raver, 2004). Udowodniono również, że trudności w regulowaniu emocji mogą mieć swoje źródło w środowisku, które akceptuje zachowania ryzykowne jak używanie substancji psychoaktywnych czy też ryzykowne zachowania seksualne (Chein i wsp., 2010; Brodbeck i wsp., 2013). Adolescenti, którzy dorastają w społecznie obciążonym środowisku pozostają narażeni na trudności w utrzymywaniu właściwych relacji międzyludzkich oraz na rozwój zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych w przyszłości (Eisenberg i wsp., 2001; Conger i Conger, 2002; Raver, 2004; Mejia i wsp., 2006; Kim i Cichetti, 2010). Środowiska, w których osoba doświadcza poczucia bezpieczeństwa, wzmacniają właściwe wyrażanie uczuć oraz modelują umiejętność radzenia sobie z emocjami, a także zapewniają emocjonalne dostosowanie, nawet w przypadku wystąpienia niesprzyjających okoliczności (Amone-P'Olak i wsp., 2007; Kim i wsp., 2010; Cui i wsp., 2014). Zauważono również, że sytuacje związane z negatywną oceną przez rówieśników powodują wysoki poziom stresu u adolescentów oraz silne pobudze-

nie emocjonalne i jednocześnie pociągają za sobą znaczny spadek zdolności samoregulacji. (Garnefski i wsp., 2006; Zeman i wsp., 2006; Steinberg, 2008; Silvers i wsp., 2012; Thompson i wsp., 2013; Guyer i wsp., 2014; Van der Graaff i wsp., 2014).

Mechanizm regulacji emocji może się różnić w zależności od płci (Garnefski i wsp., 2004). Badania potwierdziły, że dziewczęta wykazują wyższy poziom empatii, patrzenia perspektywicznego i większą troskę o innych niż chłopcy w tym samym przedziale wiekowym (Silvers i wsp., 2012; Van der Graaff i wsp., 2014). Z kolei chłopcy w wieku 15 lat mają mniejszy repertuar strategii regulacji emocji ponadto są mniej empatyczni i wykazują mniejsze zainteresowanie w zakresie troski o innych w porównaniu z dziewczętami. Chłopcy również w mniejszym stopniu niż dziewczęta poszukują społecznego wsparcia dla regulacji smutku, a także przejawiają większą skłonność do hamowania stanów emocjonalnych, szczególnie strachu (Zimmermann, Iwanski, 2014). Być może powyższe zależności wiążą się z nasileniem się zachowań stereotypowych w określonej kulturze gdzie na przykład dziewczęta są zachęcane do okazywania większego zakresu i częstotliwości emocji i zachowań związanych z zainteresowaniem się innymi osobami, podczas gdy chłopcom sugeruje się hamowanie wszelkiego rodzaju emocjonalności (Silvers i wsp., 2012; Van der Graaff i wsp., 2014, Zimmermann i Iwanski, 2014). Należy pamiętać również o tym, że rozwój zdolności regulacji emocji przypada na czas w którym zachodzi wiele zmian w środowisku społecznym adolescenta z różnymi wyzwaniami emocjonalnymi, takimi jak nowe sytuacje związane ze szkołą, rosnące znaczenie związków rówieśniczych i romantycznych oraz zmniejszenie zależności od wsparcia rodziny (Casey i wsp., 2010).

Adoleścenci dość często tłumią swoje uczucia, „robiąc dobrą minę do złej gry” (Radochoński, 2009). Rezultatem przyjmowania takiego sposobu regulowania afektu jest często pogorszenie ich stanu zdrowia. Ponadto dane z badań pokazują, że tłumienie emocji oraz problemy z ich symbolicznym ujmowaniem są powiązane z funkcjonowaniem układu oddechowego, pokarmowego, z nadciśnieniem tętniczym, niedokrwinną chorobą serca czy nowotworami (Fava i wsp., 1980).

Rozwój emocjonalny w okresie adolescencji zapewnia osiągnięcie optymalnego poziomu dojrzałości emocjonalnej. Wynikiem tego jest powściągliwość, zwiększona tolerancja na konieczność zaspokajania potrzeb, a także powstrzymywanie się od niekontrolowanego uzewewnętrzniania emocji (Radochoński 2009). Kształtowanie się zdrowej emocjonalności w okresie adolescencji wyraża się również w zdolności regulacji własnych stanów afektywnych zgodnie ze standardami wewnętrznymi, oraz uwzględniając społeczne standardy wyrażania stanów afektywnych nie tracąc przy tym poczucia autonomii wobec aprobaty otoczenia i zdolności do empatii będącej wynikiem intelektualnej oceny sytuacji.

Podsumowując regulacja emocji to umiejętność dzięki której człowiek może kontrolować pojawiające się emocje, ich natężenie oraz czas trwania. Wśród wielu sposobów regulowania emocji na uwagę zasługują strategie poznawcze polegające na mentalnym radzeniu sobie z napływającymi informacjami i powstającymi w efekcie stanami emocjonalnymi. Jak można zauważyć umiejętność regulacji emocji jest zdolnością, którą można rozwijać i udoskonalać.

## Rozdział III Wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne zaliczne jest do czynników chroniących przed pojawieniem się depresji, z kolei deficyt wsparcia społecznego zwiększa ryzyko pojawienia się tego zaburzenia (Rubio i wsp., 2020; Lyell, 2020; Windle, 1992). Integracja społeczna i wsparcie społeczne to konstrukty teoretyczne, które odnoszą się do stopnia, w jakim jednostki są zakorzenione społecznie i mają poczucie przynależności oraz zażyłości z innymi ludźmi (Lasarte i wsp., 2020; Gomes i wsp., 2020; Devine i wsp., 2016). Rolę wsparcia społecznego rozpatruje się najczęściej w kontekście sytuacji stresowych (np. choroby), a jego właściwe zrozumienie możliwe jest wówczas gdy odwołamy się do wiedzy na temat funkcjonowania człowieka w grupie społecznej, w relacji z innymi ludźmi, a także do wiedzy o procesach jakie zachodzą w człowieku, który konfrontuje się z sytuacją trudną (Nishikawa i wsp., 2018; Adams i wsp., 2019).

### 3.1. Znaczenie poczucia wsparcia społecznego

Bliskie pozytywne relacje pomagają w osiągnięciu równowagi w życiu codziennym (Bovier i wsp., 2004), a także przyczyniają się do wzrostu poczucia dobrostanu psychicznego (Yalçın i Malkoç, 2014). Spostrzegane wsparcie społeczne ma doniosłe znaczenie w sytuacjach związanych z doświadczaniem negatywnych emocji. Poszukiwanie wsparcia innych ludzi jest jednym z głównych sposobów radzenia sobie z negatywnymi emocjami (Ellonen i wsp., 2008; Baumeister i Leary, 1995). Z kolei spostrzegany brak wsparcia ze strony innych, a także brak poczucia przynależności potęgują nastrój negatywny i są wymieniane wśród głównych przyczyn depresji (Grey i wsp., 2020; Wang i wsp., 2014). Szczególnie ważne i satysfakcjonujące jest utrzymywanie stabilnych i bliskich relacji, w przeciwieństwie do relacji krótkoterminowych ze zmieniającymi się partnerami. Ponadto relacje pozbawione częstych kontaktów są mniej satysfakcjonujące niż te, w których kontakty między partnerami są częste. Relacje społeczne wpływają na samopoczucie psychiczne, a nawet zdrowie fizyczne człowieka (Uchino i wsp., 1996). Termin wsparcie społeczne bywa zamiennie używany z takimi określeniami jak: relacje, stosunki, więzi, powiązania, czy związki społeczne. Najczęściej wsparcie społeczne odnosi się do formalnych i nieformalnych związków wśród krewnych i przyjaciół lub też członkostwa w różnego rodzaju organizacjach.

Autorzy Wielowymiarowej Skali Spostrzeganego Wsparcia Społecznego (MSPSS), (Zimet i wsp., 1988) przywołują definicję wsparcia społecznego zaproponowaną przez Shumaker i Brownell, (1984), którzy scharakteryzowali wsparcie społeczne jako „wymianę zasobów między co najmniej dwiema osobami spostrzeganymi jako dostawca i odbiorca, której celem jest poprawa dobrostanu odbiorcy” (s. 13). Z kolei Cohen wsparcie społeczne definiuje jako „zapew-

nienie zasobów psychologicznych i materialnych, których zadaniem jest podniesienie zdolności jednostki do radzenia sobie ze stresem” (Cohen, 2004, s. 676). Zauważono, że wsparcie społeczne, wzmacniając samoocenę i poczucie kontroli nad otoczeniem, pomaga w generowaniu pozytywnych doświadczeń emocjonalnych, a tym samym zmniejsza negatywne skutki stresu (Pearlin i wsp., 1981). Zasadniczym celem wsparcia społecznego jest „podtrzymanie, zmniejszenie stresu, opanowanie kryzysu przez towarzyszenie, tworzenie poczucia przynależności, bezpieczeństwa i nadziei oraz zbliżanie do rozwiązania problemu i przezwyciężenia trudności” (Sęk i Cieślak, 2006, s.18).

Według transakcyjnej teorii stresu, wsparcie społeczne zaliczane jest do zasobów, które wpływają na ocenę poznawczą zdarzenia stresogennego (Lazarus i Folkman, 1984). Sposób radzenia sobie z trudnym doświadczeniem wypływa między innymi z oceny poznawczej. Zgodnie z teorią Lazarusa i Folkman, (1984), zasoby wpływają na radzenie sobie (coping), z kolei radzenie sobie generuje różne efekty (strategie) adaptacyjne. Wiele badań potwierdza takie podejście. Na przykład w badaniu Holahana i współpracowników (1997), które dotyczyło dostosowania psychospołecznego u pacjentów kardiologicznych, zauważono, że pacjenci którzy, czuli się wspierani, byli bardziej skłonni do wyboru aktywnych strategii zorientowanych na radzenie sobie, a to z kolei chroniło ich przed syndromami depresyjnymi. W badaniach empirycznych zmienna wsparcie społeczne zazwyczaj analizowana jest jako zmienna niezależna, która ma bezpośredni bądź pośredni wpływ na inne zmienne powiązane ze zdrowiem. Badania nad stresem i procesami radzenia sobie, wykorzystują pojęcie wsparcia jako zmiennej pośredniczącej lub moderującej reakcję stresową organizmu (Lazarus 1982, 1990). Wsparcie społeczne spełnia ważną rolę w przystosowaniu się do wydarzeń krytycznych w życiu człowieka, osłabiając stres i wspomagając radzenie sobie z nim (Bovier i wsp., 2004)

### **3.2. Rodzaje wsparcia społecznego**

Bardzo popularny model wsparcia społecznego opracował Tardy. Wyróżnia on cztery typy wsparcia: emocjonalne, instrumentalne, informacyjne i oceniające (Tardy, 1985). Cechą charakterystyczną wsparcia emocjonalnego a zarazem jego istotą jest „przekazywanie emocji”, które są odzwierciedleniem troski, empatii, miłości, zaufania (Cohen i Wills, 1985, s. 313). Do istoty tego rodzaju wsparcia należy podtrzymywanie w osobie otrzymującej wsparcie poczucia, że jest ktoś, kto się o nią troszczy, ktoś, kto się nią interesuje. Od strony osoby przyjmującej wsparcie emocjonalne jest odczuciem, że jest się osobą zauważoną, lubianą, kochaną, że jest ktoś, kto może być powiernikiem ważnych spraw. Vollmann i wsp., (2010) stwierdzili, że wsparcie emocjonalne jest najbardziej korzystne w przypadku zmagania się z depresją, ponieważ dostarcza osobie poczucia akceptacji, co z kolei wzmacnia samoocenę. Wartości wsparcia emo-

cjonalnego dla adolescentów potwierdzają również badania Griffiths i współpracowników (Griffiths i wsp., 2011; Morelli i wsp., 2015).

Wsparcie instrumentalne przejawia się w postaci konkretnych rad, udzielaniu instrukcji postępowania w określonej sytuacji (Szymańska i Strzelczyk, 2011). Cechą charakterystyczną wsparcia instrumentalnego jest konkretność pomocy udzielanej bezpośrednio osobie potrzebującej. Wsparciem instrumentalnym jest zapewnienie np. pomocy finansowej, wsparcie materialne i potrzebne usługi. Pomoc instrumentalna może pomóc w zmniejszeniu stresu przez bezpośrednie rozwiązanie problemu bądź też poprzez dostarczanie osobie potrzebującej większej ilości czasu na zrelaksowanie się czy rozrywkę (Cohen i Wills, 1985).

Wsparcie informacyjne to dostarczanie informacji lub też porad, których celem jest ułatwienie rozwiązania problemu ale także pomoc w dotarciu do instytucji, które zajmują się pomocą w rozwiązywaniu określonych rodzajów trudności (Romano i wsp., 1991). Wsparcie informacyjne traktowane bywa jako uzupełnienie wsparcia instrumentalnego. Przejawia się ono między innymi tym, że osoba znajdująca się w sytuacji trudnej (np. choroby) otrzymuje informacje zwrotne dotyczące na przykład skuteczności metod postępowania w chorobie (Szymańska i Strzelczyk, 2011).

Wsparcie oceniające polega na przekazywaniu pozytywnych komunikatów, oceniających osobę oraz jej zachowanie. Takie pozytywne komunikaty mogą przyczynić się do wzmocnienia poczucia własnej wartości, umocnienia wiary we własne siły. Mogą one również efektywnie przyczynić się do podnoszenia samooceny (Tardy, 1985).

Wyróżnia się również wsparcie integrujące. Termin ten bywa zamiennie używany z terminem koleżeństwo. Jest to poczucie wsparcia jakiego doświadczają ludzie podczas wspólnego spędzania czasu czy też w trakcie wspólnego podejmowania różnych form aktywności (Cohen i Wills, 1985). Poprzez ten rodzaj wsparcia rozumie się również miarę osadzenia jednostki w sieci społecznej. Obecność sieci wsparcia i poczucie przynależności do tej sieci dostarcza osobie poczucia przynależności oraz poczucia odpowiedzialności i wzajemności (House, 1988).

Autorzy prac teoretycznych i empirycznych wyróżniają również wsparcie strukturalne i funkcjonalne. Poprzez wsparcie strukturalne (ilościowe) rozumie się istniejące oraz dostępne obiektywnie sieci społeczne, które zapewniają poczucie bezpieczeństwa, przynależności, zintegrowania z innymi ludźmi, akceptacji (Sęk, 2003). Do najbardziej powszechnych i dostępnych sieci społecznych zalicza się rodzinę, przyjaciół, osoby znaczące. Sieci wsparcia nazywane są też systemami oparcia (Sęk i Cieślak, 2011). Sieć wsparcia jest zasobem, który wypływa z faktu przynależności osoby do konkretnej rodziny czy też społeczności. Wskaźnikiem tak rozumianego wsparcia w badaniach empirycznych jest miara obiektywna, to znaczy wielkość sieci spo-

łecznej, gęstość, dostępność, ale także liczba, częstość, intensywność i trwałość interakcji. Istotną cechą sieci wsparcia jest dostępność, homogeniczność i heterogeniczność (podobieństwo i zróżnicowanie położenia życiowego osób). W przypadku osób doświadczających silnych stresorów środowisko podobne do tego, z którego pochodzi osoba doświadczająca tych stresorów, wzmacnia skuteczność wsparcia (Sęk i Cieślak, 2011).

Wsparcie funkcjonalne (jakościowe) to rodzaj interakcji społecznej, podejmowanej przez jednego lub kilku uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej (Sęk i Cieślak, 2011). W toku tak rozumianej interakcji dochodzi do przekazywania (interakcja jednostronna) lub wymiany (interakcja dwustronna) emocji, informacji, instrumentów działania i/lub dóbr materialnych (Sęk i Cieślak, 2011). Interakcja, w której dochodzi do wymiany emocji, informacji, czy dóbr materialnych powoduje zmniejszenie stresu, a także daje poczucie przynależności i bezpieczeństwa (Sęk i Cieślak, 2011).

Wśród rodzajów wsparcia wyróżnia się również wsparcie odczuwane (sposstrzegane) i wsparcie otrzymywane (Norris i Kaniasty, 1996, Sęk i Cieślak, 2011). Wsparcie odczuwane (sposstrzegane) odnosi się do aktualnych przekonań, dotyczących dostępności różnych form wsparcia (Schwarzer i Knoll, 2007). Z kolei wsparcie otrzymywane dotyczy różnych form pomocy, które miały miejsce w przeszłości. Według Luszczynskiej i Cieślak (2005) wsparcie sposstrzegane, w porównaniu z wsparciem otrzymywanym, jest lepszym predyktorem zdrowia, dobrostanu i efektywnego radzenia sobie ze stresem.

### **3.3. Źródła wsparcia**

Ważnym zagadnieniem podejmowanym przez badaczy jest pochodzenie czyli źródło wsparcia. Najbardziej znany podział wskazuje na wsparcie osobiste, formalne oraz profesjonalne (Singer i Lord, 1984; DeLongis i Holtzman, 2005). Do wsparcia osobistego zalicza się wsparcie pochodzące od przyjaciół, krewnych i znajomych. Formalne źródło wsparcia stanowią różnego rodzaju organizacje, w tym organizacje charytatywne, pomoc społeczna a także grupy i wspólnoty kościelne. Trzecią kategorię stanowią specjalistyczne poradnie świadczące profesjonalną pomoc.

Badania dotyczące wsparcia społecznego wskazują, że rodzina jest najbardziej stabilnym źródłem wsparcia w okresie dojrzewania (Posel i Devey, 2006; Humm i wsp., 2018). Wsparcie rodziny wiąże się ze zmniejszonymi problemami emocjonalnymi i behawioralnymi (Heerde i Hemphill, 2018). U młodzieży, która może liczyć na wsparcie ze strony rodziców zauważa się mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia objawów depresyjnych. Z kolei brak wsparcia ze strony rodziców nasila objawy depresyjne u adolescentów (Stice i wsp., 2004; Sva-

varsdottir i wsp., 2018; Santens i wsp., 2018). Brak wsparcia ze strony rodziny wiąże się również ze zwiększonym poziomem agresji wśród nastolatków (Hamama i Ronen-Shenhav, 2012).

Badania pokazują również, że dzieci i młodzież poszukują różnych rodzajów wsparcia społecznego, pochodzącego z różnych źródeł, przychodząc po pomoc do ściśle określonej bądź też dostępnej im w konkretnym momencie osoby (Demray i Malecki, 2002; Sikora, 2012). Na poszukiwanie wsparcia u określonych osób wpływa, między innymi ocena sytuacji. I tak, powiernikami problemów interpersonalnych (kłótnie, sprzeczki, bójkki, nieporozumienia) szczególnie dla młodzieży starszej stają się ich rówieśnicy (Stanton-Salazar i Spina, 2005). Z kolei źródłem wsparcia dla młodzieży młodszej, w sytuacji gdy musi zmierzyć się ze stresorami powstającymi na terenie szkoły, są zazwyczaj nauczyciele oraz inni opiekunowie (Demaray i Malecki, 2002). W przypadku niektórych problemów osobistych (niezadowolenie z własnego wyglądu, wahania nastroju) ważnym źródłem wsparcia są członkowie rodziny: rodzice, rodzeństwo, dziadkowie, a nawet wujkowie i ciocie (Obuchowska, 1996). W sytuacji kiedy młodzież nie ma możliwości otrzymania wsparcia od rodziców lub gdy wsparcie ze strony rodziców okazuje się niewystarczające, zwraca się po pomoc do innych osób dorosłych lub do rówieśników (Ardelt i Day, 2002; Sikora, 2012).

Źródła wsparcia zmieniają się wraz z wiekiem młodzieży. W początkowym okresie dorastania dominuje wsparcie otrzymywane od rodziców, a szczególnie cennym jego aspektem jest ciepło emocjonalne oraz pomoc polegająca na dzieleniu się doświadczeniami (Mahon i wsp., 2004). W średnim i późnym okresie dorastania to rówieśnicy są głównym źródłem wsparcia, ponieważ to oni często radzą sobie z podobnymi problemami (Stanton-Salazar i Spina, 2005). Fakt, że młodzi ludzie wolą dzielić się swoimi negatywnymi i pozytywnymi doświadczeniami z przyjaciółmi zamiast z rodzicami potwierdzają wyniki badań, które prowadzili między innymi Freeman i Brown, (2001). Badania te pokazują, że w okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości preferowanymi źródłami wsparcia emocjonalnego stają się przyjaciele i rówieśnicy, zastępując rodziców, którzy do tej pory mieli uprzywilejowane miejsce. Frey i Röthlisberger, (1996) stwierdzili, że dorastające dziewczęta doświadczają więcej wsparcia ze strony rówieśników niż od rodziców, podczas gdy dorastający chłopcy odwrotnie.

Warto w tym miejscu wspomnieć o wsparciu społecznym środowiska szkolnego. Doświadczenia związane ze środowiskiem szkolnym mają ogromny wpływ na proces dojrzewania młodzieży, a także na ich poglądy, postawy i relacje społeczne. Relacje z kolegami z klasy i percepcja wsparcia z ich strony ułatwiają dostosowanie psychologiczne u młodzieży. Dobre relacje z kolegami z klasy wiążą się z wysoką samooceną i mniejszym ryzykiem problemów emocjonalnych i behawioralnych (Cruz i wsp., 2017; Diaconu-Gherasim i Măirean, 2019; Rageliene i Grønhøj, 2020).

Zauważono również, że wsparcie społeczne nie zawsze musi przynosić pozytywne efekty. Otóż nieadekwatność form wsparcia otrzymywanego w stosunku do potrzeb, a także niewłaściwe źródło pomocy oraz zagrożenie dla poczucia własnej wartości mogą spowodować, że takie wsparcie nie będzie spełniało swojej pozytywnej funkcji (Norris i Kaniasty, 1996). W przypadku zbyt szerokiego zakresu pomocy, u osób którym okazywana jest pomoc może pojawić się obniżenie poczucia własnego sprawstwa, a także dyskomfort związany z byciem w roli wspomagającego oraz zachowania ucieczkowe (Sęk, 2003). Jak wskazują badania, wsparcie społeczne bez wątpienia pełni rolę chronną w sytuacji stresowej. Brak jednoznacznych ustaleń co do źródeł stresu i wsparcia ze względu na różne konteksty.

### **3.4. Modele wyjaśniające funkcjonowanie wsparcia społecznego**

Mechanizm działania wsparcia społecznego ma charakter hipotetyczny (Romano i wsp., 1991). Związek między wsparciem społecznym a psychicznym i fizycznym zdrowiem osoby jest wyjaśniany przy pomocy dwóch modeli: modelu prostego (the main effects model) i efektu buforowego (the buffering effects model) (Cohen i Wills, 1985). Model prosty opisuje bezpośredni wpływ wsparcia na zdrowie, lub poziom przeżywanego przez osobę stresu. Z kolei efekt buforowy opisuje oddziaływanie wsparcia społecznego jako związek pomiędzy stresem a zdrowiem.

Opisana przez Jonesa (1987) hipoteza bezpośredniego wpływu zakłada, że wsparcie społeczne bezpośrednio redukuje oddziaływanie stresorów na jednostkę. Przykładem takiego wsparcia bezpośredniego może być np. pożyczanie pieniędzy, pomoc w usunięciu stresora z pola oddziaływania czy też przekonanie osoby o tym, że stresor w rzeczywistości nie stanowi wielkiego zagrożenia. Powyższa hipoteza zakłada, że zasoby społeczne są pomocne same w sobie, niezależnie od sytuacji, zapewniając ludziom poczucie przewidywalności i wysoką samoocenę. Wyniki badań wskazują, że posiadanie i korzystanie ze wsparcia społecznego jest bezpośrednio związane z niższymi wskaźnikami depresji, lepszym dostosowaniem do wymagań związanych ze szkołą a także niższymi wskaźnikami używania substancji psychoaktywnych (Demaray i wsp., 2005; Decker, 2006; Cava i wsp., 2008; Somers i wsp., 2008; Graziano i wsp., 2009; Dingfelder i wsp., 2010).

Hipoteza buforowa (*buffering Hypothesis*) (Cohen i Wills, 1985) opisuje wsparcie społeczne jako bufor wpływu, jakie stresujące wydarzenia mają na pojawiający się dyskomfort. Zgodnie z tą hipotezą spostrzegane wsparcie społeczne przyczynia się do zmniejszenia lub eliminuje negatywny efekt sytuacji trudnych. A zatem w obliczu pojawiających się problemów adolescenci, którzy mają możliwość korzystania ze wsparcia będą rzadziej popadać w depresję niż adolescenci, u których zauważa się ograniczone możliwości wsparcia społecznego. Jednak aby ta rola wsparcia jako bufora zadziałała, musi istnieć dopasowanie między oczekiwaniami

a rodzajem dostępnego wsparcia, które ci sami autorzy proponują w swojej hipotezie dopasowania (Cohen i Wills, 1985). Na przykład w badaniu z udziałem nastolatków chorych na nowotwór stwierdzono, że wsparcie emocjonalne ze strony rodziny (zwłaszcza matki) jest niezbędne w zmniejszaniu związanego z tym stresu. Buforujący efekt wsparcia społecznego został w pełni potwierdzony Malecki i Demaray (2006), Wei i wsp., (2006), Brady i wsp., (2009), Yang i wsp., (2010), Shorey i wsp., (2011), a także częściowo w badaniach Auerbach i wsp., (2011). Można również spotkać badania, których wyniki wskazują, że ani wsparcie rodziców, ani rówieśników, ani wsparcie nauczycieli nie osłabiają istotnie związku między stresem a objawami depresji (Ngai i Cheung, 2000; Burton i wsp., 2004).

Podsumowując, do głównych elementów świata adolescentów należy rodzina, rówieśnicy oraz nauczyciele (Worsztynowicz, 2001). W konfrontacji z pojawiającymi się trudnościami i towarzyszącym im stresem ważnym zasobem jest spostrzegane wsparcie społeczne. Wsparcie ze strony rodziców, a także akceptująca grupa rówieśnicza może neutralizować negatywne konsekwencje, które napotykają w swoim życiu adolescenty.

## Rozdział IV Symptomy depresji

Do symptomów depresji zalicza się: negatywny nastrój, problemy interpersonalne, poczucie bezsilności, negatywną samoocenę i anhedonię. Symptomy depresji w okresie dojrzewania pociągają za sobą bardzo często skłonność do używania substancji psychoaktywnych, a także są przyczyną pogarszających się relacji interpersonalnych. Osoby depresyjne cechuje również niższa samoocena oraz skłonność do podejmowania prób samobójczych (Pereira i wsp., 2020; Gijzen i wsp., 2020). Objawy depresyjne mogą być również reakcją na trudne doświadczenia życiowe (Miernik-Jaeschke, 2013; Azoulay i wsp., 2020).

### 4.1. Charakterystyka symptomów depresji

Depresja jest szeroko rozpowszechnioną i znaną na całym świecie chorobą (Costello i in. 2011; Piquart i Shen 2011; Merry i wsp., 2012). Choć do początku lat osiemdziesiątych powszechnie uważano, że depresja dotyczy jedynie osób dorosłych. Jednak prowadzone badania dowiodły, że zaburzenia depresyjne mogą wystąpić nawet u dzieci (Kovacs i wsp., 1984; Luby i wsp., 2003; Ferrari i wsp., 2013; Bernaras i wsp., 2019). Uznaje się, że zaburzenie to jest główną przyczyną powodującą destabilizację życia dzieci w wieku 10 -19 lat (WHO, 2018). Według WHO drugą najczęstszą przyczyną zgonów wśród osób w wieku pomiędzy 15 i 29 rokiem życia (WHO, 2017).

Pomimo dostępności dość skutecznych metod leczenia depresji, zaburzenie o którym mowa często jest niediagnozowane i nieleczone wśród adolescentów (Myers i wsp., 2014; Avenevoli i wsp., 2015) Nieleczona depresja w okresie adolescencji może prowadzić do poważnych negatywnych konsekwencji zdrowotnych i społecznych w późnym okresie dojrzewania np. trudności z nauką, przemoc, samookaleczenia (Ferguson, i wsp., 2005) oraz w dorosłości (migrenowe bóle głowy, zaburzenia lękowe, zachowania samobójcze, czy przestępczość) (Auerbach i wsp., 2014; Naicker i wsp., 2013; Stanley i wsp., 2017; Zubrick i wsp., 2017). Depresja okresu dzieciństwa i wieku młodzieńczego wciąż jest mniej poznana niż depresja osób dorosłych. Badania podłużne prowadzone w okresie 10 lat pokazały, że wskaźniki depresji wzrastają sześciokrotnie w okresie dojrzewania (Hankin i wsp., 1998) około 2% 13-latków zmagają się z depresją, ponadto wskaźniki zachorowań na depresję gwałtownie rosną do 17% w wieku 18 lat (Angold i wsp., 2002).

Charakterystyczną cechą depresji okresu dzieciństwa i dojrzewania jest wysoki współczynnik współchorobowości. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia z 1995 r. współchorobowość (nazywana jest też podwójną diagnozą), to współwystępowanie u tego samego pacjenta określonych jednostek chorobowych. Warto również zwrócić uwagę na fakt wyraż-

nego zwiększenia częstości hospitalizacji z powodu depresji w populacji dzieci i młodzieży. Pamiętając o tym, że hospitalizacja psychiatryczna jest powszechnie traktowana jako ostateczność, a decyzja o jej podjęciu dotyczy zazwyczaj osób już poważnie chorych (Marcus i wsp., 2012).

Symptomy depresji w okresie adolescencji są często niecharakterystyczne i przypominają przejawy innych stanów i zaburzeń stąd też rozpoznanie symptomów depresji wiąże się z dużym wysiłkiem. Do podstawowych symptomów depresji u adolescentów zalicza się przygnębienie, smutek, płaczliwość, ale może również pojawić się, w odróżnieniu do dorosłych, drażliwość i wrogość wobec otoczenia. Innym symptomem może być apatia oraz utrata zdolności do przeżywania radości, a także poczucie znudzenia i ograniczenie lub zaprzestanie aktywności jak np. zabawa, hobby czy spotkania z rówieśnikami. Dość częstym symptomem jest nadmierna i nieproporcjonalna reakcja na zwracane uwagi czy krytykę. Do charakterystycznych symptomów depresji zalicza się również myśli rezygnacyjne, fantazje na temat śmierci oraz myśli samobójcze. U depresyjnych adolescentów zauważa się także problemy związane z koncentracją uwagi i w związku z tym problemy z nauką (Lewinson i wsp. 1994; King i Bernstein, 2001; Wright i wsp., 2016). Wśród atypowych symptomów depresji wyróżnia się uporczywe dolegliwości somatyczne (ból brzucha, nudności, duszności, kołatanie serca itp.), a także bunt wobec rodziców, łamanie obowiązujących zasad oraz zachowania agresywne i autoagresywne.

Dzięki dużemu zainteresowaniu problemem depresji oraz licznym badaniom zidentyfikowano między innymi czynniki biomedyczne oraz psychospołeczne które zwiększają ryzyko pojawienia się depresji u adolescentów. Badania dowiodły, że depresja jest umiarkowanie dziedziczna, a rodzinną historię depresji zidentyfikowano u 20%-50 % adolescentów którzy jej doświadczają (Jackson i Lurie, 2006). Kolejnym czynnikiem ryzyka pojawienia się depresji są przewlekłe choroby np. cukrzyca (Bhatia i Bhatia, 2007). Wśród czynników predysponujących do pojawienia się depresji wymienia się również wcześniejsze epizody depresyjne oraz inne zaburzenia psychiczne (Rushton i wsp., 2002; Bhatia i Bhatia, 2007). Również palenie papierosów przez adolescentów zostało powiązane z rozwojem depresji, poprzez wpływ nikotyny na ośrodkowy układ nerwowy (Jackson i Lurie, 2006). Obok powyższych czynników wymienia się również czynniki środowiskowe, wśród których na poczytne miejsce wysuwają się czynniki rodzinne, takie jak rodzinne konflikty, przemoc, niski status społeczny rodziny, zaniedbania oraz uzależnienia rodziców czy też śmierć rodzica lub bliskiej adolescentowi osoby (Evans i in., 2005; Jackson i Lurie, 2006).

Termin depresja jest dziś dość często używany w języku potocznym dla określenia szerokiego wachlarza stanów emocjonalnych, od ledwo zauważalnego i przejściowego obniżenia nastroju, aż po niezwykle głębokie zaburzenia, które mogą zagrażać życiu. WHO zalicza zaburzenia depresyjne do kategorii zaburzeń nastroju (WHO, 2018). Według DSM-V wszystkie za-

burzenia depresyjne posiadają jedna wspólna cechę, a mianowicie obecność smutnego nastroju, któremu towarzyszą zmiany somatyczne i poznawcze utrudniające jednostce normalne funkcjonowanie (DSM–V). W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń ICD-10 pod kodem F32 który nosi tytuł „Epizod depresyjny” możemy się dowiedzieć, że w typowych łagodnych, umiarkowanych lub ciężkich epizodach depresyjnych pacjent cierpi z powodu obniżenia nastroju, ubytku energii, zmniejszenia aktywności. Zmniejszone jest odczuwanie przyjemności, zakres zainteresowań i koncentracja są obniżone, często pojawia się znaczne zmęczenie, nawet po małym wysiłku. Sen jest zwykle zaburzony, apetyt obniżony. Samoocena i pewność siebie są niemal zawsze zmniejszone, nawet w łagodnych stanach depresyjnych pojawiają się idee winy i małej wartości. Obniżenie nastroju nie ulega większym zmianom w kolejnych dniach, jest niezależne od bieżących wydarzeń, mogą mu towarzyszyć objawy somatyczne, utrata zainteresowania przyjemnością i obniżenie zdolności do jej przeżywania, wczesne budzenie się (kilka godzin wcześniej niż zwykle), narastanie depresji w godzinach porannych, wyraźne zahamowanie psychoruchowe, pobudzenie ruchowe, utrata apetytu, ubytek masy ciała i utrata libido. W zależności od liczby i nasilenia objawów epizod depresyjny można określić jako łagodny, umiarkowany lub ciężki.

W przypadku łagodnego epizodu depresji (F32.0), zazwyczaj występują dwa lub trzy z wyżej wymienionych objawów. Pacjent jest z tego powodu zaniepokojony i zwykle nie jest w stanie podołać większości swoich obowiązków. O umiarkowanym epizodzie depresji (F32.1) mówimy wówczas gdy występują cztery lub więcej z wyżej wymienionych objawów, a pacjent może mieć duże trudności z wykonywaniem codziennych obowiązków. Epizod depresji ciężki (F32.2) ma miejsce wówczas, gdy kilka z wyżej wymienionych objawów osiąga znaczne nasilenie i jest źródłem przygnębienia; typowa jest utrata poczucia własnej wartości, niska samoocena i poczucie winy. Często pojawiają się myśli i próby samobójcze, zazwyczaj występuje też szereg objawów somatycznych. ICD - 10 wymienia również Epizod depresji ciężki, z objawami psychotycznymi (F32.3). Mówimy o nim wówczas gdy zauważamy wszystkie kryteria jak w przypadku ciężkiego epizodu depresji i dodatkowo daje się zauważyć omamy, urojenia, zahamowanie psychoruchowe lub osłupienie uniemożliwiające wykonywanie podstawowych codziennych czynności; stan ten może zagrażać życiu w związku z ryzykiem samobójstwa, odwodnienia lub głodowaniem. Treść omamów i urojeń może, ale nie musi być zgodna z obniżonym nastrojem.

Zaburzenia depresyjne mogą manifestować się w różny sposób w zależności od wieku i poziomu rozwoju. Klasyfikacje, DSM-V oraz ICD-10 nie rozróżniają depresji dorosłych i dzieci, chociaż klasyfikacja DSM-V bierze pod uwagę fakt, że dzieci i młodzież w wieku od 7 do 18 lat mogą wyrażać swoje cierpienie poprzez chroniczną ciężką i nawracającą drażliwość, przejawiającą się werbalnie i/lub behawioralnie (Bernaras i wsp., 2019). Należy pamiętać, że depresja

często towarzyszy innym zaburzeniom wśród których najczęściej wymieniane są zaburzenia lękowe, zaburzenia zachowania, zaburzenia opozycyjno-buntownicze, zespół hiperkinetyczny, zaburzenia odżywiania oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych (Rabe-Jabłońska, 2004; Miernik-Jaeschke i wsp., 2013; Kalinowska i wsp., 2013).

Obok pojęcia depresja dość często spotykamy się z pojęciem stany depresyjne. Stany depresyjne to pojęcie najczęściej oznaczające niegroźne spadki nastroju, błędnie utożsamiane z depresją kliniczną. Używając terminu stany depresyjne najczęściej określa się krótkotrwałe epizody smutku, które bardzo często związane są z takimi wydarzeniami jak zawód miłosny, śmierć bliskiej osoby, czy różnego rodzaju niepowodzenia na przykład szkolne. Symptomy stanów depresyjnych poprzez które rozumie się lekkie obniżenie nastroju ograniczają się właściwie tylko do sfery afektywnej. W takich sytuacjach może wystąpić obniżenie samopoczucia, jednakże jest ono krótkotrwałe, oraz stosunkowo lekkie i odwracalne pod wpływem czynników stanowiących pozytywne wzmocnienie (Link-Darowska, 2011, Kamińska i wsp., 2016).

Jednym z najczęściej stosowanych w literaturze naukowej narzędzi do pomiaru symptomów depresji dzieci i młodzieży jest Inwentarz Depresji Dziecięcej – CDI (Kovacs, 1985), zbudowany na bazie poznawczej teorii depresji Becka (1967). Szczegółowo wzmankowana teoria została opisana w dalszej części pracy. W tym miejscu wspomnijmy, że według teorii Becka wśród komponentów depresji wyróżnia się pięć grup objawowych depresji okresu dojrzewania, do których zalicza się: (1) Symptomy emocjonalne - negatywny nastrój, płaczliwość, zamartwianie się i niepokój, rozdrażnienie. W dalszej kolejności wymienia się problemy interpersonalne, których oznaką może być skłonność do unikania kontaktów społecznych. (2) Deficyty poznawcze – zniekształcenia w myśleniu w przypadku nastolatków to niska samoocena swoich zdolności i osiągnięć, a także negatywne wyobrażenie własnego ciała. Dodatkowo można zauważyć katastrofizowanie zdarzeń negatywnych oraz pewnego rodzaju selektywność, która polega na dostrzeganiu tylko tego co negatywne (Auerbach i wsp., 2015; Connolly i wsp., 2016). (3) Deficyty motywacyjne - utrata zainteresowań, a także odczuwania przyjemności (anhedonia), niezdolność do doświadczania przyjemności, z utratą energii oraz poczuciem wyobcowania (Meeus, 2016; Orchard i wsp., 2017; Orchard i wsp., 2018). Stan osamotnienia oraz głębokiego smutku wewnętrznego może ujawniać się przez zachowania agresywne, w tym ucieczkę w substancje psychaktywne, a także uzależnienie od smartfonów oraz wirtualnego świata co w konsekwencji prowadzi do coraz większej izolacji od ludzi (Richardson i wsp., 2005; Kalinowska i wsp., 2013). (4) Objawy somatyczne – warto zauważyć, że pojawiają się one znacznie częściej u adolescentów niż u osób dorosłych. Zalicza się do nich utratę apetytu oraz zaburzenia snu, a także uporczywe bóle głowy brzucha oraz mięśni (Rabe-Jabłońska, 2001, 2004). (5) Symptomy behawioralne – częste napady złości które mogą przybrać postać agresji werbalnej, a także zachowania

destrukcyjne oraz ryzykowne (Kovacs, 1985; Carr, 2004; Greszta, 2006; Oleś, 2010; Kovacs i wsp., 2016). Do charakterystycznych symptomów depresji Kovacs zalicza: smutek, anhedonię, spadek energii, utratę zainteresowań, zaburzenia snu, utratę apetytu, negatywną samoocenę, poczucie winy oraz myśli samobójcze (Kovacs, 1985)

## **4.2. Modele wyjaśniające depresję**

W chwili pojawienia się jakichkolwiek dolegliwości spontanicznie rodzi się pytanie dotyczące przyczyn ich powstania, czynników wyzwalających oraz sposobów radzenia sobie z nimi. Nie inaczej jest w przypadku symptomów depresji. Trudność polega jednak na tym, że zazwyczaj trudno mówić o jednym czynniku wyzwalającym. Często trudno również wskazać na jakies jedno konkretne wydarzenie, od którego zaczyna się pogarszać nastrój (O'Neil i Kendall, 2012). Występowanie symptomów depresji uzależnione jest od bardzo wielu czynników, wśród których wymienia się czynniki biologiczne, psychologiczne, społeczne i środowiskowe.

### **4.2.1. Model biologiczny**

Dziś dość powszechnie przyjmuje się, że depresja ciężka (endogenna) ma swoje podłoże w mechanizmach biologicznych. Model biologiczny nazywany jest również zamiennie medycznym, organicznym, biomedycznym czy też modelem choroby. W tym modelu przyjmuje się, że u początku zaburzeń zachowania, w tym również depresji, stoją czynniki biologiczne. Wśród czynników biologicznych wyróżnia się uszkodzenia mózgu, zakażenia, a także predyspozycje genetyczne (O'Neil i Kendall, 2012).

Syndromy depresji mogą być wywołane przez uszkodzenia mózgu, które prowadzą do zaburzenia przewodnictwa nerwowego oraz funkcji pełnionych przez endorfiny (Schildkraut, 1965; Whittle i in., 2014; Narbona, 2014). Niedobór tych substancji sprawia, że osoba może bardzo mocno odczuwać przygnębienie i smutek. W modelu biologicznym na uwagę zasługuje hipoteza zwana monoaminergiczną, która pojawienie się symptomów depresji tłumaczy niedoborem noradrenaliny (NA) oraz serotoniny (5HT), a także dopaminy (DA) (Farvolden i wsp., 2003, Rosenzweig i wsp., 1996; Kraus i wsp., 2017; Nique i wsp., 2014; Narbona, 2014). Zauważono również zależność pomiędzy produkcją melatoniny a depresją. Otóż u osób z depresją z wyraźnymi zaburzeniami rytmu dobowego daje się również zauważyć zaburzenie wydzielania melatoniny (Heitzman, 2009; Sivertsen i wsp., 2014; Pariante, 2017). Wyniki badań wskazują, że bezsenność może być czynnikiem ryzyka wystąpienia lub nawrotu depresji zarówno u adolescentów jak i dorosłych (Accardo i wsp., 2012; Sivertsen i wsp., 2014; Foley i wsp., 2017). W modelu biologicznym zwraca się również uwagę na możliwość dziedziczenia depresji (Scourfield i wsp.,

2003; Kaufman i wsp., 2018). Badania Sullivan i wsp. wskazują, że 37% wariacji depresyjności jest związana z czynnikami genetycznymi (Sullivan i wsp., 2000).

#### **4.2.2. Psychodynamiczne rozumienie depresji**

Freud (1991) starał się wyjaśnić dlaczego niektórzy ludzie na stratę reagują afektem żalobnym, który po pewnym czasie udaje się im przezwyciężyć, z kolei w przypadku innych osób pojawia się melancholia, którą Freud utożsamiał z depresją. Zauważmy, że doświadczenie związane z przeżywaniem żałoby, jako reakcja na utratę bliskiej osoby lub utratę abstrakcji (na przykład kraju, wolności lub ideału), chociaż wiąże się ze znacznymi zakłóceniami normalnego trybu życia, nie jest stanem patologicznym (Ribeiro i wsp., 2018). W momencie kiedy osoba odnajdzie to co zostało utracone (np. w innych osobach) wówczas kończy się proces żałoby. Zupełnie czymś innym jest melancholia. Freud wyraźnie opisał, że jest to bolesne przeżycie, które prowadzi do przygnębienia oraz zaprzestania interesowania się światem zewnętrznym odbiera zdolność do miłości a także powoduje obniżenie poczucia własnej wartości (Freud, 1991, s. 59-98; Freud, 2002).

Freud trafnie opisał depresję jako ranę psychiczną lub krwotok, rodzaj „dziury w psychice”, która wyczerpuje całą energię jednostki (Freud, 1985). Gdybyśmy chcieli w sposób zwarty i bardziej przystępny powiedzieć czym jest depresja według Freuda, to należałoby podkreślić że depresja nie ma realnego powodu tak jak żałoba (smutek i żal) to znaczy, że do depresji osoba dochodzi z powodów nie realnych, a emocjonalnych. W przypadku depresji (melancholii) mamy do czynienia z utratą, ale jest to utrata tak zwanego obiektu wewnętrznego ważnego dla nas. Depresja, w ujęciu psychodynamicznym jest reaktywacją przywiązania z obiektem przy jednoczesnym braku zgody na rozstanie z nim (Gabbard, 2010). Osoby, które doświadczają depresji charakteryzuje wrogość kierowana do obiektu pierwotnego (może to być wrogość kierowana w sposób bezpośredni, albo też poprzez obiekt przeniesienia) w kierunku samego siebie (McWilliams, 2016). W wyniku tego dochodzi do zaburzenia funkcji Ja, które przybiera postać zanikania pozytywnego afektu, jego miejsce zajmuje afekt negatywny, dalej pojawiają się myśli o zniszczeniu i śmierci (Poniatowska-Leszczynska i wsp., 2013).

Klein (1934), Klein i Money-Kyrle (1956) w swojej teorii relacji z obiektem, zaznacza, że dziecko w trakcie rozwoju psychicznego przechodzi przez dwie pozycje, schizoidalną oraz depresyjną. Pozycja rozumiana jest tu jako mieszanina popędów, obron i relacji z obiektem, wyrażająca się w zachowaniach afektywnych (Klein i Money-Kyrle, 1956; Klein, 1934; Segal, 2005; Mazgaj i Szklarska, 2008). Zdaniem Klein osoby depresyjne we wczesnej relacji z opiekunem (najczęściej z matką) doświadczały frustracji związanych z uzyskiwaniem gratyfikacji. Obawa związana z utratą opiekuna, obiektu (matki) wiąże się z poczuciem niedostatku oraz

sprawia, że w życiu dorosłym osoba może wracać do mechanizmów patologicznych rozwiązywania pozycji depresyjnej z czym związane są również uczucia smutku, utraty, winy (Klein i Money-Kyrle, 1956; Klein, 2007). Warto zwrócić uwagę na to, że Klein w swojej teorii kładzie akcent na jakość relacji jaka nawiązuje się pomiędzy matką a dzieckiem, szczególnie w pierwszym roku życia dziecka. Stwierdza, że właśnie ten pierwszy rok życia dziecka i jakość relacji jaka się wówczas nawiąże pomiędzy matką a dzieckiem ma ogromny wpływ na rozwój osobowości zdrowej, bądź też skłonnej do zaburzeń depresyjnych (Rosenbluth, 1965).

Na początku lat siedemdziesiątych Blatt (1974) przedstawił pogląd na depresję, który był podstawą prawie 40 lat badań empirycznych i większości współczesnych podejść psychodynamicznych na depresję. Argumentował, że w fenomenologicznym doświadczeniu depresji można zidentyfikować dwa główne problemy: obszar pierwszego problemu odnosi się do samotności, poczucia zaniedbania i porzucenia, drugi zaś związany jest z poczuciem własnej wartości, odpowiedzialności i winy. W nawiązaniu do tego rozróżnienia, badacze zarówno z tradycji psychodynamicznej, jak i poznawczo-behawioralnej zwrócili uwagę na dwa niezależne wymiary wdepresji. Pierwszy to wymiar interpersonalny, odzwierciedlający wysoki poziom zależności, a drugi to wymiar samokrytyczny, który obejmuje rozległe zaangażowanie w samookreślenie i autonomię (Blatt, 1974; Beck, 1983; Blatt i Zurroff, 1992; Blatt, 2004; Luyten i wsp., 2006; Blatt i Luyten, 2009).

Teoretycy, którzy próbują wyjaśnić przyczyny depresji w świetle teorii psychodynamicznych, zaproponowali, że cechy osobowości takie jak samokrytycyzm oraz zależność są czynnikami predysponującymi do pojawienia się depresji (Blatt i Zurroff, 1992). Tłumaczą to w ten sposób, że osoby, które koncentrują się na swoich osiągnięciach, czują się przymuszone do spełniania standardów własnych lub innych osób i w ten sposób zachowują dobre samopoczucie. Z kolei osoby zależne koncentrują się na kwestiach interpersonalnych, a zaspokojenie potrzeby aprobaty zapewnia im dobre samopoczucie. Symptomy depresji są wynikiem zakłócenia relacji z innymi poprzez na przykład utratę relacji, porzucenie, czy odrzucenie społeczne.

Badania Hammen i Goodman-Brown (1990) potwierdziły teoretyczne rozważania zaproponowane przez Blatt i Zurroff (1992). Choć trzeba do tych doniesień podejść z pewną dozą ostrożności, gdyż badania prowadzone były jedynie w wąskiej grupie wiekowej 8-16 lat, dodatkowo wszystkie badane osoby zostały skategoryzowane jako posiadające szczególną podatność w sferze interpersonalnej (zależność) i osiągnięć (samokrytycyzm). Zauważono, że osoby zależne i samokrytyczne charakteryzują się wysokim poziomem wrażliwości poznawczej i poczuciem beznadziejności. To znaczy, chociaż różne rodzaje doświadczeń życiowych prowadzą do depresji to jednak szczególnie osoby samokrytyczne i zależne narażone są na angażowanie się w myślenie negatywne (Abramson i wsp., 1997).

Podsumowując, w podejściu psychodynamicznym symptomy depresji rozumiane są jako gniew skierowany do wewnątrz (Freud, 1917), surowe wymagania superego (Freud, 1917), nadmierne potrzeby osobowości narcystycznej, oralnej i / lub analnej (Chodoff, 1972), zaniżonej samooceny (Bibring, 1953), deprywację w relacji matka-dziecko w pierwszym roku życia dziecka (Klein, 1934).

#### 4.2.3. Depresja w podejściu poznawczo - behawioralnym

Beck (1967, 1987) prowadząc badania wśród osób cierpiących na depresję doszedł do wniosku, że za sposób ich funkcjonowania w głównej mierze odpowiada negatywny sposób interpretacji zdarzeń. Według Becka istnieją trzy mechanizmy, które są odpowiedzialne za pojawienie się depresji, błędne przetwarzanie informacji, negatywne schematy poznawcze oraz tzw. negatywna triada poznawcza czyli negatywny obraz siebie, przyszłości i otaczającego świata. Beck (1967,1987) zauważył, że osoby z depresją znacznie częściej niż pozostałe (bez zaburzenia nastroju) skupiają swoją uwagę na negatywnych aspektach wydarzeń, tym samym pomijają to, co jest pozytywne w tych wydarzeniach. A zatem można w takim przypadku mówić o błędzie poznawczym (*faulty information processing*), który polega na wyłącznie negatywnym spostrzeganiu i interpretowaniu zdarzeń i otrzymywanych informacji (Beck, 1967,1987).

Zniekształcenia poznawcze potęgują negatywne myśli i uczucia. Osoba, która odbiera otaczający świat i ludzi przez pryzmat zniekształconego poznania, nie uświadamiając sobie tego, może mieć bardzo negatywny obraz świata, ludzi a także własnej osoby. Zniekształcenia poznawcze w niewielkim nasileniu są obecne właściwie u wszystkich ludzi, również tych, u których nie występują zaburzenia psychiczne. Duże nasilenie i zwiększona częstotliwość występowania zniekształceń poznawczych może być źródłem zaburzeń nastroju w tym depresji (Beck i wsp., 1979). Wśród wielu możliwych zniekształceń poznawczych zwraca się uwagę na: (1) dychotomiczne myślenie, czyli spostrzeganie świata i zachodzących w nim procesów jako dwóch skrajności, albo wszystko jest dobre, albo wszystko jest złe; (2) nadmierne uogólnianie czyli wyciąganie negatywnych wniosków bez potwierdzenia ich odpowiednimi przesłankami; (3) personifikacja poprzez którą tłumaczy się branie odpowiedzialności za wypowiedzi i zachowanie innych osób. Wspomniane błędy poznawcze zniekształcają percepcję oraz interpretację bodźców w ten sposób, że informacje są odbierane zgodnie z przekonaniami i stylem myślenia (Fiske i Taylor, 1991).

Drugim mechanizmem odpowiedzialnym za pojawienie się depresji według Becka (1967, 1987) są negatywne schematy poznawcze. To pewien zasób negatywnej wiedzy dotyczący własnej osoby oraz otaczającego świata. Schematy te rozwijają się w dzieciństwie (Dobson i Dozois, 2001). Beck twierdził, że negatywne schematy poznawcze mogą zostać nabyte w dzie-

ciństwie w wyniku traumatycznych wydarzeń, na przykład śmierć bliskiej osoby (rodzica lub rodzeństwa), odrzucenie przez rodziców, krytyka pochodząca od osób znaczących w tym szczególnie od rodziców, rówieśników czy nauczycieli. Innym doświadczeniem stojącym u podłoża powstania negatywnych schematów poznawczych może być nadopiekuńczość, rodziców, różnego rodzaju nadużycia w tym szczególnie nadużycia na tle seksualnym lub też zaniedbanie. Oprócz wyżej wymienionych, do wydarzeń predysponujących pojawienie się negatywnych schematów zalicza się zastraszanie w szkole, oraz wykluczenie z grupy rówieśniczej. Zauważa się, że sama obecność negatywnych schematów poznawczych nie musi wiązać się z wystąpieniem depresji. Dopiero w momencie stresującego wydarzenia życiowego lub też jako efekt uboczny przyjmowania leków, czy też w połączeniu z czynnikami hormonalnymi, negatywny schemat zostaje aktywowany. Z kolei po aktywacji negatywnego schematu dominuje myślenie nielogiczne lub uprzedzenie poznawcze (Clark i Beck, 1999; Singer i wsp., 2008).

Ostatnim mechanizmem wymienianym w teorii Becka jest z elementów tzw. negatywna triada poznawcza (Beck, 1967, 1987). Błędy poznawcze oraz negatywne autoschematy czyli inaczej struktury myślenia depresyjnego utrzymują negatywną triadę to znaczy negatywny i nieprawdziwy obraz siebie (własnej osoby), przyszłości oraz otaczającego świata. Te negatywne myśli pojawiają się w sposób spontaniczny. Osoby z depresją postrzegają siebie jako bezradne, bezwartościowe i niekompetentne. Zdarzenia interpretują w sposób nierealistyczny negatywny, ciągle przewidują porażkę, a świat spostrzegają jako przeszkodę stojącą na drodze realizacji życiowych planów i zamierzeń z którą nie można sobie poradzić. Swoją przyszłość z kolei widzą jako całkowicie beznadziejną, ponieważ ich bezwartościowość uniemożliwia jakiegokolwiek działanie mające na celu poprawę sytuacji. W momencie, gdy te trzy składniki oddziałują na siebie, zakłócają normalne przetwarzanie poznawcze, prowadząc do upośledzenia percepcji, pamięci i zdolności rozwiązywania problemów.

### **Poznawcza koncepcja depresji Rhema**

Prezentowana koncepcja depresji ma swoje źródło w teorii samoregulacji Kanfera (1970, 1971), Kanfer i Karoly, 1972). Model ten zwraca uwagę na deficyty w elementach odpowiedzialnych za samokontrolę u osób zmagających się z depresją. Wspomniane mechanizmy samokontroli to samoobserwacja, samoocena i samowzmacnianie (Rehm, 1977). Według Rhema czynniki wywołujące i podtrzymujące depresję to koncentracja na negatywnych zdarzeniach z jednoczesnym pomijaniem zdarzeń pozytywnych, nadmierne oczekiwania na natychmiastowe skutki zachowania, wygórowane kryteria oceny własnych działań, słabe samowzmacnianie własnej motywacji do skutecznych zachowań przy jednoczesnym wymierzaniu sobie nadmiernych kar za spostrzegane niedociągnięcia (Rehm, 1977, 1979, Spence i wsp., 2005). Osoby z deficy-

tami w obszarze samoregulacji w sposób wybiórczy koncentrują się na negatywnych wydarzeniach, jednocześnie lekceważąc wydarzenia pozytywne, wyznaczają też sobie nierealistycznie wysokie ogólne cele do osiągnięcia, sprawiając, że stają się one niemożliwe do zrealizowania. Co więcej, krytycznie oceniają samych siebie, a nawet jeśli osiągają sukcesy, to zaniżają ich znaczenie lub przypisują je przypadkom losowym, czy też czynnikom, których nie mogą zawdzięczać sobie. Wspomniane osoby są również powściągliwe gdy chodzi o nagradzanie siebie w przypadku gdy na to zasługują natomiast z łatwością obarczają się karami w sytuacji gdy zaobserwują jakiegokolwiek niedociągnięcia w obszarze funkcjonowania.

### **Modele depresji związane z brakiem nadziei i bezradnością**

Wspomniane modele depresji swoje źródło mają w obserwacjach świata zwierząt jakie poczynili Miller i Seligman (Miller i Seligman, 1975). Otóż obserwując zachowanie zwierząt zauważono, że zwierzęta, które przez pewien okres były narażone na działanie niekorzystnych warunków, których nie były w stanie kontrolować, nie podejmowały żadnych działań w celu ich uniknięcia. Następnym krokiem było przeniesienie zdobytego doświadczenia ze świata zwierząt na ludzi. Seligman zasugerował, że w przypadku kiedy osoba żywi błędne przekonanie dotyczące tego, że kontrola nad sytuacją trudną nie jest możliwa wówczas nie podejmuje żadnych działań w związku z czym nieustannie odczuwa symptomy depresji (Miller i Seligman, 1975).

### **Model depresji związany z brakiem nadziei**

Jedną z najbardziej znaczących teorii podatności poznawczej na depresję jest teoria beznadziejności (Abramson i wsp., 1989). Wspomniana teoria zakłada, że osoby, które posiadają negatywne style poznawcze są podatne na rozwój poczucia beznadziejności po wystąpieniu negatywnych zdarzeń. Z kolei poczucie beznadziejności jest wystarczającą przyczyną dla wystąpienia określonego podtypu depresji (depresja beznadziejności), którą charakteryzuje deficyt motywacyjny oraz smutek. Oprócz tego zauważa się myśli samobójcze, brak energii, opóźnienie psychoruchowe, zaburzenia snu, słabą koncentrację, niską samoocenę oraz podwyższoną zależność. Powyższe założenia potwierdzają badania dorosłych i młodzieży (Hankin i wsp., 2001; Joiner i wsp., 2001), oraz badania z udziałem dzieci Abela i D'Alessandro (2001), Abela i Sarin (2002), Abela i Payne (2003), Abela i Hankin (2007). W badaniach, które prowadzili Fehon i wsp., (2000) zauważono, że w próbie hospitalizowanych nastolatków wysoki poziom samokrytyki i zależności wiązał się z wysokim poziomem poczucia beznadziejności (Fehon i wsp., 2000).

### **Model wyuczonej bezradności**

Wyuczona bezradność, to pewnego rodzaju zaburzenie w obszarach poznawczym, motywacyjnym i emocjonalnym człowieka, które powstaje na skutek konfrontacji z sytuacją trudną (Sędek i Kofta, 1993). Opisywane zjawisko nosi nazwę wyuczonej bezradności, ponieważ nie jest cechą wrodzoną. Jak zauważył Seligman i współpracownicy (Seligman i Maier, 1967, Seligman i Beagley, 1975) możemy mówić o dwójakiej bezradności. Pierwsza to bezradność uniwersalna druga to bezradność osobista. Bezradność uniwersalna jest poczuciem, w którym podmiot uważa, że nic nie da się zrobić z sytuacją, w której się znajduje. Wierzy, że nikt nie może złagodzić bólu ani dyskomfortu. Z kolei bezradność osobista jest znacznie bardziej zlokalizowanym poczuciem bezradności. W tym przypadku osoba może być przekonana co do tego, że inni ludzie z otoczenia mogą znaleźć rozwiązanie lub uniknąć bólu lub dyskomfortu, ale sama żyje przekonaniem, że osobiście nie jest w stanie znaleźć rozwiązania (Abramson i wsp., 1989). Oba rodzaje bezradności mogą prowadzić do stanu depresji, ale jakość tej depresji może się różnić. Ci, którzy czują się ogólnie bezradni, będą mieli tendencję do upatrywania zewnętrznych przyczyn zarówno swoich problemów, jak i niezdolności do ich rozwiązania, podczas gdy ci, którzy czują się osobiście bezradni, będą mieli tendencję do znajdowania wewnętrznych przyczyn. Ponadto ci, którzy czują się osobiście bezradni, częściej cierpią z powodu niskiej samooceny, ponieważ wierzą, że inni mogliby prawdopodobnie rozwiązać problemy, które oni uważają za niemożliwe do rozwiązania. Seligman definiuje bezradność jako intuicyjne pojęcie, które pociąga za sobą przekonanie, że nic nie będzie miało znaczenia, a wszelkie podejmowane wysiłki są daremne. Wynika to z ogólnego przekonania, że człowiek ma bardzo niewielką lub żadną kontrolę nad środowiskiem. Występuje, gdy jednostka przypisuje negatywne zdarzenia życiowe czynnikom wewnętrznym (to ja jestem winien zaistniałej sytuacji), stabilnym (przekonanie o tym, że zaistniała sytuacja nigdy się nie zmieni), oraz globalnym (sytuacja w której się znalazła osoba będzie miała wpływ na całokształt jej życia, na każde podjęte działanie (Maier i Seligman, 2016).

### **Hipoteza aktywacji różnicowej Teasdale**

Hipoteza aktywacji różnicowej zaproponowana przez Teasdale (1983), Teasdale i Russell (1983) bazuje na modelu depresji Becka dodatkowo próbuje wyjaśnić nie tylko podatność osoby na pojawienie się depresji jak jest to w przypadku teorii Becka, ale usiłuje również wyjaśnić podatność na utrzymywanie się depresji. Teasdale (1983) w swoich badaniach dowiódł, że oprócz wszelkich różnic w organizacji poznawczej, które mogą być widoczne w stanie bez depresji, oraz wszelkich idiosynkratycznych schematów poznawczych, które mogą być aktywowane przez określone sytuacje, podatność na ciężką i uporczywą depresję jest silnie związana z różnicami we wzorcach myślenia, które są aktywowane w stanach depresyjnych (Teasdale,

1988). Teasdale sugeruje, że wzorce myślenia aktywowane w początkowym stadium depresji będą decydować o tym, czy stan ten pozostanie łagodny, przejściowy, czy też stanie się bardziej dotkliwy (Teasdale, 1983; Teasdale i wsp., 2000; Segal i wsp., 2002).

Zgodnie z tą hipotezą pierwotne źródło depresji może nie mieć większego znaczenia na utrzymywanie się i rozwój depresji. Decydującym czynnikiem decydującym o tym, czy początkowa depresja będzie się nasilać i utrzymywać jest schemat myślenia (Teasdale, 1983). Hipoteza aktywacji różnicowej przyjmuje trzy ogólne założenia: (1) obniżony nastrój wpływa na przetwarzanie informacji, zwiększając dostępność depresyjnych interpretacji i doświadczeń; (2) w wyniku wpływu nastroju na przetwarzanie poznawcze, zwiększona negatywna interpretacja zdarzeń jest źródłem stanów depresyjnych; (3) istnieją indywidualne różnice dotyczące charakteru wzorców myślenia, które są aktywowane przez depresyjny nastrój i wiążą się w pewien sposób z różnicami w doświadczeniach oraz ich interpretacji. Według Teasdale, podatność na depresję nie jest związana z reakcją na negatywne wydarzenia lecz z brakiem umiejętności regulowania długości oraz intensywności towarzyszących tym wydarzeniom emocji (Teasdale, 1988).

### **Teoria reakcji na nastrój depresyjny**

Teoria reakcji na nastrój depresyjny autorstwa Nolen-Hoeksema (1991) próbuje wyjaśnić czas trwania epizodów depresyjnych u poszczególnych osób. Z pobieżnych obserwacji możemy dowiedzieć się, że niektóre osoby dotknięte depresją pozostają w takim stanie zaledwie kilka dni, podczas gdy inne pozostają w depresji przez miesiące a nawet lata. Nolen-Hoeksema i Morrow (1991), zauważyli, że tym co decyduje o długości epizodu depresyjnego jest sposób reakcji na przygnębiony nastrój. W szczególności osoby z ruminacyjnym stylem reagowania na nastrój depresyjny są narażone na przedłużający się okres obniżonego nastroju. Reakcje ruminacyjne polegają na powtarzalnym skupianiu się na fakcie, że ktoś jest w depresji, na objawach depresji, oraz na przyczynach, znaczeniach i skutkach objawów depresyjnych. Natomiast osoby, które mają tendencję do wykonywania przyjemnych, rozpraszających czynności, aby złagodzić nastrój, zanim spróbują skupić się na swoich problemach i je rozwiązać, będą miały krótsze okresy obniżonego nastroju (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema i Girgus, 1994; Nolen-Hoeksema i wsp., 1997; Nolen-Hoeksema, 2000).

### **4.3. Sytuacje trudne a symptomy depresji**

Trudne sytuacje życiowe mogą prowadzić do problemów w funkcjonowaniu. Liczne badania wskazują na istotne zależności między doświadczeniem negatywnych wydarzeń, a symptomami depresji (Garnefski i wsp., 2001; Garnefski i wsp., 2003; Goldstein i wsp., 2020; Van Den Heuvel, i wsp., 2020). Badania wskazuje, że kobiety częściej reagują symptomami de-

presji, gdy są narażone na zdarzenia negatywne (Nazroo i wsp., 1997; Maciejewski i wsp., 2001; Sandanger i wsp., 2004).

Wyniki badań wskazują, że poziom odczuwanego stresu moderuje związek między negatywnymi wydarzeniami życiowymi, a symptomami depresji. W przypadku osób o niskim poziomie odczuwanego stresu negatywne zdarzenia miały jedynie niewielki wpływ na poziom symptomów depresji. W przypadku osób, które charakteryzował wysoki poziom odczuwanego stresu zauważono istotny, dodatni związek między negatywnymi zdarzeniami, a nasileniem symptomów depresji (Johnson i Sarason, 1978; Billings i wsp., 1983; Kuiper i wsp., 1986). W odniesieniu do etiologicznych modeli depresji ten wzorzec wskazuje, że sama obecność negatywnych wydarzeń życiowych nie wystarcza do wywołania depresji (Cohen i wsp., 1993).

W zrozumieniu tego, w jaki sposób poziom stresu może przyczynić się do różnych form patologii, w tym do pojawienia się symptomów depresji, pomocne może okazać się odwołanie do transakcyjnej teorii stresu Lazarusa i Folkman (1984). Badacze zauważyli, że doświadczenie stresu jest łagodzone przez oceny poznawcze generowane przez jednostkę. Oceny te mogą koncentrować się na samym wydarzeniu (oceny podstawowe) lub na szacowanej zdolności osoby do radzenia sobie ze zdarzeniem (oceny wtórne). Stąd też osoby z wysokim poziomem globalnego stresu mogą postrzegać ogólną niezdolność do radzenia sobie z dodatkowymi negatywnymi zdarzeniami i w konsekwencji spostrzegać te zdarzenia jako całkowicie przytłaczające. Takie negatywne oceny mogą z kolei wzmacniać późniejszą ekspresję różnych form psychopatologii, w tym depresję.

Nieco inaczej związek wydarzeń stresowych z pojawieniem się depresji tłumaczy Bromfield i współpracownicy (1992), formułując hipotezę uczulenia na stres lub „rozpalania”. Post (1992) opisali proces, w którym pierwszy epizod depresji uwrażliwia jednostkę na wydarzenia życiowe, a zatem kolejne epizody wymagają mniejszego stresu, aby wywołać nawrót depresji. Teoria ta odegrała zasadniczą rolę w wyjaśnieniu wysokiego wskaźnika nawrotów i skrócenia odstępów czasu między nawracającymi epizodami depresji (Solomon i wsp., 2000; Lewinsohn i wsp., 2000). Na podstawie hipotezy uczulenia na stres nieco później prowadzono badania, które dotyczyły wpływu niekorzystnych doświadczeń we wczesnym dzieciństwie i reaktywności na stres w późniejszym wieku. Wykazano, że wczesne negatywne wydarzenia życiowe i niekorzystne środowisko przewidują nasilenie symptomów depresji (Nolen-Hoeksema i wsp., 1992), **anawet** mogą stać u podłoża dużej depresji (Hammen, 2000). Badając doświadczenia z dzieciństwa, odkryto tak zwany efekt uczulenia na stres, w którym kobiety z wyższym poziomem przeciwności losu wykazywały bardziej depresyjne reakcje na niski poziom stresu w porównaniu tymi, które napotykały mniej przeciwności (Hammen, 2000). W badaniach Hazel i wsp. (2008) dowiedziono, że stres doświadczany w okresie dojrzewania pośredniczył w związku między

wczesnymi trudnymi doświadczeniami życiowymi a początkiem dużej depresji (Hazel i wsp., 2008).

Wyniki badań wskazują, że zależność między doświadczaniem trudnych sytuacji życiowych a symptomami depresji jest w dużym stopniu wyjaśniana przez strategie regulacji emocji (Campbell-Sills i wsp., 2007; Mennin i wsp., 2007; Abravanel i wsp., 2014). Można zatem mówić, że stresujące wydarzenia życiowe mają wpływ na regulację emocji, co z kolei jest związane z nasileniem symptomów depresji (Southam-Gerow i Kendall 2000). Potwierdzają to również badania Stikkelbroek i inni (2016), którzy badali zależność między symptomami depresji, negatywnymi zdarzeniami i poznawczymi strategiami regulacji emocji u nastolatków.

Podsumowując, symptomy depresji to ciągle aktualny problem wielu ludzi w tym co raz częściej ludzi młodych. Zrozumienie mechanizmu powstawania depresji jest cenną wiedzą, dzięki której można lepiej pomóc osobom zmagającym się z tym trudnym doświadczeniem. W niniejszej pracy z uwagi na temat skoncentrowano się szczególnie na poznawczo – behawioralnych modelach wyjaśniających pojawienie się depresji. Uświadomienie sobie roli jaką w etiologii depresji odgrywają sytuacje trudne może zostać wykorzystane dla budowania systemów wsparcia dla adolescentów szczególnie narażonych.

## Rozdział V Hospitalizacja jako sytuacja trudna

Choroba w życiu każdego człowieka jest czasem powodującym szczególne obciążenia, zakłócając normalne funkcjonowanie. Kłopoty zdrowotne można zaliczyć do sytuacji trudnych, stresowych. Pojawienie się choroby zwłaszcza niespodziewane stawia osobę w sytuacji nowej, zmusza do reorganizacji codziennego życia oraz wyznacza nowe zadania (Heszen-Niejodek, 2000). Choroba w kontekście koncepcji stresu Lazarusa i Folkman posiada wszystkie elementy charakterystyczne dla szeroko rozumianych stresorów w tym element zagrożenia, zakłócenie realizacji celów życiowych, trudności w zaspokojeniu potrzeb oraz utratę cenionych wartości (Lazarus i Folkman, 1984; Terlak, 2001; Grygorczuk, 2008). Pojawienie się dolegliwości zdrowotnej wywołuje zmiany w życiu młodej osoby, która nastawiona jest na realizowanie postawionych sobie celów, marzeń i planów związanych z przyszłością. Wyniki badań wskazują, że młodzież z poważnymi dolegliwościami natury medycznej jest narażona na zwiększone ryzyko rozwoju problemów emocjonalnych, takich jak depresja, w porównaniu z osobami zdrowymi (Alati i wsp., 2005; Zashikhina i Hagglof, 2007; Lange, 2010; Lacomba-Trejo i wsp., 2020; Kim i wsp., 2020; Lohan i wsp., 2020).

Bardzo trudną i obciążającą sytuacją dla adolescenta jest hospitalizacja (Brown i wsp., 1993; MacKenzie, 1988). Adolescenci stanowią znaczną część populacji hospitalizowanych pacjentów, a liczba przyjęć na oddział szpitalny dotyczy z reguły zdrowych nastolatków i wiąże się z nagłym pogorszeniem stanu zdrowia czy w przypadku różnego rodzaju urazów, którym ulegają adolescenti i zazwyczaj trwa krótko (zwykle kilka dni) (Gusella i wsp., 1998; Moura de Moura i wsp., 2015). Jednak nawet krótkotrwały pobyt w szpitalu, może mieć niekorzystny wpływ na dobrostan adolescenta i przyczynić się do zaostrzenia stresu życiowego (White i Walker, 1993). W związku z pobytem w szpitalu, a zatem wskutek pojawienia się nowych wzorców relacji, pewnego podporządkowania, braku normalnego jak dotychczas funkcjonowania zwiększa się wrażliwość młodego człowieka (Kim i wsp., 2020).

Głównym wyzwaniem dla adolescentów hospitalizowanych jest próba poradzenia sobie z utratą kontroli, której doświadczają w niemal każdej sferze życia (Surmacka, Motyka, 2014). Wspomniana utrata kontroli może wywołać u adolescentów uczucie niepokoju, bezsilności, nadmiernej zależności czy bezradności (Krywda-Rybska i wsp., 2012). W niektórych okolicznościach może dojść nawet do całkowitej utraty kontroli nad poszczególnymi funkcjami organizmu. Taka sytuacja może prowadzić do różnego rodzaju reakcji, na przykład cofnięcie się do bardziej zależnego stanu młodszego dziecka. Z kolei inni adolescenti mogą aktywnie przeciwstawiać się zasadom obowiązującym na oddziale, tworząc w ten sposób konflikty z opiekunami

(Meyer, 1969). Wyniki badań sugerują, że u hospitalizowanej młodzieży może pojawić się frustracja, depresja i złość (Zebrack i wsp., 2014; Surmacka, Motyka, 2014).

Sytuacja hospitalizacji związana jest z nowymi warunkami, w których młody człowiek nie zawsze potrafi się odnaleźć, skorzystać ze skutecznych strategii przystosowawczych. Samopoczucie pacjentów hospitalizowanych w dużej mierze determinowane jest przez atmosferę panującą w szpitalu. Według badań (Szpringer i wsp., 2010) komfort pobytu w szpitalu kształtuje się od chwili przyjęcia na oddział, aż do jego opuszczenia. Stąd ważny jest dla pacjentów każdy etap hospitalizacji. Istotnym i ważnym elementem dla pacjentów jest poszanowanie ich intymności a jej brak negatywnie wpływa na samopoczucie. Bardzo trudny jest początkowy okres pobytu w szpitalu, kiedy to dotychczas zdrowa osoba zaczyna funkcjonować w nowym środowisku i nowej sytuacji życiowej (szczególnie ważne gdy jest to pierwsza hospitalizacja w życiu). Stan psychiczny chorego może pogarszać się wraz z upływającym czasem a przyczyną tego mogą być niejasności związane z diagnozą czy też skomplikowany proces terapeutyczny. Osoba hospitalizowana jest zmuszona do przyjęcia nowej roli „pacjenta” (Szpringer i wsp., 2010).

W przypadku hospitalizacji można spotkać się dość często ze zjawiskiem jatrogenizacji, czyli niezamierzonymi zdarzeniami, które wynikają z leczenia i mają wpływ na pogłębienie stresu. Jatrogenizacja może być związana na przykład ze sposobem komunikacji personelu (lekarze i pielęgniarki posługują się fachową terminologią) wywołując w ten sposób zaniepokojenie u pacjentów (Gordon, 1999; Bąk-Sosnowska, 2006; Leathers, 2007). Najczęściej, przy szeregu czynności wykonywanych przy chorym oczekuje się od niego cierpliwości, posłuszeństwa i bierności. Pobyt w szpitalu wiąże się dla chorego z niepewnością co do istoty choroby, oderwaniem od codziennego normalnego trybu życia. Utrata samodzielności a także uzależnienie się od nieznanymi ludźmi oraz pojawiający się ból może powodować przygnębienie, apatię a nawet może być przyczyną depresji (Ziarko, 2014).

Bardzo często oprócz objawów chorobowych u osoby hospitalizowanej wyzwała się poczucie zagrożenia a także utrata poczucia bezpieczeństwa. Pacjent przebywający na oddziale w pewnym sensie staje się jednym z wielu, zaczyna istnieć jako ktoś anonimowy, trafia do wspólnej sali z innymi ludźmi, których nie zna. Często sposób bycia innych pacjentów z którymi chory jest zmuszony przebywać, jest dla niego drażniący (Leathers, 2007). Pacjenci hospitalizowani niepokoją się o stan swojego zdrowia, obawiają się okaleczenia, cierpienia, śmierci. Osoba hospitalizowana może cierpieć z powodu oderwania od rodziny (Ziarko, 2014).

Adolescenci, którzy doświadczają hospitalizacji przeżywają traumę nie tylko fizyczną, ale też i emocjonalną i społeczną (Hopkins i wsp., 2014). Ograniczony kontakt z rodziną i najbliższymi, w tym rówieśnikami, brak normalnych zajęć szkolnych negatywnie wpływają na funkcjonowanie fizyczne, psychiczne, społeczne i poznawcze młodzieży (Moore i wsp., 2012).

Przebywanie z dala od rodziny i rówieśników powoduje zwiększenie izolacji, zakłóca rozwijanie przyjaźni oraz pełne zaangażowanie w życie rodzinne, obniża pewność siebie (Hopkins i wsp., 2014), może być przyczyną zamartwiania się i smutku (Palmer i wsp., 2007).

## **Rozdział VI Przegląd badań dotyczących zależności między regulacją emocji, poczuciem wsparcia i symptomami depresji u młodzieży**

W niniejszym rozdziale zostaną zaprezentowane wybrane badania dotyczące zależności między poznawczymi strategiami regulacji emocji, wsparciem społecznym, oraz symptomami depresji.

### **Spostrzegane wsparcie społeczne a depresja**

W badaniach Stice i współpracowników (2004) sprawdzono, czy deficyty w spostrzeganym wsparciu społecznym są predyktorem wzrostu depresji oraz, czy depresja jest predyktorem mniejszego wsparcia społecznego. Badania prowadzone były w grupie dorastających dziewcząt (N=496) w wieku od 11 do 15 lat (M 13, SD 0,73). Badanie trwało dla jednej części badanych rok, dla drugiej części 2 lata. Wśród uczestników przeprowadzono wywiad a następnie proszono o wypełnienie ankiety na początku badania oraz po 1 i 2 latach obserwacji. Spostrzegane wsparcie społeczne zostało zmierzone za pomocą Inwentarza Sieci Relacji (ISR) Furman, 1996, 2002). Depresję diagnozowano na podstawie wywiadu opierającego się na kryteriach depresji zawartych w DSM-IV (wyd. 4; DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994).

Wyniki badań pokazały, że niedobory wsparcia ze strony rodziców przyczyniały się do powstania depresji, oraz do wzrostu objawów depresji. Nie zauważono natomiast takiej zależności w przypadku wsparcia ze strony rówieśników. Otrzymane wyniki są zbieżne z wynikami wcześniejszych badań, które wykazały, że deficyty wsparcia rodziców, ale nie wsparcie rówieśników przewidywały wzrost objawów depresji (Lewinsohn i wsp., 1994; Windle, 1992). W przeciwieństwie do tej zależności zauważono, że początkowe symptomy depresji, oraz duży epizod depresyjny przewidywały spadek wsparcia ze strony rówieśników, ale nie ze strony rodziców. Otrzymane wyniki są zgodne z teorią mówiącą o tym, że wsparcie zmniejsza ryzyko depresji (Lazarus i Folkman, 1984), ale jednocześnie sugerują, że efekt ten może być specyficzny jedynie dla wsparcia ze strony rodziców.

W badaniu Ge i współpracowników (2009) sprawdzano potencjalne powiązania pomiędzy nieaktywnymi wydarzeniami życiowymi, bliskością rodziców oraz depresją. Próbkę składała się 756 adolescentów w tym 380 chłopców i 376 dziewcząt, średnia wieku wyniła 13,55 (SD = 1,99). Symptomy depresji zostały oszacowane za pomocą Inwentarza Depresji Dziecięcej (CDI) autorstwa Kowacs (1985), Bliskość rodzic dziecko zmierzono za pomocą Parent-Child Relationship Scale (Hetherington i Clingempeel, 1992), natomiast stresujące wydarzenia życiowe zostały wskazane przez badanych adolescentów z listy 91 wymienionych stresujących wydarzeń życiowych w ostatnich 12 miesiący. Wyniki badania pokazały, że negatywne wydarzenia życiowe są związane z objawami depresji, ale tylko te które dotyczyły życia osobistego a nie rodzinnego

były skorelowane istotnie statystycznie. Zaobserwowano również, że to bliskość matki, a nie ojca moderuje wpływ negatywnych wydarzeń życiowych zarówno osobistych, jak i rodzinnych na późniejsze objawy depresyjne.

Kaltiala-Heino i współpracownicy (2001) badali uwarunkowania depresji wśród adolescentów, w czasie przeprowadzki oraz rolę spostrzeganego wsparcia społecznego. W badaniu udział wzięło 16464 osób w wieku 14–16 lat. Depresja w tym badaniu została zmierzona za pomocą Inwentarza Depresji Becka (BDI), natomiast spostrzeganie wsparcie społeczne oceniano za pomocą subiektywnie odczuwanej troski emocjonalnej. Spostrzeganie wsparcie rodziców zostało ocenione poprzez pytanie „Czy jesteś w stanie porozmawiać z rodzicami na tematy, które są dla ciebie osobiście ważne?”. O wsparcie społeczne od rówieśników pytano „Czy masz bliskiego przyjaciela, z którym możesz poufnie porozmawiać o wszystkich swoich „Czy masz bliskiego przyjaciela, z którym możesz poufnie rozmawiać o wszystkich swoich osobistych sprawach?”. Spostrzeganie wsparcie ze strony nauczycieli oszacowano zadając pytanie o „czy nauczyciele są zainteresowani tym jak się czujesz”.

Wyniki badań pokazały, że depresja występowała częściej wśród adolescentów, których rodzice mieli niższe wykształcenie. Zauważono również, że istnieje związek między bezrobociem rodziców a objawami depresji u badanych adolescentów. Zarówno dziewczęta jak i chłopcy częściej wykazują symptomy depresji w przypadku bezrobocia ich rodziców. Brak spostrzeganego wsparcia społecznego z jakiegokolwiek źródła wiązał się ze zwiększoną częstością występowania depresji zarówno u chłopaków jak i u dziewcząt.

Rubio i współpracownicy (2020) badali indywidualną ocenę wymiarów wsparcia społecznego (przyjaciele, rodzina, osoby znaczące, szkoła) oraz używanie substancji psychoaktywnych (alkohol, marihuana i inne nielegalne narkotyki), jako moderatory związku między objawami depresji a myślami samobójczymi. Badanie, dotyczyło 775 nastolatków średni wiek = 15,48 (SD = 0,96), 45,9% kobiet z 20 losowo wybranych szkół w Santiago de Chile. W badaniu zastosowano następujące narzędzia: Kwestionariusz Youth's Inventory-4 (YI-4) (Gadow i wsp., 2002). Skalę Spostrzeganego Wsparcia Społecznego, opracowaną przez Zimet i współpracowników (1988) i zwalidowaną dla populacji młodzieży w kontekście chilijskim przez Mosqueda Díaz i współpracowników (2015). Skala mierzy spostrzeganie wsparcie społeczne w trzech wymiarach: rodziny, przyjaciół i innej znaczącej osoby.

Wyniki tego badania wykazały, że wszystkie oceniane rodzaje wsparcia społecznego są moderatorami związku między depresją a myślami o śmierci lub myślami samobójczymi (im wyższe spostrzeganie wsparcie społeczne, tym słabszy związek między depresją a myślami o śmierci lub myślami samobójczymi, przy czym wsparcie rodziny ma najważniejszy efekt mo-

derujący), Podobne wnioski prezentują (Brausch i Decker, 2014; Lamis i wsp., 2016; Fredrick i wsp., 2018).

Geng i współpracownicy (2020) jako cel obrali zbadanie związku między negatywnymi emocjami a jakością życia, a także leżącym u ich podstaw mechanizmem wsparcia społecznego jako moderatora. Łącznie przebadano 6401 nastolatków (w wieku 9-15 lat). Uczestnicy byli badani za pomocą następujących narzędzi: Inwentarza Jakości Życia dla Dzieci 4.0 (PedsQL; Varni i wsp., 2003), który mierzy cztery aspekty: funkcjonowanie fizjologiczne, funkcjonowanie emocjonalne, funkcjonowanie społeczne i funkcjonowanie szkolne, Skala Depresji Stresu i Lęku (NESS; Lovibond i Lovibond, 1995) składała się z 3 podskal z 21 pozycjami, które odpowiednio mierzyły indywidualne doświadczanie depresji, lęku i stresu. Odporność mierzono za pomocą Resilience Scale for Chinese Adolescent (Hu i Gan 2008). Natomiast wsparcie społeczne Skalą Wsparcia Społecznego (PSSS; Zimet i wsp., 1998).

Wyniki badania pokazały, że negatywne emocje mogą w większym stopniu zmniejszać odporność, a także jakość życia nastolatków z niższym wsparciem społecznym w porównaniu z osobami z wyższym wsparciem społecznym. Wsparcie społeczne moderowało wszystkie ścieżki wśród negatywnych emocji, odporności i jakości życia. Prowadzone badanie potwierdziło wcześniejsze ustalenia (Ruiz-Robledillo, i wsp., 2014; Song i Wang, 2019), dotyczące tego, że wsparcie społeczne może mieć pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne.

### **Depresja i poznawcze strategie regulacji emocji**

d'Acremont i Van der Linden, (2007) badali wiążek między poznawczymi strategiami regulacji emocji, a depresją w okresie dojrzewania. Badaniami objęto 107 uczniów gimnazjum (57 dziewcząt i 50 chłopców) w wieku od 13 do 16 lat. Średnia wieku w badanej grupie wyniosła ( $M = 14,32$ ). Poznawcze strategie regulacji emocji zmierzono za pomocą Kwestionariusza Poznawczych Strategii Regulacji Emocji (CERQ) autorstwa Garnefski i współpracowników (2001). Depresję oszacowano za pomocą Skali Depresji Młodzieży Reynoldsa (RADS) (Reynolds, 1987). Analiza regresji wykazała, że poznawcze strategie regulacji emocji takie jak planowanie, obwinianie siebie, ruminacja, katastrofalizacja i pozytywna ponowna ocena najlepiej prognozują wystąpienie symptomów depresji. Analizy regresji przeprowadzone w innych badaniach wskazały te same strategie przy przewidywaniu depresji (np. Garnefski i wsp., 2002), z wyjątkiem strategii ponownego skoncentrowania się na planowaniu.

Garnefski i wsp., (2003) badali relacje pomiędzy poznawczymi strategiami regulacji emocji a objawami depresji u młodzieży w różnych typach zdarzeń życiowych. Badaniem objęto 129 adolescentów (69 chłopców i 60 dziewcząt) w wieku 14-18 lat ( $M = 15,15$ ;  $SD = 0,94$ ). Symptomy depresji zmierzono za pomocą Kwestionariusza SCL-90, poznawcze strategie regula-

cji emocji zmierzono za pomocą Kwestionariusza Poznawczych Strategii Regulacji Emocji, autorstwa Garnefski i współpracowników. Natomiast w celu zidentyfikowania negatywnych zdarzeń życiowych zadano adolescentom pytanie otwarte by wskazali, które wydarzenie ze swojego życia uznają „najbardziej negatywne”. Przykładowymi zdarzeniami, które zgłaszali adolescenti to śmierć bliskiej osoby, przyjaciela lub zwierzęcia domowego, (przewlekła) choroba, uraz lub wypadek, rozwód rodziców, kłótnie rodzinne, zastraszanie, przeprowadzka i wykorzystywanie.

Nie stwierdzono związku między typem negatywnego zdarzenia życiowego, a objawami depresyjnymi. Stwierdzono natomiast istotne związki między typem zdarzenia życiowego a poznawczymi strategiami regulacji emocji. Negatywne zdarzenia życiowe w sposób istotny korelowały z obwinianiem siebie oraz obwinianiem innych. Młodzież doświadczająca zagrożenia zdrowia najczęściej za taki stan rzeczy obwiniała siebie. Natomiast w przypadku stresu związanego z relacjami, młodzież najczęściej stosowała strategię obwiniania innych. W tym samym badaniu zauważono również istotną zależność pomiędzy symptomami depresji a poznawczymi strategiami regulacji emocji. Wśród poznawczych strategii regulacji emocji z symptomami depresji korelowała strategia obwiniania siebie, ruminacji, pozytywne przewartościowanie, stwarzanie perspektywy, oraz katastrofizowanie.

Istotny związek pomiędzy poznawczą strategią ruminacji, a symptomami depresji potwierdzają również badania, które prowadzili Garnefski i współpracownicy, oraz Nolen-Hoeksema i współpracownicy (Garnefski i wsp. 2001, 2002; Nolen-Hoeksema i wsp., 1994). Związek pomiędzy poznawczą strategią obwiniania siebie oraz symptomami depresji potwierdzają również badania Andersona i wsp., 1994; oraz Garnefski i wsp., 2001, 2002). W przypadku adaptacyjnej strategii pozytywne przewartościowanie zauważono, że im częściej badani używają strategii pozytywne przewartościowanie, tym mniej zauważa się u nich objawów depresyjnych.

W kolejnym badaniu Garnefskiej oraz Kraaij (2006) porównywały zależności między poznawczymi strategiami regulacji emocji, a objawami depresji w pięciu grupach wiekowych. Grupa pierwsza „wcześni adolescenti” stanowiła 597 osób w wieku od 12 do 15 lat, ( $M=13,11$ ;  $SD = 0,74$ ), grupa druga „późni adolescenti”  $N = 1164$  osób w w wieku 16-18 lat, ( $M = 16,11$ ;  $SD = 0,77$ ), grupa trzecia „osoby dorosłe”  $N = 611$  osób w wieku od 18 do 65 lat ( $M = 41,11$ ;  $SD = 11,51$ ), grupa czwarta to osoby „starsze” w wieku powyżej 65  $N= 89$  osób ( $M = 77,2$ ;  $SD = 6,12$ ), grupa piąta „pacjenci psychiatryczni objęci pomocą ambulatoryjną”  $N = 300$  osób w wieku 18-65 lat ( $M = 35,5$ ;  $SD = 11,25$ ).

W prowadzonym badaniu wykorzystano Kwestionariusz Poznawczych Strategii regulacji Emocji (Garnefski, i wsp., 2001), Kwestionariusz SCL-90. Wyniki MANOVA pokazały, że wystąpił istotny główny efekt dla „rodzaju próbki”, wskazując na ogólną różnicę w posługiwaniu

się poznawczymi strategiami regulacji emocji w pięciu badanych grupach. Adolescenci w większości przypadków uzyskali niższe wyniki w zakresie konkretnych poznawczych strategii regulacji emocji w porównaniu z osobami dorosłymi. Sugeruje to, że chociaż wszystkie poznawcze strategie regulacji emocji którymi posługują się dorośli są także używane przez nastolatków, to jednak istnieje tendencja wzrostu zakresu ich używania wraz z dojrzewaniem. Tendencja ta jest szczególnie widoczna w przypadku strategii ponownej oceny. Wyniki analiz korelacyjnych między objawami depresji, a poznawczymi strategiami regulacji emocji w badanych grupach wskazują na to, że strategie: akceptacji, ruminacji oraz katastrofizowania dodatnio korelują z symptomami depresji we wszystkich pięciu grupach. Strategia pozytywnego przewartościowania była negatywnie powiązana z symptomami depresyjnymi. Ponadto strategia samoobwiniania, była pozytywnie skorelowana z symptomami depresyjnymi we wszystkich grupach z wyjątkiem grupy osób starszych. W przypadku grupy klinicznej osoby uzyskały znacznie wyższe wyniki w zakresie strategii obwinianie siebie, ruminacji, i katastrofizowania, niż osoby z innych grup.

Duarte i współpracownicy (2015) przeprowadzili badanie mające na celu przetestowanie moderującego wpływu płci na związek między poznawczymi strategiami regulacji emocji a objawami depresyjnymi. W badaniu wzięło udział 319 adolescentów w wieku od 13 do 15 lat. W badaniu zastosowano Skalę Depresji Dziecięcej (CDI) autorstwa Kovacs (1985) oraz Kwestionariusz Poznawczych Strategii Regulacji Emocji (CERQ) której autorką jest Garnefski i współpracownicy (2001).

Wyniki tego badania wskazują na to, dziewczęta zgłaszały wyższy poziom objawów depresyjnych niż chłopcy, co potwierdziło inne badania między innymi Hankin i współpracowników (1998), Hilt i Nolen-Hoeksema (2009), Nolen-Hoeksema (1990, 2001). Zauważono również, że dziewczęta częściej niż chłopcy stosowały nieprzystosowane strategie regulacji emocji poznawczych (katastrofizowania i obwiniania siebie). Potwierdzają to również badania Garnefski i współpracowników (2004), a także Öngen (2010). Stwierdzono również, że dziewczęta wykazywały tendencję do częstszego stosowania niż chłopcy poznawczej strategii akceptacji. Jednak otrzymane wyniki nie potwierdzają tezy, mówiącej o tym, że chłopcy mają większą skłonność niż dziewczęta do używania adaptacyjnych poznawczych strategii regulacji emocji (Öngen, 2010).

W związku między strategią pozytywnego przewartościowania a objawami depresyjnymi stwierdzono moderujący wpływ płci. Wyniki sugerują, że w przypadku strategii pozytywnego przewartościowania dziewczęta prezentowały wyższy poziom objawów depresyjnych niż chłopcy, z wyjątkiem najwyższego stanu pozytywnej ponownej oceny, w którym obie płcie osiągnęły ten sam niski poziom objawów depresyjnych. Innymi słowy, im bardziej młodzież polega na pozytywnej ponownej ocenie w celu radzenia sobie z negatywnymi wydarzeniami

życiowymi, tym niższy jest poziom objawów depresyjnych, które prezentują, chociaż objawy te zmniejszają się w bardziej wyraźny sposób u dziewcząt.

### **Badania adolescentów chorych i hospitalizowanych**

Mihalca i współpracownicy (2016) przeprowadzili badania wśród adolescentów które miało na celu zbadanie różnic kulturowych w funkcjonowaniu społecznym i strategiach radzenia sobie u przewlekle chorych nastolatków. Zrekrutowano 168 nastolatków (48,5% dziewcząt) w wieku od 11 i 17 lat ( $M = 13,86$ ;  $SD = 1,86$ ), z Rumunii ( $N = 78$ ; 52,6% dziewcząt; wiek  $M = 13,99$ ;  $SD = 2,03$ ) oraz Republiki Mołdawii ( $N = 90$ ; 40% dziewcząt; wiek  $M = 13,76$ ;  $SD = 1,64$ ). Z całej próby 35,7% uczestników było z rozpoznaną astmą, 35,7% z przewlekłym zapaleniem nerek (CRF) i 28,6% z młodzieńczym reumatoidalnym zapaleniem stawów JRA. Funkcjonowanie społeczne adolescentów oceniano za pomocą zaadaptowanej wersji Skali Życia z Przewlekłą Chorobą – wersja dla adolescentów (LCI-y) autorstwa Adams i współpracowników (2002), Poznawcze Strategie Regulacji Emocji zostały oszacowane za pomocą Kwestionariusza Poznawczych Strategii Regulacji Emocji autorstwa Garnefski i współpracowników (2001).

Młodzież mołdawska uzyskała wyższe wyniki w skali LCI-y niż ich rumuńscy rówieśnicy. Wystąpił główny wpływ zmiennej kulturowej na obwinianie siebie, ruminację, katastrofizowanie oraz obwinianie innych. Mołdawska młodzież uzyskała znacznie wyższe wyniki w zakresie obwiniania siebie, ruminacji, katastrofizowania oraz obwiniania innych, ale niższe wyniki w zakresie koncentracja na czymś pozytywnym w porównaniu z rumuńskimi rówieśnikami. Związki między strategiami radzenia sobie nastolatków i problemami funkcjonowania społecznego na całej próbie łącznie wskazują, że młodzież, która stosowała bardziej nieprzystosowane strategie, takie jak obwinianie siebie, ruminacje, katastroficzne i obwinianie innych i w mniejszym stopniu strategie adaptacyjne takie jak koncentracja na czymś pozytywnym zgłaszała więcej problemów z funkcjonowaniem społecznym.

Garnefski i współpracownicy (2009) zaprojektowali badania, których celem było sprawdzenie, w jaki sposób poznawcze strategie regulacji emocji są powiązane z nieprzystosowaniem psychicznym u nastolatków z chorobą przewlekłą. Badaniom poddano grupę 53 adolescentów w wieku 12-18 lat ze zdiagnozowanym młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów (JIA). Uczestnicy zostali zrekrutowani z ambulatoryjnej pediatrycznej kliniki Leiden University Medical Center (LUMC) w Holandii. Poznawcze strategie regulacji emocji zmierzono za pomocą Kwestionariusza Poznawczych Strategii Regulacji Emocji Garnefski i wsp., (2001). Zmierzono również poziom lęku oraz symptomy depresji przy pomocy Skali SCL-90 (Derogatis, 1977) w tłumaczeniu i adaptacji (Arrindell i Ettema 1986). Z kolei jakość życia oszacowano za pomocą testu DUX-25 (Conolly i Johnson, 1999; Kolsteren i wsp., 2001).

Analiza otrzymanych wyników wykazała, że poznawcze strategie regulacji emocji takie jak ruminacja i katastrofizowanie były najważniejszymi predyktorami niedostosowania psychicznego u adolescentów z JIA. Dodatkowo wynik korelacji  $r$  Pearsona oraz analizy regresji, które dotyczyły związków między skalami CERQ a ogólną jakością życia wykazały, że poznawcza strategia ruminacji była najważniejszym predyktorem obniżenia jakości życia.

Kraaij i Garnefski (2012) w badaniach prowadzonych wśród młodzieży poszukiwały odpowiednich czynników radzenia sobie w rozwoju programów interwencji psychologicznej dla nastolatków z przewlekłym schorzeniem. Zbadano szeroki zakres technik radzenia sobie, w tym radzenie sobie kognitywne. Próba obejmowała 176 nastolatków z przewlekłym schorzeniem. Trzydzieści dwa procent to mężczyźni, a średnia wieku wynosiła 17 lat ( $SD = 2,6$ ; zakres 12–21). Z całej próby 87,9% zgłosiło przewlekłą chorobę, przy czym większość nastolatków zgłaszała cukrzycę (27,0%), reumatyzm (17,4%), astmę (15,5%), epilepsję (10,3%) i chorobę mięśni (6,4%) lub różne schorzenia. Spośród wszystkich nastolatków 55,2% zgłosiło niepełnosprawność fizyczną (ograniczenie w używaniu części ciała, zaburzenia widzenia, problemy ze słuchem, problemy z mową lub kombinację). Czterdzieści jeden procent zgłosiło, że miało przewlekłą chorobę od urodzenia, pozostali mieli tę przewlekłą chorobę średnio od 6 lat ( $SD = 3,7$ ; zakres 1–17). Osiemdziesiąt procent zgłosiło, że jest na lekach.

Charakterystykę przewlekłego stanu chorobowego mierzono za pomocą samoopisu. Prawie wszystkie cechy były mierzone jednym pytaniem. Ciężkość przewlekłego stanu chorobowego mierzono za pomocą 4 pozycji w skalach od 0 do 10. Dwie pozycje pochodziły z Krótkiego Kwestionariusza Percepcji Choroby (Broadent i wsp., 2006). Negatywne wydarzenia życiowe mierzono za pomocą 13-punktowej listy kontrolnej (Garnefski i współpracownicy niepublikowana opracowana na potrzeby badania). Lista zawierał negatywne wydarzenia życiowe dotyczące siebie lub osób znaczących, takie jak śmierć bliskiej osoby, rozwód rodziców, nadużywanie alkoholu lub narkotyków w rodzinie, ofiarą poważnego wypadku oraz nadużycia fizycznego i/lub seksualnego. Ten instrument nie zawierał żadnych codziennych kłopotów. Poznawcze radzenie sobie mierzono za pomocą Kwestionariusza Poznawczych Strategii Regulacji Emocji (Garnefski i wsp., 2001) Objawy depresji szacowano za pomocą podskali depresji z Listy Kontrolnej Objawów SCL-90 (Derogatis, 1977).

Dziewczęta zgłaszały więcej objawów depresyjnych niż chłopcy. Adolescenci, którzy określali swój stan chorobowy jako cięższy również doświadczali istotnie większej liczby objawów depresyjnych. Żadne inne cechy (wiek, przewlekła choroba nabyta przy urodzeniu lub w późniejszym okresie życia oraz czas, jaki upłynął od przewlekłej choroby u osób, u których wystąpiła choroba w późniejszym okresie życia) nie były istotnie związane z objawami depresyjnymi. Negatywne zdarzenia życiowe były istotnie związane z objawami depresyjnymi. Wyni-

ki korelacji pokazały, że startegie obwiniania siebie, ruminacji, katastrofizowania, obwiniania innych i zaprzeczania były pozytywnie skorelowane z objawami depresyjnymi, natomiast strategia koncentracja na czymś pozytywnym i stwarzanie perspektywy były ujemnie skorelowane z objawami depresyjnymi. Strategia behawioralna polegająca na emocjonalnym wsparciu była pozytywnie skorelowana z objawami depresji.

Przegląd literatury w zakresie omawianego tematu pozwala zauważyć, że problem regulacji emocji, spostrzeganego wsparcia społecznego, oraz symptomy depresji to temat ciągle aktualny. Przy czym należy zaznaczyć, że w przypadku prac dotyczących poznawczych strategii regulacji emocji zauważa się pewną dysproporcję w zakresie wieku badanych osób. Otóż zdecydowanie więcej prac w których podejmowany jest temat strategii regulacji emocji dotyczy osób starszych. Prowadzony przegląd literatury pozwolił zauważyć obszary, które dotąd nie były jeszcze badane.

## Rozdział VII Metodologia badań własnych

W tej części pracy przedstawiony zostanie cel pracy oraz hipotezy badawcze z ich uzasadnieniem. Zaprezentowany będzie również opis badanej grupy, zastosowane narzędzia pomiaru i procedura badawcza. Omówione będą też techniki statystyczne zastosowane do analizy wyników.

### Cel pracy

Celem pracy było udzielenie odpowiedzi na pytanie jaka jest relacja między poznawczymi strategiami regulacji emocji (Garnefski i wsp., 2001) oraz spostrzeganym wsparciem społecznym (Zimet i wsp., 2010) i objawami depresji (Kovacs, 1992) u młodzieży zdrowej i hospitalizowanej na oddziale ortopedycznym. Kontrolowano również poziom ogólnej skłonności do odczuwania lęku (*lęk cecha*), oraz poziom aktualnie przeżywanego lęku (*lęk stan*). Porównano adolescentów zdrowych i hospitalizowanych na oddziale ortopedii pod względem:

- a) stosowania poznawczych strategii regulacji emocji i spostrzegania wsparcia społecznego,
- b) stopnia w jakim stosowanie poznawczych strategii regulacji emocji oraz spostrzegane wsparcie społeczne było związane z symptomami depresji.

Do tej pory nie było prowadzonych badań porównawczych dotyczących strategii regulacji emocji i postrzegania wsparcia społecznego przez młodzież zdrową i hospitalizowaną na oddziale ortopedycznym. Badania zależności między wsparciem społecznym, poznawczymi strategiami regulacji emocji oraz symptomami depresji u nastolatków hospitalizowanych również mają charakter nowatorski.

### Problem badawczy

Problematyka prowadzonych badań przedstawiona w niniejszej pracy koncentruje się wokół następujących pytań:

Czy istnieją różnice między nastolatkami zdrowymi i hospitalizowanymi w zakresie stosowania poznawczych strategii regulacji emocji, spostrzeganego wsparcia społecznego oraz symptomów depresji?

Jakie są zależności między wsparciem społecznym, strategiami regulacji emocji i symptomami depresji w grupie młodzieży zdrowej i hospitalizowanej na oddziale ortopedii?

Czy poznawcze strategie regulacji emocji pośredniczą w związku między spostrzeganym wsparciem społecznym, a objawami depresji u nastolatków zdrowych i hospitalizowanych?

### **Hipotezy badawcze**

Na podstawie wyników dotychczasowych badań oraz rozważań teoretycznych sformułowane zostały następujące hipotezy.

Hipoteza 1. Są istotne różnice między nastolatkami zdrowymi i hospitalizowanymi pod względem stosowania poszczególnych poznawczych strategii regulacji emocji oraz spostrzeganego wsparcia społecznego.

Pobyty w szpitalu to szczególnie trudne wyzwanie. Szpital pod wieloma względami różni się od domu rodzinnego (Denholm i Joschko, 1988; Stevens i in., 2010; Flujas-Contreras i in., 2020). Różnice w częstości stosowania różnych strategii regulacji emocji wykazali Garnefski i współpracownicy (2017) w badaniach osób dorosłych z różnymi dolegliwościami somatycznymi. Osoby z dolegliwościami somatycznymi znacznie częściej niż osoby zdrowe stosowały nieadaptacyjne strategie regulacji emocji, między innymi strategię obwiniania siebie, ruminacji oraz katastrofizowania (Garnefski *wsp.*, 2017). W badaniach adolescentów, którzy zmagali się z chorobą przewlekłą zidentyfikowano dwie nieadaptacyjne strategie regulacji emocji, ruminacje i katastrofizowanie, które szczególnie często stosowali badani adolescenty jako odpowiedź na zaistniałą sytuację trudną (Garnefski i *wsp.*, 2009).

Hospitalizacja może prowadzić do fizycznej i emocjonalnej izolacji od rówieśników (Noll i *wsp.*, 1993; Weekes i Kagan, 1994; Vannatta i *wsp.*, 1998). Wekkes i Kagan (1994) dowiedli w swoich badaniach, że zły stan zdrowia adolescentów i leczenie wymagające długotrwałych i skomplikowanych zabiegów skutkowało zwiększoną zależnością od członków rodziny a tym samym przyczyniały się do rozluźnienia relacji z przyjaciółmi. Do podobnych wniosków doszli Haluska i współpracownicy (2002), którzy badali adolescentów chorych na raka. Wyniki prowadzonych badań sugerują, że adolescenty chorzy na nowotwór komunikowali znacznie wyższy poziom spostrzeganego wsparcia ze strony rodziców niż ich zdrowi koledzy.

Stąd też spodziewaliśmy się, że tendencje do stosowania określonych strategii regulacji emocji oraz spostrzegane wsparcie społeczne będą odmienne u adolescentów zdrowych i hospitalizowanych.

Hipoteza 2. Przynależność do grupy osób zdrowych lub hospitalizowanych (czyli typ grupy) jest moderatorem relacji między poznawczymi strategiami regulacji emocji a objawami depresji.

Ponieważ adaptacyjność poszczególnych strategii w dużej mierze zależy od sytuacji życiowej, w jakiej znajduje się dana osoba spodziewaliśmy się, że między nastolatkami zdrowymi a hospitalizowanymi, wystąpią różnice w zależnościach między strategiami regulacji emocji a objawami depresyjnymi (d'Acremont i Van der Linden, 2007; Tedeschi, 1999; Silk i wsp., 2003). Innymi słowy, przypuszczaliśmy, że fakt bycia osobą zdrową lub hospitalizowaną będzie zmieniał nasilenie zależności między poznawczymi strategiami regulacji emocji a symptomami depresji.

Hipoteza 3. Stosowanie strategii obwinianie siebie, ruminacji i katastrofizowania jest dodatnio związane z objawami depresji, natomiast stosowanie strategii pozytywnego przewartościowania jest ujemnie związane z objawami depresji w grupie zdrowych nastolatków.

Hipoteza ta jest hipotezą replikacyjną. W dotychczasowych badaniach stwierdzono, że adolescenti pochodzący z Holandii, którzy osiągnęli wysokie wyniki w zakresie posługiwania się strategią obwiniania siebie, katastrofizowania i ruminacji, oraz niskie wyniki w przypadku strategii pozytywnego przewartościowania, mieli wysokie wyniki w skalach mierzących objawy depresji (Garnefski i wsp., 2001, 2002, 2006; Kraaij i wsp., 2003). W prowadzonych badaniach chcieliśmy sprawdzić, czy te wzorce występują również u zdrowej młodzieży w Polsce.

Hipoteza 4. Poznawcze strategie regulacji emocji pośredniczą w związku między spostrzeganym wsparciem społecznym a objawami depresji u nastolatków.

Spodziewaliśmy się, że będzie współzależność między spostrzeganym wsparciem społecznym, objawami depresji i poznawczymi strategiami regulacji emocji. Mając poczucie wsparcia, nastolatek czuje się bezpieczny i pewny siebie oraz żywi przekonanie, że w konfrontacji z negatywnym doświadczeniem nie pozostaje sam. Wydaje się, że właśnie te podstawowe uczucia wiążą się ze sposobem w jaki adolescent reguluje emocje przeżywane w trudnej sytuacji, a to z kolei wiąże się z doświadczanym nastrojem (Morris i wsp., 2007).

### **Charakterystyka badanych osób**

Badania przeprowadzono wśród uczniów gimnazjów a także w szkołach ponadgimnazjalnych na terenie województwa podkarpackiego łącznie badaniem objęto 500 osób. W analizach właściwych wzięto pod uwagę wyniki 481 osób (dziewiętnaście badań było niekompletnych) wśród których 275 (57.4%) to były dziewczęta a 206 (42.6%) to chłopcy. Badani adolescenti mieli

od 12 do 17 lat. W dalszej części pracy zostaną podane szczegółowe informacje dotyczące poszczególnych grup badanych osób.

### **Próbka 1: adolescenti zdrowi**

Grupa adolescentów zdrowych składała się z 351 uczestników pochodzących z Polski w wieku od 12 do 16 lat (201 dziewcząt i 150 chłopców) Średni wiek adolescentów zdrowych wyniósł  $M = 15,01$  lat ( $SD = 0,93$ ) 71,8% spośród nastolatków chodziło do gimnazjum, a 28,2% do szkoły ponadgimnazjalnej. Gdy chodzi o subiektywną ocenę statusu społeczno ekonomicznego rodziny z której pochodzili adolescenti, to 65% respondentów opisało status swojej rodziny jako średni, 21% jako wysoki, a 14% jako niski. Badania prowadzone były w szkołach w czasie zajęć pod okiem psychologa i polegały na pisemnym wypełnieniu kwestionariuszy. Czas jaki był potrzebny na przeprowadzenie badania to ok 20 min. Dane zostały zebrane od marca do grudnia 2017 r.

### **Próbka 2: adolescenti hospitalizowani**

W grupie adolescentów hospitalizowanych znalazło się 130 adolescentów z Polski w wieku od 12 do 17 lat (74 dziewczęta i 56 chłopców) Średnia wieku w tej grupie wyniosła,  $M = 14,97$  lat ( $SD = 1,54$ ), 69,5% badanych nastolatków to uczniowie ówczesnych gimnazjów, 30,5%, to uczniowie szkół ponadgimnazjalnych, 8,1% uczniowie szkół zawodowych. Sześćdziesiąt osiem procent adolescentów określiło subiektywny status społeczno ekonomiczny swojej rodziny jako średni, 22% jako wysoki, a 10% jako niski. Badanie zostało przeprowadzone w szpitalu na oddziale ortopedii dziecięcej, uczestnikami byli pacjenci po zabiegach ortopedycznych obejmujących stawy, mięśnie, ścięgna i kości oraz po zabiegach nastawiania złamań lub zwichnięć. Badane osoby były rekrutowane przez odpowiednio przeszkolone pielęgniarki. Uczestnicy badania wypełniali kwestionariusz (co zajęło im średnio ok. 20 minut). Dane zostały zebrane między październikiem i czerwcem 2018 roku.

W obu grupach wszyscy uczestnicy mówili po polsku. Osoby badane miały zagwarantowaną anonimowość i nie otrzymały wynagrodzenia za udział w badaniu. Przed przystąpieniem do badania uzyskano zgodę prawnych opiekunów badanych osób. Wszystkie metody, których użyto w prowadzonych badaniach i procedura badawcza zostały zatwierdzone przez Komisję Etyki Badań Naukowych KUL Minimalną wielkość próby określono za pomocą programu G\*Power (Faul i wsp., 2007). Oparto się na średniej wielkości efektu w psychologii osobowości ( $r \approx 0,20$ ; Gignac i Szodorai, 2016).

## Narzędzia badawcze

W badaniach została zastosowana ankieta składająca się z 6 pytań, dotyczących podstawowych informacji socjodemograficznych: płci, wieku, miejsca zamieszkania, typu szkoły, rodziny pochodzenia, czasu pobytu w szpitalu w przypadku młodzieży hospitalizowanej).

Kwestionariusz Poznawczych Strategii Regulacji Emocji Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Garnefski i wsp., 2001; w polskiej adaptacji Marszał-Wiśniewska i Fijałkowska, 2010) został użyty do pomiaru poznawczych strategii regulacji emocji, których używa osoba po doświadczeniu negatywnych zdarzeń. Kwestionariusz odnosi się do myśli jednostki po doświadczeniu negatywnego zdarzenia (Garnefski i wsp., 2001). Składa się z 36 pozycji i mierzy dziewięć różnych strategii poznawczych radzenia sobie. Zadaniem osoby badanej jest ocena na skali 5-stopniowej (od 1 – prawie nigdy, do 5 – prawie zawsze), jak często pojawiają się u niej określonego typu myśli w odniesieniu do sytuacji trudnej. Kwestionariusz obejmuje 9 skal (każdą tworzą 4 twierdzenia) odpowiednio do wyodrębnionych strategii regulacji emocji.

Obwinianie siebie - odnosi się do myśli o obwinianiu siebie za to, czego osoba doświadczyła, przykładowe stwierdzenie: „myślę, że to ja jestem za to odpowiedzialny/a”; Akceptacja - to strategia, która odnosi się do myśli o pogodzeniu się z tym co się wydarzyło: „myślę, że muszę to zaakceptować”; Ruminacja - odnosi się do częstego przywoływania w pamięci uczuć i myśli związanych z negatywnym wydarzeniem: „cały czas staram się zrozumieć, dlaczego czuję się w ten sposób”; Koncentracja na czymś pozytywnym - polega na przeniesieniu myślenia na inne przyjemne sprawy zamiast koncentracji na faktycznym wydarzeniu: „myślę o miłszych rzeczach, które nie mają z tym nic wspólnego”; Planowanie - oznacza zastanawianie się nad tym, co zrobić jakiego podjąć działania, aby poradzić sobie z trudnym wydarzeniem: „myślę, jak mogę sobie z tym poradzić”; Pozytywne przewartościowanie - myślenie o nadaniu pozytywnego znaczenia wydarzeniu w kategoriach osobistego wzrostu: „myślę, że to może mnie czegoś nauczyć”, Stwarzanie perspektywy - patrzeć na wydarzenie z innej perspektywy, przemyślenia na temat powagi wydarzenia w porównaniu z innymi wydarzeniami: „myślę, że to nie jest aż tak złe, jak inne rzeczy, które mogły mi się przytrafić”; Katastrofizowanie - strategia, która polega na podkreślaniu grozy zdarzenia, doświadczenia: „myślę, że to najgorsza rzecz, która mogła mi się przydarzyć”; Obwinianie innych - dotyczy myśli, w których za to co się wydarzyło obwinia się inne osoby: „myślę, że to inni wszystko spowodowali”.

Właściwości psychometryczne kwestionariusza są zadowalające. Rzetelność typu zgodność wewnętrzną polskiej wersji kwestionariusza wynosi *alfa* Cronbacha 0,83 (Oleś i Woźny, 2015), wskaźniki rzetelności poszczególnych skal mieszczą się w granicach od 0,50 (Akcepta-

cja) do 0,81 (Koncentracja na czymś pozytywnym) (Michalca, 2013). Trafność kwestionariusza potwierdzają ujemne zależności pomiędzy adaptacyjnymi strategiami regulacji emocji a lękiem i depresją oraz pozytywne związki pomiędzy nieadaptacyjnymi strategiami radzenia a nasileniem depresji i lęku (Michalca, 2013).

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku dla Dzieci STAI-C (STAIC; Spielberger i wsp., 1973; w wersji polskiej Jaworowskiej, 2005) został zastosowany do zbadania lęku stanu oraz lęku cechy. Lęk stan to negatywna reakcja emocjonalna o charakterze przejściowym, której towarzyszy aktywacja autonomicznego układu nerwowego. Lęk stan zmienia się w zależności od czynników zagrażających. Lęk cecha oznacza względnie stałą dyspozycję do postrzegania obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających. Lęk-cecha koreluje dodatnio z neurotycznością oraz reaktywnością emocjonalną i perseweratywnością (Wrześniewski i wsp. 2006). Kwestionariusz składa się z dwóch podskal X-1 do badania lęku stanu, przykładowe itemy: skali X-1

- jestem zdenerwowany

- czuję się swobodnie

- boję się

przy każdym stwierdzeniu są do wyboru trzy odpowiedzi: tak, raczej tak, nie

oraz X-2 do badania lęku cechy, przykładowe stwierdzenia:

- czuję się nieszczęśliwy,

- mam kłopoty,

- trudno mi sięna coś zdecydować,

przy każdym stwierdzeniu są do wyboru trzy odpowiedzi: **często, czasami, rzadko**

Każda ze skal składa się z 20 stwierdzeń. Pozycje są oceniane na 3-punktowej skali, ocen, z opcjami odpowiedzi o wartości 3, 2 lub 1 Kwestionariusz STAI-C w polskiej adaptacji wykazuje wysoką rzetelność i trafność (Jaworowska, 2005).

Inwentarz Depresji Dziecięcej (CDI; Kovacs, 1992; adaptacja na język polski przez Oleś, 2010) zastosowany został do pomiaru symptomów depresji. Jest jedną z najpowszechniej stosowanych metod do pomiaru symptomów depresji u dzieci i młodzieży. Składa się z 27 pozycji testowych dotyczących poznawczych, afektywnych i behawioralnych symptomów depresji, takich jak smutek, anhedonia, spadek energii, utrata zainteresowań, zaburzenia snu, utrata apetytu, negatywna samoocena, poczucie winy i myśli samobójcze. Każda pozycja testowa sformułowana jest w postaci 3 alternatywnych twierdzeń, z których badany wybiera to, które najlepiej wyraża, jak czuł się w okresie ostatnich dwóch tygodni.

Przykładowe itemy:

a) „Cały czas coś mnie niepokoi”

- b) „Często coś mnie niepokoi”
- c) „Czasami coś mnie niepokoi”

Odpowiedzi punktowane są od 0 do 2, stąd wynik globalny mieści się w granicach od 0 do 54 i wskazuje na stopień nasilenia symptomów depresji: im wyższy, tym większy poziom symptomów depresji. Inwentarz jest szeroko stosowany, przetłumaczono go na wiele języków. Ma satysfakcjonujące własności psychometryczne. Kwestionariusz składa się z pięciu podskal:

1. Negatywny nastrój - mierzy uczucia smutku, płaczliwość, zamartwianie się i niepokój, że coś złego się stanie.
2. Problemy interpersonalne - mierzy problemy w relacjach z innymi, lęk i skłonność do unikania kontaktów społecznych.
3. Nieskuteczność - mierzy negatywną ocenę swoich zdolności i osiągnięć.
4. Anhedonia - mierzy „depresję endogenną”, z niezdolnością do doświadczania przyjemności, z utratą energii, problemami ze snem i poczuciem wyobcowania.
5. Negatywna samoocena – mierzy niską samoocenę, poczucie bycia niekochanym oraz skłonność do myśli o samobójstwie.

Rzetelność inwentarza wynosi 0,86, a dla podskal - od 0,59 do 0,68. Wskaźniki rzetelności zawierają się w granicach od 0,79 do 0,89, wskaźniki stałości zaś od 0,38 do 0,83 (Kovacs, 1992). Wyniki badań wykazały dodatnią korelację CDI ze Skalą Pesymizmu Kazdina (0,57), z cechą depresji w STPI Spielbergera (0,68) z osamotnieniem w skali LSC (0,51) oraz negatywna korelacja z poczuciem własnej wartości w inwentarzu CSEI (-0,71;  $p < 0,001$ ) (Oleś i wsp., 2002). W prezentowanym badaniu analizowany był wynik ogólny CDI.

Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego (MSPSS), (MSPSS; Zimet i wsp., 1988) w polskiej adaptacji Buszman i Przybyła-Basista (2017) została wykorzystana do pomiaru spostrzeganego wsparcia społecznego. MSPSS służy do oceny wsparcia społecznego pochodzącego z trzech źródeł: ze strony rodziny, przyjaciół oraz innych osób znaczących. Składa się z 12 twierdzeń, po 4 w każdej z 3 podskal przykładowo:

„Moja rodzina, rzeczywiście stara się mi pomóc”

„Jest taka osoba/ktoś szczególnie, kto jest przy mnie kiedy jestem w potrzebie”

„Mam paru przyjaciół, z którymi mogę dzielić swoje radości i smutki”

i 7-stopniowej skali odpowiedzi (od *zupełnie nie zgadzam się* po *całkowicie zgadzam się*). Rzetelność (zgodność wewnętrzną) narzędzia obliczono z zastosowaniem współczynnika  $\alpha$  Cronbacha. Dla wyniku ogólnego jego wartość wyniosła 0,89, dla podskali Przyjaciele – 0,93, dla podskali Rodzina – 0,91, a dla podskali Osoba znacząca – 0,86 (Buszman i wsp., 2017). Analiza czynnikowa potwierdziła trójczynnikową strukturę skali (Can-

ty-Mitchell i Zimet, 2000; Zimet i in., 1988). Metoda cechuje się także dobrymi wskaźnikami trafności. Spostrzegane wsparcie społeczne ze strony rodziny koreluje ze wskaźnikiem opieki z jej strony ( $r = 0,76$ ;  $p < 0,001$ ), natomiast niższe korelacje dotyczą opieki rodzinnej i poczucia wsparcia ze strony osób znaczących ( $r=0,48$ ) oraz przyjaciół ( $r = 0,33$ ;  $p < 0,001$ ) (Canty-Mitchell i Zimet, 2000). W badaniu uzyskuje się trzy wskaźniki szczegółowe oraz wskaźnik globalny ogólnego spostrzeganego wsparcia społecznego. Wskaźniki szczegółowe mieszczą się w granicach od 4 do 20, natomiast globalny od 12 do 60.

## **Procedura badawcza**

### **Adolescenci zdrowi**

Badania adolescentów zdrowych zostały przeprowadzone wśród uczniów gimnazjów w Sarzynie, Nowej Sarzynie, Brzozie Królewskiej, Wiązownicy, a także w Zespole Szkół Drogowo Geodezyjnych i Licealnych w Jarosławiu. Badania były anonimowe i miały charakter grupowy. Przeprowadzono je podczas zajęć lekcyjnych po wcześniejszym uzyskaniu zgody przez dyrektorów szkół, badanych adolescentów oraz ich opiekunów. Badani adolescenty zostali poinformowani o ogólnym celu badania oraz wyjaśniono im sposób udzielania odpowiedzi i poproszono o rzetelne wykonanie zadania.

### **Adolescenci hospitalizowani**

Badanie adolescentów hospitalizowanych odbywało się na oddziałach ortopedycznych i pediatrycznych w szpitalach w Rzeszowie, Przemyślu i Jarosławiu. W pierwszym etapie uzyskano pisemną zgodę dyrektorów poszczególnych placówek na prowadzenie badania. W dalszej kolejności dokonano przeszkolenia pielęgniarek, które brały udział w rekrutacji osób do badania.

Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 25. Wykonano testy  $t$  Studenta dla prób niezależnych, analizy korelacji ze współczynnikiem  $r$  Pearsona, analizy MANOVA i ANOVA, regresję wielokrotną a także analizy mediacji i moderacji. Za poziom istotności uznano klasyczny próg  $\alpha = 0,05$ .

## Rozdział VIII Analiza wyników badań własnych<sup>1</sup>

### Statystyki opisowe

W pierwszym kroku policzono podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych. Normalność rozkładów sprawdzono za pomocą wskaźników skośności i kurtozy. Jak widać w tabeli 1 dla wszystkich danych wartości skośności mieszczą się w granicach -1 do 1 a kurtozy w granicach między -2 i 2 co oznacza, że zasadne jest zastosowanie testów parametrycznych w dalszych analizach. Jedynie w podskali wsparcie ze strony rodziny wartość skośności jest nieznacznie mniejsza niż -1.

Badani adolescenti najczęściej korzystają z poznawczej strategii planowania w dalszej kolejności, stwarzania perspektywy, oraz koncentracji na czymś pozytywnym. Najrzadziej stosują strategię obwiniania innych oraz katastrofizowania. Osoby badane najczęściej zauważają wsparcie ze strony osób znaczących najmniej natomiast ze strony rodziny (tab. 1).

**Tabela 1**

Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych N = 481

	Alfa Cron- bacha N=481	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Obwinianie siebie	0,76	10,47	3,53	0,24	-0,20	4,0	20,0
Akceptacja	0,60	11,56	2,78	0,13	0,00	4,0	20,0
Ruminacja	0,70	11,57	3,54	-0,07	-0,61	4,0	20,0
Koncentracja na czymś pozytywnym	0,83	12,11	3,88	-0,11	-0,60	4,0	20,0
Planowanie	0,66	13,68	3,12	-0,28	-0,01	4,0	20,0
Pozytywne przewartościowanie	0,60	11,85	3,11	-0,21	-0,38	4,0	20,0
Stwarzanie perspektywy	0,69	12,50	3,47	-0,14	-0,26	4,0	20,0
Katastrofizowanie	0,83	9,99	3,15	0,19	-0,34	4,0	20,0
Obwinianie innych	0,83	8,03	3,37	0,85	0,48	4,0	20,0
Wsparcie ze strony rodziny	0,81	15,81	3,29	-1,06	1,28	4,0	20,0
Wsparcie osób znaczących	0,79	16,46	3,07	-0,97	0,99	4,0	20,0
Wsparcie przyjaciół	0,80	16,10	3,37	-0,92	0,84	4,0	20,0
Symptomy depresji	0,81	14,01	7,03	0,90	0,53	2,6	39,0
Lęk - stan	0,81	43,84	4,42	-0,11	0,67	31,0	59,0
Lęk - cecha	0,79	45,50	7,74	-0,31	-0,44	23,0	60,0

*M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk.* – skośność; *Kurt.* – kurtoza; *Min* i *Maks.* – najniższa i najwyższa wartość rozkładu

<sup>1</sup> Niektóre z przedstawianych analiz statystycznych zostały opublikowane w artykule Sobol, M., Woźny, M., & Czubak-Paluch, K. (2021). Emotion regulation and social support as related to depressive symptoms: A study of healthy and hospitalized adolescents. *Personality and Individual Differences*. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110665>.

W kolejnym kroku policzono statystyki opisowe badanych zmiennych oddzielnie w grupie zdrowych nastolatków (tab. 2) oraz nastolatków hospitalizowanych (tab. 3). Najczęściej stosowaną poznawczą strategią regulacji emocji w przypadku zdrowych adolescentów była strategia polegająca na planowaniu, natomiast najrzadziej adolescentzi zdrowi posługiwali się strategią obwiniania innych. Adolescentzi zdrowi najczęściej zauważali wsparcie pochodzące od osób znaczących, najmniej wsparcia według nich doświadczali od rodziny.

**Tabela 2**

Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych w grupie zdrowych nastolatków N = 351

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SKE</i>	<i>K</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Obwinianie siebie	10,97	3,37	0,42	-0,16	4,0	20,0
Akceptacja	11,52	2,67	0,09	-0,17	4,0	19,0
Ruminacja	12,08	3,46	-0,11	-0,54	4,0	20,0
Koncentracja na czymś pozytywnym	12,08	3,99	-0,07	-0,72	4,0	20,0
Planowanie	14,28	2,98	-0,31	-0,03	4,0	20,0
Pozytywne przewartościowanie	11,96	3,01	-0,20	-0,14	4,0	20,0
Stwarzanie perspektywy	12,30	3,48	-0,12	0,13	4,0	20,0
Katastrofizowanie	10,15	3,08	0,23	-0,28	4,0	20,0
Obwinianie innych	8,28	3,34	0,89	0,13	4,0	20,0
Wsparcie ze strony rodziny	15,56	3,36	-1,05	1,20	4,0	20,0
Wsparcie przyjaciół	16,09	3,43	-0,97	0,89	4,0	20,0
Wsparcie osób znaczących	16,22	3,16	-0,88	0,50	4,0	20,0
Symptomy depresji	14,06	6,77	1,04	1,05	3,0	39,0
Lęk – cecha	45,15	7,50	-0,34	-0,39	31,0	50,0
Lęk - stan	43,38	3,64	-0,87	0,53	23,0	60,0

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; SKE – skośność; K – kurtoza; Min i Maks. – najniższa i najwyższa wartość rozkładu

W kolejnym kroku policzono podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych w grupie hospitalizowanych nastolatków. W tej grupie najczęściej używaną strategią radzenia sobie z trudnymi doświadczeniami była strategia stwarzanie perspektywy zaś strategią, którą adolescentzi hospitalizowani używali najrzadziej to strategia polegająca na obwinianiu innych. Adolescentzi hospitalizowani mieli poczucie że najczęściej wsparcie otrzymują od osób znaczących natomiast najmniej wsparcia otrzymują od przyjaciół.

**Tabela 3**

Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych ilościowych w grupie hospitalizowanych nastolatków N = 130

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SKE</i>	<i>K</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Obwinianie siebie	9,12	3,58	0,10	-0,77	4,0	18,0
Akceptacja	11,62	3,04	0,21	0,20	4,0	20,0
Ruminacja	10,22	3,38	0,03	-0,73	4,0	18,0

Koncentracja na czymś pozytywnym	12,18	3,53	-0,23	-0,09	4,0	20,0
Planowanie	12,02	2,89	-0,31	0,17	4,0	20,0
Pozytywne przewartościowanie	11,54	3,32	-0,18	-0,85	4,0	18,0
Stwarzanie perspektywy	12,97	3,43	-0,14	-0,34	4,0	20,0
Katastrofizowanie	9,55	3,30	0,18	-0,48	4,0	18,0
Obwinianie innych	7,35	3,35	0,84	-0,15	4,0	16,0
Wsparcie ze strony rodziny	16,44	3,01	-1,01	1,34	4,0	20,0
Wsparcie przyjaciół	16,14	3,20	-0,76	0,74	4,0	20,0
Wsparcie osób znaczących	17,08	2,70	-1,2	3,24	4,0	20,0
Symptomy depresji	13,98	7,74	0,64	-0,46	2,6	36,0
Lęk – cecha	46,30	8,38	-0,27	-0,60	32,0	59,0
Lęk - stan	45,21	5,92	-0,03	-0,52	24,0	60,0

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; SKE – skośność; K – kurtoza; Min i Maks. – najniższa i najwyższa wartość rozkładu

### Różnice pomiędzy nastolatkami zdrowymi i hospitalizowanymi w zakresie spostrzeganego wsparcia społecznego, poznawczych strategii regulacji emocji oraz symptomów depresji i poziomu lęku

W dalszej kolejności sprawdzono, czy poziom spostrzeganego wsparcia społecznego, poznawczych strategii regulacji emocji symptomów depresji i lęku różni się u badanych nastolatków zdrowych i hospitalizowanych. Wykonano więc serię analiz MANOVA oraz ANONA. Analizy zestawiono oddzielnie dla kolejnych badanych zmiennych.

### Spostrzegane wsparcie społeczne w grupie młodzieży zdrowej i hospitalizowanej

W przypadku spostrzeganego wsparcia społecznego, wyniki MANOVA wykazały istotny efekt główny typ próby, wskazując na ogólną różnicę w spostrzeganym wsparciu społecznym między adolescentami zdrowymi i hospitalizowanymi ( $\lambda$  Wilksa = 0,97,  $F = 4,43$ ,  $p < 0,01$ ,  $\eta^2 = 0,03$ ). Jak widać w tabeli 4 odnotowano istotnie statystycznie różnice w zakresie wsparcia ze strony rodziny i wsparcia od osób znaczących. W obu przypadkach to nastolatki hospitalizowani spostrzegali większe wsparcie w tych aspektach niż adolescenti zdrowi.

**Tabela 4**

Ocena spostrzeganego wsparcia społecznego u zdrowych i hospitalizowanych nastolatków

	Adolescenci zdrowi				Adolescenci hospitalizowani				F
	M	SD	SKE	K	M	SD	SKE	K	
Wsparcie ze strony rodziny	15,56	3,36	-1,05	1,20	16,44	3,01	-1,01	1,34	6,99**
Wsparcie przyjaciół	16,09	3,43	-0,97	0,89	16,14	3,20	-0,76	0,74	0,03
Wsparcie osób znaczących	16,22	3,16	-0,88	0,50	17,08	2,70	-1,2	3,24	7,56**

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; SKE – skośność; K – kurtoza; \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ;

\*  $p < 0,05$

W zakresie spostrzeganego wsparcia społecznego i płci wystąpił istotny efekt główny płci ( $\lambda$  Wilksa = 0,96,  $F = 7,31$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,05$ ). Wystąpił również efekt interakcji między typem grupy i płcią ( $\lambda$  Wilksa = 0,98,  $F = 3,25$ ,  $p < 0,05$ ,  $\eta^2 = 0,02$ ). W grupie adolescentów zdrowych dziewczęta sygnalizowały większe spostrzeganie wsparcie ze strony przyjaciół i osób znaczących niż chłopcy. Z kolei w grupie adolescentów hospitalizowanych nie stwierdzono istotnych różnic między dziewczętami i chłopcami w zakresie spostrzeganego wsparcia społecznego.

### Poznawcze strategie regulacji w grupie młodzieży zdrowej i hospitalizowanej

Aby odpowiedzieć na pytanie, dotyczące ogólnych różnic jakie istnieją między adolescentami zdrowymi i hospitalizowanymi w zakresie korzystania z poszczególnych poznawczych strategii regulacji emocji przeprowadzona została wieloczynnikowa analiza wariancji MANOVA oraz ANOVA. Wyniki analizy MANOVA wskazują, że wystąpił istotny efekt główny dla typu grupy co sugeruje, że istnieją różnice między adolescentami zdrowymi i hospitalizowanymi w zakresie korzystania z poszczególnych poznawczych strategii regulacji emocji ( $\lambda$  Wilksa = 0,81,  $F = 12,69$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,20$ ). W dalszej kolejności sprawdzono w zakresie których poznawczych strategii regulacji emocji istnieją statystycznie istotne różnice w posługiwaniu się nimi przez adolescentów zdrowych i hospitalizowanych. Jak widać w tabeli 5 odnotowano różnice w zakresie oceny strategii obwiniania siebie, gdzie nastolatkowie zdrowi uzyskali wyższe wyniki niż nastolatkowie hospitalizowani. Ponadto odnotowano różnicę w zakresie strategii ruminacji, gdzie również nastolatkowie zdrowi uzyskali wyższe wyniki niż nastolatkowie hospitalizowani. Kolejną różnicę odnotowano w zakresie strategii planowania, gdzie nastolatkowie zdrowi uzyskali wyższe wyniki niż nastolatkowie hospitalizowani. Ostatnią istotną statystycznie różnicę odnotowano w zakresie strategii obwiniania innych, gdzie nastolatkowie zdrowi uzyskali wyższe wyniki niż nastolatkowie hospitalizowani.

**Tabela 5**

Poziom poznawczych strategii regulacji u zdrowych i hospitalizowanych nastolatków

	Adolescenci zdrowi				Adolescenci hospitalizowani				F
	M	SD	SKE	K	M	SD	SKE	K	
Obwinianie siebie	10,97	3,37	0,42	-0,16	9,12	3,58	0,10	-0,77	28,01***
Akceptacja	11,52	2,67	0,09	-0,17	11,62	3,04	0,21	0,20	0,13
Ruminacja	12,08	3,46	-0,11	-0,54	10,22	3,38	0,03	-0,73	27,76***
Koncentracja na czymś pozytywnym	12,08	3,99	-0,07	-0,72	12,18	3,53	-0,23	-0,09	0,07
Planowanie	14,28	2,98	-0,31	-0,03	12,02	2,89	-0,31	0,17	56,39***
Pozytywne przewartościowanie	11,96	3,01	-0,20	-0,14	11,54	3,32	-0,18	-0,85	1,74
Stwarzanie perspektywy	12,30	3,48	-0,12	0,13	12,97	3,43	-0,14	-0,34	3,55

Katastrofizowanie	10,15	3,08	0,23	-0,28	9,55	3,30	0,18	-0,48	3,45
Obwinianie innych	8,28	3,34	0,89	0,13	7,35	3,35	0,84	-0,15	7,44**

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; SKE – skośność; K – kurtoza; \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$

Wystąpił również istotny efekt główny płci w zakresie stosowania poznawczych strategii regulacji emocji ( $\lambda$  Wilksa = 0,93,  $F = 3,76$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,07$ ). Dziewczęta częściej niż chłopcy stosowały strategię akceptacji, ruminacji i stwarzanie perspektywy. Z kolei chłopcy znacznie częściej niż dziewczęta stosowali nieadaptacyjną strategię polegającą na obwinianiu innych. Nie zauważono istotnego efektu głównego pomiędzy typem próby a płcią ( $\lambda$  Wilksa = 0,99,  $F = 0,64$ , ns.,  $\eta^2 = 0,01$ ). Różnice między dziewczętami i chłopcami w zakresie strategii regulacji emocji ujawniły się jedynie w grupie zdrowych adolescentów. W grupie hospitalizowanych adolescentów nie stwierdzono istotnych różnic między dziewczętami i chłopcami w zakresie strategii regulacji emocji.

### Symptomy depresji i lęk

W kolejnym kroku przeanalizowano zmienne dotyczące oceny symptomów depresji i poziomu lęku. Jak widać w tabeli 6 odnotowano istotne statystycznie różnice w zakresie oceny lęku jako stanu, gdzie nastolatki hospitalizowani uzyskali wyższe wyniki niż adolescenti zdrowi.

**Tabela 6**

Ocena poziomu symptomów depresji u zdrowych i hospitalizowanych nastolatków

	Adolescenci zdrowi				Adolescenci hospitalizowani				F
	M	SD	SKE	K	M	SD	SKE	K	
Symptomy depresji	14,06	6,77	1,04	1,05	13,98	7,74	0,64	-0,46	0,01
Lęk – cecha	45,15	7,50	-0,34	-0,39	46,30	8,38	-0,27	-0,60	2,02
Lęk - stan	43,38	3,64	-0,87	0,53	45,21	5,92	-0,03	-0,52	15,92***

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; SKE – skośność; K – kurtoza; \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$

### Zależności korelacyjne między zmiennymi w grupie adolescentów zdrowych i hospitalizowanych

W celu analizy zależności między badanymi zmiennymi obliczono korelacje  $r$  Pearsona osobno dla grupy adolescentów zdrowych i hospitalizowanych. Wyniki analizy korelacji między badanymi zmiennymi w poszczególnych grupach zostały umieszczone w tabeli 7 i 8.

Tabela 7

Wyniki analizy korelacji w grupie adolescentów zdrowych (N=351)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1. Płeć	-																			
2. Wiek	-0,01	-																		
3. Kolejność urodzenia	-0,01	-0,07	-																	
4. Miejsce zamieszkania	-0,06	-0,05	-0,01	-																
5. Obwinianie siebie	-0,11*	0,06	0,06	-0,06	-															
6. Akceptacja	-0,15*	0,06	0,05	-0,01	0,26***	-														
7. Ruminacja	-0,23***	0,14**	0,05	0,09	0,41***	0,33***	-													
8. Koncentracja na czymś pozytywnym	,003	0,01	-0,06	0,08	-0,16**	0,11*	0,07	-												
9. Planowanie	-0,04	0,12*	0,01	0,06	0,10	0,02	0,34***	0,37***	-											
10. Pozytywne przewartościowanie	0,05	0,08	-0,02	0,07	-0,06	0,05	0,19***	0,32***	0,45***	-										
11. Stwarzanie perspektywy	-0,08	0,09	-0,01	0,02	0,13**	0,27***	0,18**	0,30***	0,27***	0,47***	-									
12. Katastrofizowanie	-0,13**	-0,01	0,08	0,05	0,42***	0,31***	0,48***	-0,01	0,09	-0,03	0,15**	-								
13. Obwinianie innych	0,14**	0,07	-0,06	0,01	-0,07	0,10	0,04	0,10	-0,06	-0,04	0,02	0,22***	-							
14. Wsparcie ze strony rodziny	0,01	0,05	-0,02	0,08	-0,23***	-0,12**	-0,07	0,24***	0,21***	0,17**	0,08	-0,12*	-0,14**	-						
15. Wsparcie przyjaciół	-0,26***	0,01	0,02	-0,08	-0,07	-0,04	0,04	0,09	0,14**	0,07	0,05	0,05	-0,08	0,48***	-					
16. Wsparcie osób znaczących	-0,28***	-0,04	0,05	0,02	-0,10	0,03	0,06	0,13*	0,12*	0,01	0,08	0,07	-0,08	0,28***	0,60***	-				
17. Symptomy depresji	-0,12*	0,02	0,06	-0,05	0,38***	0,15**	0,24***	-0,21***	-0,26***	-0,23***	-0,07	0,26***	0,12*	-0,47***	-0,30***	-0,23***	-			
18. Lęk - cecha	-0,30***	0,04	0,11*	0,05	0,40***	0,22***	0,38***	0,12*	-0,01	-0,06	0,08	0,32***	0,05	-0,28***	-0,11*	-0,11*	0,61***	-		
19. Lęk - stan	-0,21***	0,10	0,08	-0,08	0,21***	0,14**	0,18***	-0,20***	0,09	-0,11	-0,01	0,19***	0,09	-0,27***	-0,16**	-0,13*	0,50***			-

\*\*\* p &lt; 0,001; \*\* p &lt; 0,01; \* p &lt; 0,05

W grupie adolescentów zdrowych zaobserwowano dodatnią korelację między wiekiem i strategią ruminacji oraz planowania. Gdy chodzi o związek poznawczych strategii regulacji emocji z symptomami depresji to w grupie adolescentów zdrowych zanotowano istotną pozytywną korelację między strategią obwiniania siebie, katastrofizowania, ruminacji, akceptacji, obwiniania innych a symptomami depresji. Natomiast między strategią planowania, pozytywnego przewartościowania oraz koncentracji na czymś pozytywnym a symptomami depresji wystąpiła korelacja ujemna. Wyniki wskazują również na istotny związek między spostrzeganym wsparciem społecznym a symptomami depresji. Jest to związek ujemny w zakresie wsparcia ze strony rodziny, a także przyjaciół i osób znaczących (tab. 7).

W grupie młodzieży hospitalizowanej wiek i kolejność urodzenia korelowały dodatnio z symptomami depresji. Wiek również istotnie wiązał się ze strategią pozytywnego przewartościowania i katastrofizowania oraz obwiniania innych. Zanotowano również istotny związek pomiędzy symptomami depresji a poznawczymi strategiami regulacji emocji takimi jak obwinianie siebie, ruminacja, katastrofizowanie oraz obwinianie innych. Strategią, która wykazała najsilniejszy pozytywny związek z symptomami depresji była strategia ruminacji. Symptomy depresji były ujemnie związane z spostrzeganym wsparciem społecznym ze strony rodziny.

### **Strategie regulacji emocji a symptomy depresji w grupie młodzieży zdrowej i hospitalizowanej. Analiza moderacji**

W celu sprawdzenia, czy typ grupy moderował relacje między poznawczymi strategiami regulacji emocji a symptomami depresji przeprowadzono analizę moderacji (tab. 9). Na samym początku sprawdzono, czy dane spełniają podstawowe założenia regresji wielokrotnej. Jeśli chodzi o statystyki współliniowości to wskaźniki VIF (Variance Inflation Factor) były mniejsze niż 10, natomiast wskaźniki tolerancji większe niż 0,1 (Field, 2009). Testy normalności dla składnika losowego (wartość reszt) wykazały rozkłady normalne. Do przeprowadzenia analizy moderacji wykorzystane zostało oprogramowanie PROCESS 3.5 (Hayes, 2017).

**Tabela 8**

Wyniki analizy korelacji w grupie adolescentów hospitalizowanych (N=130)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1. Płeć	-																			
2. Wiek	0,01	-																		
3. Kolejność urodzenia	-0,03	0,09	-																	
4. Miejsce zamieszkania	-0,07	0,03	0,06	-																
5. Obwinianie siebie	0,07	0,07	0,11	0,06	-															
6. Akceptacja	-0,12	0,05	0,06	-0,03	0,32***	-														
7. Ruminacja	-0,13	0,15	0,16	0,15	0,58***	0,35***	-													
8. Koncentracja na czymśpozytywnym	0,01	-0,06	0,01	-0,11	0,01	0,19*	0,10	-												
9. Planowanie	-0,02	0,11	0,02	0,11	0,22**	0,26**	0,45***	0,42***	-											
10. Pozytywne przewartościowanie	-0,06	0,21*	0,01	-0,02	0,09	0,09	0,28***	0,43***	0,51***	-										
11. Stwarzanie perspektywy	-0,15	0,02	-0,12	0,06	0,06	0,28**	0,14	0,39***	0,37***	0,49***	-									
12. Katastrofizowanie	0,02	0,23**	0,10	0,12	0,47***	0,23**	0,62***	-0,04	0,27**	0,17	0,05	-								
13. Obwinianie innych	0,13	0,24**	0,02	-0,02	0,33***	0,19*	0,32***	-0,04	0,06	0,16	-0,06	0,51***	-							
14. Wsparcie ze strony rodziny	0,10	-0,19*	-0,13	-0,06	-0,20**	0,04	-0,11	0,14	0,07	0,06	0,08	-0,08	-0,13	-						
15. Wsparcie przyjaciół	0,03	-0,09	-0,04	0,05	-0,14	0,09	-0,02	0,15	0,04	0,11	0,14	-0,03	-0,05	0,40***	-					
16. Wsparcie osób znaczących	-0,09	-0,02	0,05	0,01	-0,21*	0,11	-0,10	0,05	0,02	0,04	0,15	-0,14	-0,25**	0,52***	0,59***	-				
17. Symptomy depresji	-0,04	0,26**	0,20*	0,04	0,39***	0,14	0,42***	0,13	-0,01	-0,09	-0,04	0,28***	0,25**	-0,42***	-0,17*	-0,32***	-			
18. Lęk - cecha	-0,11	0,14	0,16	0,02	0,25**	0,10	0,33***	-0,01	0,01	-0,05	-0,02	0,31***	0,15	-0,32***	-0,35***	-0,42***	0,48***	-		
19. Lęk - stan	-0,01	-0,09	-0,08	0,05	0,16	0,20	0,14	-0,03	0,02	-0,17	-0,02	0,15	0,08	-0,04	-0,13	-0,09	0,25**	0,34***	-	

\*\*\* p < 0,001; \*\* p < 0,01; \* p < 0,05

**Tabela 9**

Wyniki analiz moderacji zależności między regulacją emocji a symptomami depresji  
(zmienna moderująca – typ grupy)

	R	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	F	β	Interakcja						B zdrowi	p zdrowi	B hospitalizowani	P hospitalizowani
						B	se	t	p	LLCI	ULCI				
Obwinianie siebie	0,38	0,15	0,01	27,42	0,03	0,07	0,19	0,40	0,69	-0,30	0,45				
Akceptacja	0,15	0,02	0,01	3,50	0,01	-0,03	0,24	-0,12	0,91	-0,51	0,45				
Ruminacja	<b>0,31</b>	<b>0,10</b>	<b>0,01</b>	<b>16,96</b>	<b>0,25</b>	<b>0,50</b>	<b>0,20</b>	<b>2,48</b>	<b>0,01</b>	<b>0,12</b>	<b>0,90</b>	<b>0,45</b>	<b>0,001</b>	<b>0,93</b>	<b>0,001</b>
Koncentracja na czymś pozytywnym	0,18	0,03	0,01	5,39	0,01	0,13	0,20	0,64	0,51	-0,26	0,51				
Planowanie	<b>0,21</b>	<b>0,04</b>	0,01	<b>7,51</b>	<b>0,27</b>	<b>0,56</b>	<b>0,24</b>	<b>2,32</b>	<b>0,02</b>	<b>0,10</b>	<b>1,04</b>	<b>-0,60</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,02</b>	<b>0,92</b>
Pozytywne przewartościowanie	0,20	0,04	0,01	6,34	0,13	0,30	0,22	1,38	0,16	-0,12	0,74				
Stwarzanie perspektywy	0,06	0,01	0,01	0,57	0,04	0,05	0,21	0,23	0,83	-0,35	0,48				
Katastrofizowanie	0,26	0,07	0,01	11,99	0,04	0,10	0,22	0,45	0,62	-0,33	0,58				
Obwinianie innych	0,18	0,03	0,01	5,08	0,14	0,31	0,21	1,53	0,12	-0,09	0,71				

Uwaga. LLCI = 95% dolna granica przedziału ufności; ULCI = 95% górna granica przedziału ufności.  
Wyniki statystycznie istotne zaznaczono pogrubioną czcionką.

Typ grupy (młodzież zdrowa vs hospitalizowana) był moderatorem zależności między ruminacją a symptomami depresji oraz między planowaniem a symptomami depresji. W przypadku adolescentów hospitalizowanych związek pozytywny ruminacji z symptomami depresji był silniejszy niż u adolescentów zdrowych. W grupie adolescentów zdrowych planowanie korelowało ujemnie z objawami depresji, natomiast w grupie adolescentów hospitalizowanych nie odnotowano związku między planowaniem a symptomami depresji.

### Spostrzeganie wsparcia społecznego a symptomy depresji. Analiza moderacji

W kolejnym kroku została przeprowadzona analiza moderacji, której celem było sprawdzenie czy typ grupy moderował relacje między spostrzeganym wsparciem społecznym a symptomami depresji. Wyniki analizy dowiodły, że typ grupy nie był moderatorem tych relacji. Wyniki przedstawiono w Tabeli 10.

**Tabela 10**

Wyniki analiz moderacji zależności między spostrzeganiem wsparcia a symptomami depresji (zmienna moderująca – typ grupy)

	R	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	F	β						
						B	se	t	p	LLCI	ULCI
Wsparcie ze strony rodziny	0,45	0,21	0,01	41,30	0,03	-0,09	0,21	-0,43	0,67	-0,50	0,32
Wsparcie ze strony przyjaciół	0,21	0,04	0,01	7,44	0,25	0,04	0,22	0,17	0,86	-0,38	0,46
Wsparcie ze strony osób znaczących	0,31	0,09	0,01	16,42	-0,01	-0,23	0,25	-0,93	0,35	-0,71	0,25

Uwaga. LLCI = 95% dolna granica przedziału ufności; ULCI = 95% górna granica przedziału ufności.

### Strategie regulacji emocji jako predyktory objawów depresyjnych. Analiza regresji wielokrotnej

Przeprowadzono analizę regresji wielokrotnej z objawami depresji jako zmienną zależną i dziewięcioma poznawczymi strategiami regulacji emocji jako zmiennymi niezależnymi (tab. 11).

**Tabela 11**

Zależności między strategiami regulacji emocji a objawami depresji w grupie zdrowych i hospitalizowanych nastolatków: analizy regresji wielokrotnej.

	Adolescenci zdrowi (N = 351)					Adolescenci hospitalizowani (N = 130)				
	R <sup>2</sup>	F	se	b	β	R <sup>2</sup>	F	se	b	β
	0,28	16	5,75			0,23	5,21	6,78		
Obwinianie siebie			0,11	0,62	0,31 ***			0,21	0,38	0,18
Akceptacja			0,13	-0,01	-0,002			0,23	-0,12	-0,05
Ruminacja			0,12	0,43	0,22 ***			0,27	1,01	0,45 ***
Koncentracja na pozyt.			0,09	-0,07	-0,04			0,20	-0,06	-0,03
Planowanie			0,13	-0,67	-0,30 ***			0,28	-0,32	-0,12
Pozytywne przew.			0,13	-0,21	-0,09			0,24	-0,47	-0,21
Stwarzanie perspektywy			0,11	-0,03	-0,02			0,22	0,18	0,08
Katastrofizowanie			0,12	0,05	0,02 *			0,26	-0,18	-0,08
Obwinianie innych			0,10	0,23	0,12 *			0,22	0,31	0,13
Całkowita wyjaśniona wariancja					29,7% ***					28,1% ***

\*\*\* p < 0,001; \*\* p < 0,01; \* p < 0,05

Analizując współczynniki  $\beta$  dla nastolatków zdrowych można zauważyć, że w grupie młodzieży zdrowej wszystkie predyktory łącznie wyjaśniają 29,7% wariancji symptomów depresji. W tej grupie symptomy depresji były wyjaśniane przez samoobwinianie, ruminację, obwinianie innych, oraz koncentrację na planowaniu (odwrotna zależność). W grupie adolescentów hospitalizowanych strategia ruminacji była predyktorem symptomów depresji. Model w tej grupie wyjaśnia 28,1% wariancji symptomów depresji.

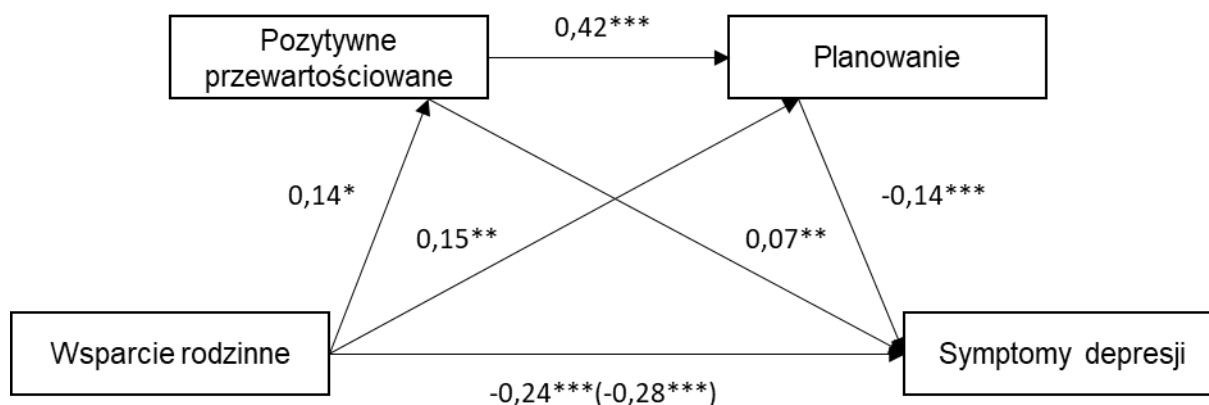
### Poznawcze strategie regulacji emocji jako mediator związku między spostrzeganym wsparciem społecznym a objawami depresji

Aby zbadać pośredni wpływ w sensie statystycznym spostrzeganego wsparcia społecznego na symptomy depresji, poprzez poznawcze strategie regulacji emocji, została przeprowadzona analiza mediacji z spostrzeganym wsparciem społecznym jako zmienną niezależną i poznawczymi strategiami regulacji emocji jako mediatorami (MacKinnon i wsp., 2000). Analizie poddano te poznawcze strategie regulacji emocji, które istotnie korelowały zarówno z spostrzeganym wsparciem społecznym jak i z symptomami depresji. Lęk stan i cecha były traktowane

jako zmienne kontrolowane. Efekt bezpośredni i pośredni zostały przetestowane za pomocą programu PROCESS 3.5 (Hayes, 2017) z użyciem 5000 próbek ładowanych metodą bootstrap. Wygenerowano 95% przedział ufności bootstrap dla pośredniego efektu spostrzeganego wsparcia społecznego (zob. Preacher i Hayes, 2008).

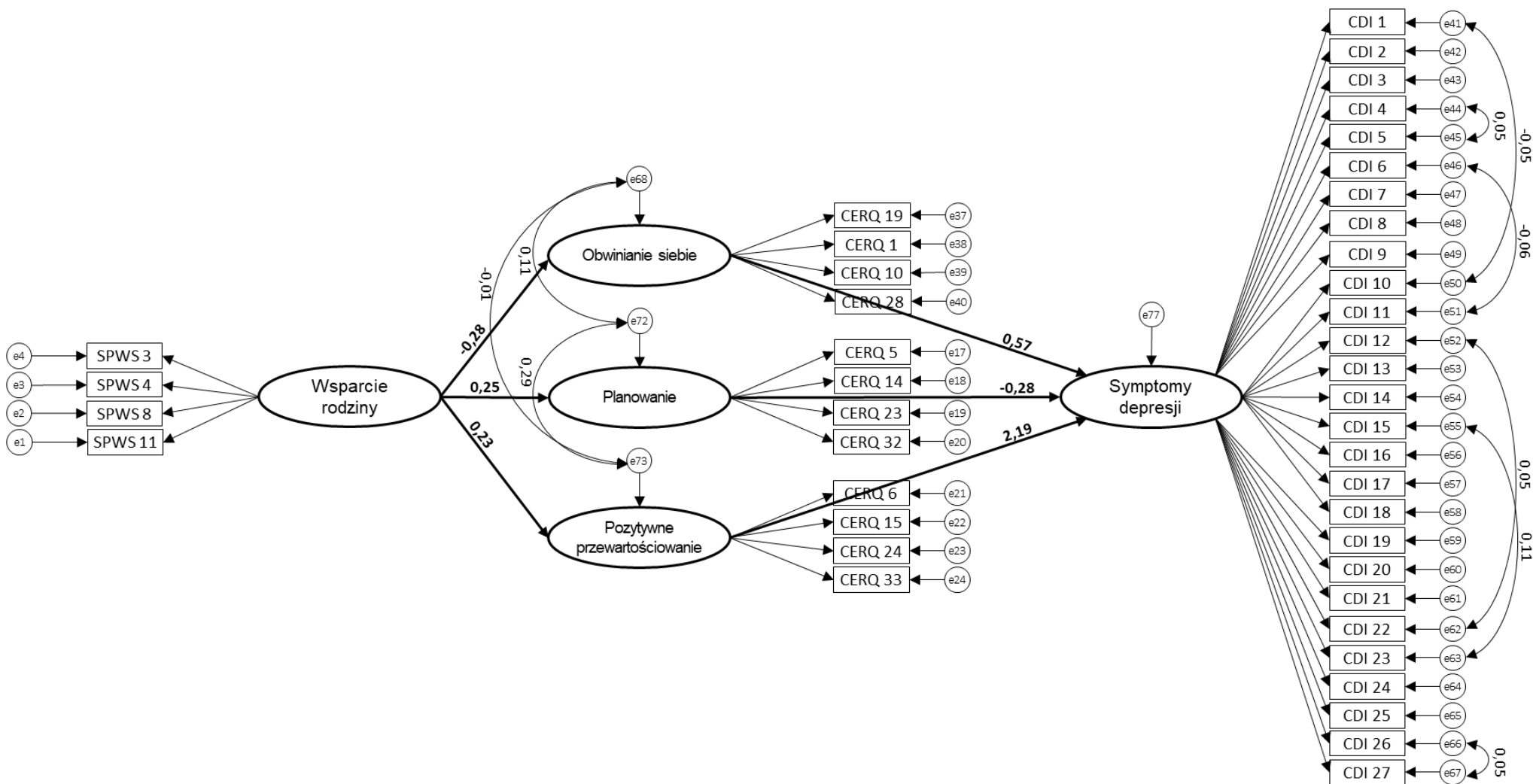
Spostrzeganie wsparcia ze strony rodziny było dodatnio związane z planowaniem ( $b = 0,18$ ,  $SE = 0,05$ ;  $p < 0,001$ ; 95% CI [0,08, 0,28],  $\beta = 0,021$ ) i pozytywnym przewartościowaniem ( $b = 0,12$ ,  $SE = 0,05$ ;  $p < 0,05$ ; 95% CI [0,02, 0,22],  $\beta = 0,14$ ) w grupie zdrowych nastolatków. Planowanie ( $b = -0,39$ ,  $SE = 0,08$ ;  $p < 0,001$ ; 95% CI [-0,56, -0,22],  $\beta = -0,17$ ) i pozytywne przewartościowanie ( $b = -0,29$ ,  $SE = 0,08$ ,  $p < 0,001$ , 95% CI [-0,46, -0,12],  $\beta = -0,13$ ) wiązały się ujemnie również z symptomami depresji. Po włączeniu do modelu zależności planowania bezpośredni efekt spostrzeganego wsparcia na symptomy depresji był nadal istotny (CI = 0,64, -0,33). Efekt pośredni był również istotny (CI = -0,14, -0,22). Kiedy pozytywne przewartościowanie zostało włączone do modelu efekt bezpośredni spostrzeganego wsparcia ze strony rodziny pozostał istotny (CI = -0,68, -0,36). Efekt pośredni był również istotny (CI = -0,08, -0,01) (Rysunek 1).

Innymi słowy, adolescenty zdrowi z wyższym poziomem spostrzeganego wsparcia pochodzącego od rodziny częściej stosowali poznawcze strategie planowania i pozytywnego przewartościowania a co za tym idzie wykazywali mniej symptomów depresyjnych. W grupie adolescentów hospitalizowanych nie stwierdzono pośredniego wpływu spostrzeganego wsparcia społecznego na symptomy depresji przez poznawcze strategie regulacji emocji.



**Rysunek 1.** Analiza ścieżki wpływu wsparcia rodziny na objawy depresji poprzez pozytywne strategie ponownej oceny i planowania. Współczynniki zostały znormalizowane. Współczynnik w nawiasie to efekt całkowity.

Aby zweryfikować model, w którym wsparcie ze strony rodziny jest pośrednio powiązane z symptomami depresji poprzez strategie regulacji emocji, które są ze sobą skorelowane przeprowadzono analizę równań strukturalnych w programie IBM SPSS AMOS wersja 27 (Arbuckle, 2005).



**Rysunek 2.** Model strukturalny zawierający współczynniki niestandardyzowane związku spostrzeganego wsparcia ze strony rodziny z symptomami depresji z trzema mediatorami – strategiami regulacji emocji.

SPWS – Pozycje Kwestionariusza Spostrzeganego Wsparcia Społecznego,  
 CERQ – Pozycje Kwestionariusza Poznawczych Strategii Regulacji Emocji,  
 CDI – Pozycje Inwentarza Symptomów Depresji.

Parametry modelu oszacowano za pomocą metody największej wiarygodności (*Maximum Likelihood*). Aby ocenić dopasowanie modelu, zastosowano kilka wskaźników dopasowania: wartość testu dobroci dopasowania  $\chi^2$  podzieloną przez stopnie swobody ( $\chi^2/df$ ), miarę CFI (*Comparative Fit Index*), miarę RMSEA (*Root-Mean-Square Error of Approximation*) oraz SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*). Jeśli chodzi o miarę  $\chi^2/df$ , wskazuje ona na dobre dopasowanie modelu do danych wtedy, kiedy jej wartość nie przekracza 2 (o akceptowalnym dopasowaniu możemy zaś mówić w przypadku wartości niższej niż 5). Miara CFI przyjmuje wartości od 0 do 1 i powinna przekraczać 0,9 (akceptowalne dopasowanie modelu) lub 0,95 (dobre dopasowanie). W przypadku miar RMSEA i SRMR model uważa się za dobrze dopasowany, kiedy nie przekraczają one 0,05 i akceptowalnie dopasowany, kiedy są niższe niż 0,08 (Browne i Cudeck, 1992; Hu i Bentler, 1999; Klein, 2005, Brown, 2006). Aby poradzić sobie z występowaniem braków danych zastosowano imputację braków metodą regresyjną.

W celu weryfikacji związków pomiędzy zmiennymi, przetestowano model ze zmiennymi latentnymi (wraz z modelami pomiarowymi), w którym wsparcie ze strony rodziny jest pośrednio powiązane z symptomami depresji za pośrednictwem wszystkich dziewięciu, skorelowanych ze sobą strategii regulacji emocji – samoobwiniania, ruminacji, katastrofizowania, obwiniania innych, stwarzania perspektyw, pozytywnego przewartościowania, planowania, akceptacji oraz koncentracji na czymś pozytywnym. Analiz dokonano osobno w dwóch grupach – w grupie młodzieży zdrowej oraz hospitalizowanej. Z uwagi na bardzo dużą liczbę parametrów do oszacowania, model w obu grupach okazał się nieidentyfikowalny, konieczne więc było wprowadzenie pewnych modyfikacji. Po usunięciu z modelu ścieżek, które były nieistotne statystycznie oraz skorelowaniu kilku błędów pozycji testowych służących do pomiaru symptomów depresji, które były ze sobą najbardziej powiązane, powstał model z trzema mediatorami – strategiami regulacji emocji: obwinianiem siebie, planowaniem oraz pozytywnym przewartościowaniem (Rysunek 2). Model ten okazał się być dopasowany do danych w sposób akceptowalny w grupie młodzieży zdrowej:  $\chi^2/df = 1,557$ ; CFI = 0,874; RMSEA = 0,04; SRMR = 0,06 (miara CFI nieznacznie odbiega od przyjętego kryterium  $> 0,9$ , ale z uwagi na zadowalające wartości pozostałych miar dopasowania można ocenić model jako satysfakcjonująco dopasowany do danych). W grupie młodzieży hospitalizowanej model z trzema mediatorami nie był dopasowany do danych, co świadczy o tym, że nie występują w niej takie relacje pomiędzy zmiennymi jak w grupie zdrowej.

Jeśli chodzi o współczynniki w modelu dla młodzieży zdrowej (Rysunek 2), wsparcie ze strony rodziny było predyktorem obwiniania siebie, a związek ten był ujemny ( $B = -0,28$ ;  $p < 0,001$ ) – wraz ze wzrostem wsparcia maleje poziom obwiniania siebie. Z kolei planowanie oraz pozytywne przewartościowanie były pozytywnie związane ze wsparciem ze strony rodziny (od-

powiednio:  $B = 0,25$ ;  $p < 0,001$  i  $B = 0,23$ ;  $p < 0,001$ ) co oznacza, że wzrost wsparcia wiąże się ze wzrostem poziomu tych dwóch strategii regulacji emocji.

Wraz ze wzrostem obwiniania siebie u młodzieży zdrowej, rośnie również poziom symptomów depresji ( $B = 0,57$ ;  $p = 0,005$ ). Podobnie dzieje się w przypadku strategii regulacji emocji polegającej na pozytywnym przewartościowaniu ( $B = 2,19$ ;  $p = 0,036$ ). Natomiast planowanie jest ujemnie powiązane z symptomami depresji ( $B = -2,28$ ;  $p = 0,019$ ).

Oprócz analizowania bezpośrednich związków pomiędzy zmiennymi w modelu, zweryfikowano również występowanie mediacyjnego efektu trzech strategii regulacji emocji w grupie młodzieży zdrowej. Niestandaryzowany współczynnik efektu pośredniego wsparcia ze strony rodziny na symptomy depresji wyniósł  $B = -0,22$ . Z uwagi na to, że program AMOS dostarcza tylko ogólnego oszacowania efektu pośredniego bez możliwości zweryfikowania specyficznych efektów mediacyjnych (każdego z trzech mediatorów oddzielnie), zastosowano specjalny dodatek do programu umożliwiający taką estymację (*Indirect Effects plugin*; Gaskin i wsp., 2020). Oszacowania dokonano z użyciem bootstrappingu (2000 próbek), ze skorygowanymi 95% przedziałami ufności (CI – *confidence intervals*). Analiza wykazała, że wszystkie trzy specyficzne efekty pośrednie są istotne:  $B = -0,16$ ;  $p = 0,003$ ; 95% CI [-0,44; -0,07] dla obwiniania siebie;  $B = -0,56$ ;  $p = 0,001$ ; 95% CI [-1,96; -0,26] dla planowania oraz  $B = 0,50$ ;  $p = 0,001$ ; 95% CI [0,19; 2,17] dla pozytywnego przewartościowania. Można zatem stwierdzić, że strategie regulacji emocji, takie jak obwinianie siebie, planowanie oraz pozytywne przewartościowanie, są nie tylko predyktorami symptomów depresji, ale też mediatorami związku pomiędzy wsparciem ze strony rodziny a symptomami depresji w grupie młodzieży zdrowej.

## Rozdział IX Dyskusja

Celem przedstawionej pracy było zbadanie zależności między spostrzeganym wsparciem społecznym, poznawczymi strategiami regulacji emocji, oraz symptomami depresji u adolescentów zdrowych i hospitalizowanych na oddziale ortopedii. Łącznie przebadano 481 adolescentów w wieku od 12 do 17 lat. Otrzymane wyniki częściowo potwierdziły postawione hipotezy.

Pierwsza hipoteza dotyczyła różnic między adolescentami zdrowymi i hospitalizowanymi w zakresie stosowania poznawczych strategii regulacji emocji oraz spostrzeganego wsparcia społecznego. Wyniki badań wykazały że adolescenti hospitalizowani rzadziej posługiwali się strategią planowania, samoobwiniania, ruminacji oraz obwiniania innych w porównaniu z adolescentami zdrowymi. Otrzymane wyniki można tłumaczyć tym, że pobyt w szpitalu powoduje zaburzenie dotychczasowego sposobu funkcjonowania wymuszając jednocześnie na adolescentach zmianę stylu życia (Denholm i Joschko, 1988; Flujas-Contreras i wsp., 2020; Stevens i wsp., 2010). Problemy zdrowotne sprawiają i poniekąd wymuszają na osobie chorej by skupiła się na swoim organizmie. Wymagania, jakie niesie ze sobą nowa sytuacja w tym przypadku sytuacja hospitalizacji, skłaniają osobę chorą do adaptacji w nowych, często skomplikowanych warunków, a to z kolei niesie za sobą konieczność skupienia się na sprawach bieżących. W konsekwencji prawdopodobnie powoduje mniejszą skłonność do myślenia o przyszłości. W związku z tym osoby hospitalizowane, w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami nie wybiegają zbyt daleko w przyszłość, oraz nie koncentrują się na wydarzeniach z przeszłości (Nolen-Hoeksema i wsp., 1994).

Wyniki przeprowadzonych badań wykazały również różnicę w zakresie spostrzeganego wsparcia społecznego wśród adolescentów zdrowych i hospitalizowanych. Hospitalizowani adolescenti w porównaniu ze swoimi zdrowymi rówieśnikami dostrzegali silniejsze wsparcie pochodzące od rodziny oraz osób dla nich ważnych. Sytuacja hospitalizacji sprawia, że adolescenti stają się społecznie izolowani od swoich rodzin, rówieśników, przyjaciół (Hopkins i wsp., 2014) w związku z tym nasilają się u nich potrzeby wsparcia edukacyjnego oraz wsparcia społecznego (Bonny i wsp., 2000; Taylor i wsp., 2008). Można więc przypuszczać, że z tym wiąże się bardziej pozytywne nastawienie hospitalizowanych adolescentów zarówno do siebie jak i do innych ludzi, od których ze względu na różne ograniczenia adolescent oczekuje pomocy. Wsparcie społeczne, definiowane jako interakcje, które prowadzą kogoś do przekonania, że jest kochanym i szanowanym (Cobb, 1976; Grey i wsp., 2020; Wang i wsp., 2020), może chronić nastolatków przed negatywnymi skutkami, trudnych doświadczeń takimi jak myśli, czy próby samobójcze (Chioqueta i Stiles, 2007, Kleiman i Liu, 2013; Mackin i wsp., 2017; Miller i wsp., 2015).

Szczególne znaczenie dla adolescentów hospitalizowanych ma wsparcie pochodzące od osób z ich najbliższego otoczenia (Maor i Mitchem, 2020, 2015; Stevens i wsp., 2010) stąd też prawdopodobnie dlatego zauważa się u adolescentów hospitalizowanych mniejszą skłonność do stosowania poznawczej strategii obwiniania innych. Zgodnie z teorią interakcji społecznych, wsparcie społeczne, traktowane jako wsparcie zewnętrzne, może być oferowane przez osoby ważne w życiu jednostek, co oznacza, że rodzice, nauczyciele i rówieśnicy uznawani za ważnych dla nastolatków są niezbędni dla zdrowego rozwoju nastolatków (Dozier i in., 2009; Duncan i wsp., 2014; Fisher i wsp., 2006).

W przypadku hipotezy drugiej, która dotyczyła moderującego wpływu przynależności do określonego typu grupy (młodzież zdrowa lub hospitalizowana) na związek strategii regulacji emocji z symptomami depresji wykazano, że w grupie adolescentów hospitalizowanych pozytywny związek między strategią ruminacji a symptomami depresji jest znacznie silniejszy niż w grupie adolescentów zdrowych. Taki wynik może sugerować, że strategia ruminacji, która polega na częstym analizowaniu własnych uczuć związanych z doświadczeniami, które miały miejsce w przeszłości, jest szczególnie destrukcyjna w przypadku adolescentów hospitalizowanych. Wyniki te są zgodne z dotychczasowymi badaniami wskazującymi na związek ruminacji z ekspozycją na stresujące wydarzenia życiowe (Moberly i Watkins 2008), a także z obniżonym samopoczuciem osób, które doświadczają różnego rodzaju chorób (Porter i Teisberg, 2006; Kraij i wsp., 2008). Dodatkowo jak pokazują wyniki niniejszego badania, sytuacja hospitalizacji wiąże się z wyższym poziomem między innymi lęku stanu, który może być spowodowany niepewnością oraz koncentrowaniem się na negatywnych uczuciach i myślach związanych z pobytem w szpitalu. Wyniki badań między innymi Kraij i wsp (2008), oraz Schroeveres i wsp., (2008) wykazały, że właśnie między innymi strategia ruminacji jest związana z wysokim poziomem lęku i symptomami depresji.

Na uzyskane różnice dotyczące zależności między strategiami regulacji emocji, wsparciem społecznym i symptomami depresji u nastolatków zdrowych i hospitalizowanych można również spojrzeć w kontekście koncepcji regulacji emocji jako procesu umotywowanego osiągnięciem określonego celu emocjonalnego (Tamir i inni, 2020). Warunki bieżącego życia wyznaczają w dużej mierze optymalne strategie regulacji emocji. Sposoby zachowania satysfakcjonujące w jednej sytuacji, nie są optymalne w sytuacji innego rodzaju. Odnosząc tę koncepcję do wyników uzyskanych w przeprowadzonych badaniach można stwierdzić, że inne cele motywują do określonej regulacji emocji młodzież zdrową, w warunkach szkolnych a inne motywują młodzież hospitalizowaną.

Kolejna różnica między adolescentami zdrowymi i hospitalizowanymi dotyczyła zależności między strategią planowania a symptomami depresji. W grupie adolescentów zdrowych

stwierdzono negatywny związek między strategią polegającą na planowaniu, a symptomami depresji, natomiast w grupie adolescentów hospitalizowanych nie zauważono takiej zależności. Ten wynik sugeruje, że duże znaczenie dla dobrego samopoczucia adolescentów zdrowych ma myślenie dotyczące tego, co można zmienić w sytuacji, w której się znajdują obecnie, aby ją poprawić, jak najlepiej poradzić sobie z przeżywaną sytuacją i w jaki sposób zaplanować swoją aktywność by była jak najbardziej efektywna. W wielu miejscach zauważa się i podkreśla rolę strategii planowania w okresie dojrzewania. W badaniu d'Acremont i Van der Linden (2007), podobnie jak w niniejszym badaniu, stwierdzono odwrotną zależność między planowaniem a objawami depresji u adolescentów zdrowych. Wspomniani autorzy wskazali, że strategia, polegająca na skupieniu się na planowaniu może być kluczowym czynnikiem pozwalającym na zrozumienie symptomów depresji u adolescentów. Strategia polegająca na planowaniu daje poczucie wpływu na przyszłość oraz panowania nad sytuacją i jest szczególnie ważna dla adolescentów, ponieważ właśnie w tym okresie ogromne znaczenie ma poczucie niezależności oraz wpływu na własne życie (d'Acremont i Van der Linden, 2007). Wyniki niniejszego badania wskazują, że nieco inaczej sytuacja wygląda w przypadku adolescentów aktualnie hospitalizowanych. Można to tłumaczyć w ten sposób, że dla adolescentów przebywających w szpitalu ważniejsze od planowania przyszłości jest skupienie uwagi na aktualnie przeżywanej sytuacji, bez presji by cokolwiek zmieniać (Campos i wsp., 2012). Zauważone w niniejszym badaniu różnice potwierdzają zatem tezę, że adaptacyjność poznawczych strategii regulacji emocji zależy od specyfiki sytuacji życiowej konkretnej osoby (d'Acremont i Van der Linden, 2007; Harley i wsp., 2019; Tedeschi, 1999).

Hipoteza trzecia, która była hipotezą replikacyjną, została częściowo potwierdzona. Podobnie jak w badaniach Garnefski i współpracowników (2002), Garnefskii i Kraaij (2006, 2018) oraz Ehring i współpracowników (2008), Joormann i D'Avanzato (2010), Martin i Dahlen (2005), Stikkelbroek i współpracowników (2016) strategie nieadaptacyjne do których należą obwinianie siebie, katastrofizowanie oraz ruminacje były w sensie statystycznym predyktorami symptomów depresji. W niniejszym badaniu również strategia planowania okazała się predyktorem symptomów depresji podobnie jak w badaniu d'Acerman i Van der Linden, (2007).

Wyniki badań potwierdziły również hipotezę dotyczącą pośredniego wpływu spostrzeganego wsparcia społecznego na symptomy depresji poprzez poznawcze strategie regulacji emocji w grupie adolescentów zdrowych w zakresie spostrzeganego wsparcia ze strony rodziny. Warto zwrócić uwagę, że Stice i współpracownicy (2004) uzyskali wyniki wskazujące na to, że spostrzegane wsparcie społeczne pochodzące od rodziców jest predyktorem (zależność odwrotna) symptomów depresji u adolescentów, podczas gdy spostrzegane wsparcie ze strony rówieśników nie wiązało się z symptomami depresji. Należy zauważyć, że wsparcie pochodzące od

rodziców jest bardziej stałe niż w przypadku wsparcia, które pochodzi od rówieśników, którzy zmieniają się od czasu do czasu. W przypadku postaw rówieśników okresy akceptacji są przeplatane okresami odrzucenia (Stice i wsp., 2004). Dzieci uczą się strategii regulacji emocji między innymi obserwując swoich rodziców, a rodzinny klimat emocjonalny bez wątpienia wpływa na to w jaki sposób dzieci i młodzież radzą sobie z trudnymi emocjami (Morris i wsp., 2017).

Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że spostrzegane wsparcie pochodzące od rodziny miało pośredni wpływ na symptomy depresji poprzez poznawcze strategie polegające na skupieniu się na planowaniu oraz pozytywnym przewartościowaniu. Te wyniki pozwalają przypuszczać, że poczucie posiadania wsparcia ze strony rodziny sprzyja spostrzeganiu trudnych wydarzeń jako wyzwania a nie zagrożenia (Stice i wsp., 2004; Windle, 1992). Poczucie, że jest się mocno zakotwiczonym w przyjaznej rodzinie daje człowiekowi siłę i pozwala nawet w trudnych sytuacjach dostrzec jakieś pozytywy i próbować przekształcać je w doświadczenia wzmacniające i uczące. Taki sposób podchodzenia do sytuacji trudnych z przeszłości daje siłę do planowania działań, które będą miały na celu zmianę niekorzystnej sytuacji. W kontekście koncepcji Baumeistera i Lary'ego (1995) można powiedzieć, że młodzi ludzie, którzy czują wsparcie ze strony rodziny mają zaspokojoną fundamentalną potrzebę przynależności, co z kolei daje im siłę do pozytywnego przewartościowania nawet trudnych i nieprzyjemnych wydarzeń życiowych (Windle, 1992). Rodzina, która gwarantuje poczucie wsparcia jest jednocześnie modelem radzenia sobie z emocjami, który naśladują jej dorastający członkowie (Morris i wsp., 2007).

Analizy uwzględniające skorelowanie między strategiami regulacji emocji wykazały, że oprócz pozytywnego przewartościowania i planowania jeszcze strategia obwiniania siebie (zależność odwrotna) okazała się być mediatorem relacji między postrzeganiem wsparcia ze strony rodziny i symptomami depresji. Adolescenci, którzy zauważają wsparcie ze strony rodziny, w sytuacji trudnej w mniejszym stopniu używają poznawczej strategii obwiniania siebie. Brak wsparcia ze strony najbliższych sprawia, że adolescenty koncentrują się na trudnym wydarzeniu, a także bardzo często biorą za nie odpowiedzialność oraz koncentrują się na błędach, które mogli popełnić (Garnefski i Kraaij, 2007). Spostrzegane wsparcie społeczne, szczególnie wsparcie ze strony rodziców jest integralną częścią dobrostanu nastolatka ponieważ odpowiada na potrzebę bycia kochanym i docenianym (Cobb, 1976).

Ponadto w prowadzonych badaniach, podobnie jak w badaniach wcześniejszych stwierdzono dodatnie relacje między wiekiem adolescentów a stosowaniem poznawczych strategii regulacji emocji. I tak im młodszy byli nastolatki, tym rzadziej stosowali szczególnie strategie pozytywnego przewartościowania. Taka zależność została również zauważona w badaniach Garnefski i Kraaij (2006, 2007). Najprawdopodobniej jest to związane z rozwojem zdolności wykonywania operacji poznawczych, a co za tym idzie ze stopniowo zwiększającymi się możli-

wościami sprawowania poznawczej kontroli nad emocjami (Aldwin, 2007; Garnefski i Kraaij, 2006).

W przypadku różnic płciowych i związku z symptomami depresji, niniejsze badania nie wykazały różnic w grupie osób hospitalizowanych między dziewczętami i chłopcami w zakresie strategii regulacji emocji, spostrzeganego wsparcia społecznego i symptomów depresji. Natomiast w grupie zdrowych adolescentów dziewczęta częściej niż chłopcy stosowały strategię obwiniania siebie, akceptacji, ruminacji i katastrofizowania a rzadziej strategię obwiniania innych. Dziewczęta wskazywały również na silniejsze poczucie wsparcia ze strony swoich przyjaciół (Canty-Mitchell i Zimet, 2000). Wyniki te są zgodne z badaniami Garnefski i Kraaij (2006) w których dziewczęta osiągały wyższe wyniki niż chłopcy w zakresie poznawczych strategii regulacji emocji, a także z wynikami badań w których dziewczęta osiągały wyższe wyniki niż chłopcy w zakresie symptomów depresji (Chen i Harris, 2019; Hyde i wsp., 2008).

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na znaczenie spostrzeganego wsparcia społecznego, szczególnie tego którego źródłem jest rodzina, a także poznawczych strategii regulacji emocji w kontekście symptomów depresji. Uwzględnienie tych zmiennych jest szczególnie ważne przy projektowaniu programów promujących zdrowie psychiczne wśród adolescentów. Otrzymane wyniki mogą posłużyć jako wskazówka do tego, by w interwencjach profilaktycznych i terapeutycznych skierowanych do adolescentów hospitalizowanych zwrócić szczególną uwagę na wzmocnienie umiejętności koncentracji na teraźniejszości w celu minimalizowania ruminacji.

Słabe strony przeprowadzonych badań są związane z ich kwestionariuszowym charakterem w związku z tym zebrane dane są danymi samoopisowymi, a to z kolei mogło powodować pewną stronniczość, jak choćby stronniczość której źródłem jest indywidualny styl reakcji. Popatrzmy jak mogło to wpłynąć na pomiar poszczególnych zmiennych. W przypadku pomiaru spostrzeganego wsparcia społecznego nie jest do końca pewne, czy wyniki dotyczące tej zmiennej odzwierciedlały faktycznie otrzymywane wsparcie społeczne, czy jedynie subiektywnie spostrzegane wsparcie społeczne. Trzeba zwrócić uwagę że adolescenti ze względu na niewielkie doświadczenie życiowe mogą mieć trudności w dokonywaniu autorefleksji, która pozwoliłaby na adekwatną ocenę osobistego wsparcia społecznego. Dodatkowo percepcja wsparcia społecznego może odnosić się do różnych okresów czasowych i może obejmować przyszłe oczekiwanie wsparcia a nie wsparcie otrzymywane w konkretnej sytuacji. Jeśli chodzi o kolejną zmienną, symptomy depresji, bardziej rzetelnym jej pomiarem byłby wywiad kliniczny. Należy też podkreślić, że z uwagi na korelacyjny charakter badań możemy mówić jedynie o zależnościach korelacyjnych, a nie przyczynowo-skutkowych. Możliwy jest odwrotny kierunek zależności niż ana-

lizowany w przeprowadzonych badaniach. Ponadto trzeba zwrócić uwagę na różnice socjodemograficzne między porównywanymi grupami nastolatków.

Można powiedzieć, że przeprowadzone badania uzupełniają dotychczasowe badania Garnefski i Kraaj (2006) wskazując na różnice w związkach poznawczych strategii regulacji emocji i spostrzeganego wsparcia społecznego z objawami depresji u zdrowych i hospitalizowanych adolescentów. Projektując przyszłe badania należałoby, przede wszystkim, uwzględnić różnorodne źródła danych, na przykład relację rodziców, czy opiekunów dotyczącą wskaźników (parametrów) psychologicznych adolescentów. Dobrze byłoby zastosować również badania podłużne.

Podsumowując warto zaznaczyć, że wyniki prowadzonych badań wykazały że adolescenti hospitalizowani rzadziej posługiwali się strategią planowania, samoobwiniania, ruminacji oraz obwiniania innych w porównaniu z adolescentami zdrowymi. Hospitalizowani adolescenti w porównaniu ze swoimi zdrowymi rówieśnikami dostrzegali silniejsze wsparcie pochodzące od rodziny oraz osób dla nich ważnych. W grupie adolescentów hospitalizowanych pozytywny związek między strategią ruminacji, a symptomami depresji był znacznie silniejszy niż w grupie adolescentów zdrowych. W grupie adolescentów zdrowych stwierdzono negatywny związek między strategią polegającą na planowaniu, a symptomami depresji, natomiast w grupie adolescentów hospitalizowanych nie zauważono takiej zależności.

Strategie nieadaptacyjne, do których należą obwinianie siebie, katastrofizowanie oraz ruminacje były w sensie statystycznym predyktorami symptomów depresji. W niniejszym badaniu również strategia planowania okazała się predyktorem symptomów depresji, zależność odwrotna. Wyniki badań wskazują na pośredni wpływ spostrzeganego wsparcia społecznego na symptomy depresji poprzez poznawcze strategie regulacji emocji w grupie adolescentów zdrowych w zakresie spostrzeganego wsparcia ze strony rodziny.

## Literatura

- AAP (2015). *Bright futures guidelines for health supervision of infants, children and adolescents*. Retrieved from <https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/18-Adolescence.pdf>.
- Abela, J. R. Z., Hankin, B. L. (2007). *Handbook of depression in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Abela, J. R. Z., Payne, A. V. L. (2003). A test of the integration of the hopelessness and self-esteem theories of depression in third and seventh grade children. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 519-535.
- Abela, J. R. Z., Sarin, S. (2002). Cognitive vulnerability to hopelessness depression: A chain is only as strong as its weakest link. *Cognitive Therapy and Research, 26*, 811-829.
- Abela, J. R.Z., D'Alessandro, D. U. (2001). An examination of the symptom component of the hopelessness theory of depression in a sample of schoolchildren. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 15*, 33-47.
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hogan, M. E. (1997). Cognitive/personality subtypes of depression: Theories in search of disorders. *Cognitive Therapy and Research, 21*, 247-265.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G.I., Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review, 96*, 358-372.
- Abravanel, B. T., Sinha, R. (2014). Emotion dysregulation mediates the relationship between lifetime cumulative adversity and depressive symptomatology. *Journal of psychiatric research, 61*, 89–96. doi: 10.1016/j.jpsychires. 2014.11.012.
- Accardo, J., Marcus, C. L., Leonard, M. B., Shults, J., Meltzer, L. J., and Elia, J. (2012). Associations between psychiatric comorbidities and sleep disturbances in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 33*, 97–105. doi:10.1097/DBP.0b013e31823f6853.
- Adams, C. D., Streisand, R. M., Zawacki, T., Joseph, K. E. (2002). Living with a chronic illness: a measure of social functioning for children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology, 27*(7), 593–605. doi:10.1093/jpepsy/27.7.593.
- Adams, S. W., Bowler, R. M., Russell, K., Brackbill, R. M., Li, J., Cone, J. E. (2019). PTSD and comorbid depression: Social support and self-efficacy in World Trade Center tower survivors 14–15 years after 9/11. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 11*(2), 156–164. doi:10.1037/tra0000404.

- Ahmed, S. P., Bittencourt-Hewitt, A., Sebastian, C. L. (2015). Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 15, 11–25. doi:10.1016/j.dcn.2015.07.006.
- Alati, R., O’Callaghan, M., Najman, J. M., Williams, G. M., Bor, W., Lawlor, D. A. (2005). Asthma and Internalizing Behavior Problems in Adolescence: A Longitudinal Study. *Psychosomatic Medicine*, 67(3), 462–470. doi:10.1097/01.psy.0000161524.3.
- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research: capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 155–172. doi:10.1177/1745691612459518.
- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., Seager, I. (2016). *Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions*. *Development and Psychopathology*, 28(4pt1), 927–946. doi:10.1017/s0954579416000638
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004.
- Aldao, A., Sheppes, G., Gross, J. J. (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 39(3), 263–278. doi:10.1007/s10608-014-9662-4.
- Aldwin, C. M. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New York – London: The Guilford Press.
- Aldwin, C. M. (2009). *Stress, coping and development. Second Edition: An Integrative Perspective*. New York: The Guilford Press.
- Allan, S., Gilbert, P. (1995). A social comparison scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 19(3), 293–299. doi:10.1016/0191-8869(95)00086-L.
- Amaral, M. P., Maia Pinto, F. J., Medeiros, C. R. B. (2015). Las habilidades sociales y el comportamiento infractor en la adolescencia. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 19(2), 17–38.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington
- Amone-P’Olak, K., Garnefski, N., Kraaij, V. (2007). Adolescents caught between fires: Cognitive emotion regulation in response to war experiences in Northern Uganda. *Journal of Adolescence*, 30(4), 655–669. doi:10.1016/j.adolescence.2006.
- Anderson, C. A., Miller, R. S., Riger, A. L., Dill, J. C., Sedikides, C. (1994). Behavioural and characterological styles as predictors of depression and loneliness: review, refinement, and test. *Journal of Personality and Social Psychology* 66, 549–558.

- Andrews, J. L., Ahmed, S., Blakemore, S. J. (2020). Navigating the social environment in adolescence: The role of social brain development. *Biological Psychiatry*, 89, 2, 109-18. doi:10.1016/j.biopsych.2020.09.012.
- Angold, A., Erkanli, A., Silberg, J., Eaves, L., Costello, E. J. (2002). Depression scale scores in 8-17-year-olds: effects of age and gender. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1052–1063. doi:10.1111/1469-7610.00232.
- APA (2002). *Developing adolescents: A reference for professionals*. Washington: American Psychological Society.
- Arbuckle, J. (2005). *Amos 6.0 User's Guide*. Amos Development Corporation
- Ardelt, M., Day, L. (2002). Parents, siblings, and peers: Close social relationships and adolescent deviance. *The Journal of Early Adolescence*, 22(3), 310–349. doi:10.1177/02731602022003004.
- Aritzeta, A., Balluerka, N., Gorostiaga, A., Alonso-Arbiol, I., Haranburu, M., Gartzia, L. (2016). Classroom emotional intelligence and its relationship with school performance. *European Journal of Education and Psychology*, 9(1), 1-8. doi:10.1016/j.ejeps.2015.11.001.
- Arrindell, W. A., Ettema, J. H. M. (1986). SCL-90. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator. Lisse, The Netherlands: Swets Zeitlinger BV. [Manual for a multidimensional psychopathology-indicator/Dutch translation and adaptation].
- Ashkanasy, N. M., Ashton-James, C. E. (2006). Emotion in Organizations: A Neglected Topic in I/O Psychology, But with a Bright Future. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 2005, 221–268. doi:10.1002/0470029307.ch6.
- Ashkanasy, N. M., Zerbe, W. J. and Härtel, C. E. J. (2014), *Emotions and the Organizational Fabric", Emotions and the Organizational Fabric (Research on Emotion in Organizations, Vol. 10)*. Emerald Group Publishing Limited, Bingley. doi:10.1108/S1746-979120140000010010.
- Auerbach, R. P., Admon, R., Pizzagalli, D.A. (2014). Adolescent Depression. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 139–148. doi:10.1097/hrp.000000000000003.
- Auerbach, R. P., Bigda-Peyton, J. S., Eberhart, N. K., Webb, C. A., Ho, M. H. R. (2011). Conceptualizing the Prospective Relationship Between Social Support, Stress, and Depressive Symptoms Among Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 475–487. doi:10.1007/s10802-010-9479-x.
- Auerbach, R. P., Stanton, C. H., Proudfit, G. H., Pizzagalli, D. A. (2015). Self-referential processing in depressed adolescents: A high-density event-related potential study. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 233-245. doi:10.1037/abn0000023.

- Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J. P., Burstein, M., Merikangas, K. R. (2015). Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: Prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(1), 37-44. doi:10.1016/j.jaac.2014.10.010.
- Azoulay, E., Cariou, A., Bruneel, F., Demoule, A., Kouatchet, A., ... Reuter, D. (2020). Symptoms of Anxiety, Depression and Peritraumatic Dissociation in Critical Care Clinicians Managing COVID-19 Patients: A Cross-Sectional Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. doi:10.1164/rccm.202006-2568oc.
- Bakiera, L. (2009). *Czy dorastanie musi być trudne?* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Bąk-Sosnowska, M. (2006). Choroba w życiu człowieka. W: *Psychologia: podręcznik dla kierunków medycznych*, (red.), A. Trzcienieckiej-Green. Kraków: Universitas.
- Balluerka, N., Aritzeta, A., Gorostiaga, A., Gartzia, L., Soroa, G. (2013). Emotional intelligence and depressed mood in adolescence: A multilevel approach. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 110-117.
- Bargh, J. A., Williams, L. E. (2007). On the nonconscious of emotion regulation. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 429–445). New York: Guilford Press.
- Baumeister, R. F., Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. doi:10.1037/0033-2909.117.3.497.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5–37.
- Beck, A. T., Epstein, N., and Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive*, 1, 1–16.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H. N., Vernon, L. L., Gomez, J. J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 206 - 226.
- Berking, M., Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128–134. doi:10.1097/ycp.0b013e32835036.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers in Psychology*, 10, 543. doi:10.3389/fpsyg.2019.00543.

- Bhatia, S. K., Bhatia, S. (2007). Childhood and adolescent depression. *American Family Physician, 1*, 75(1), 73-80.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In: Greenacre P, (ed.), (p. 13-48). *Affective disorders*. New York: International Universities Press.
- Billings, A. G., Cronkite, R. C., Moos, R. H. (1983). Social-environmental factors in unipolar depression: Comparisons of depressed patients and nondepressed controls. *Journal of Abnormal Psychology, 92*(2), 119–133. doi:10.1037/0021-843X.92.2.119.
- Błachnio, A., Przepiorka, A. (2015). Dysfunction of Self-Regulation and Self-Control in Facebook Addiction. *Psychiatric Quarterly, 87*(3), 493–500. doi:10.1007/s11126-015-9403-1.
- Błachnio, A., Przepiorka, A. (2016). Personality and positive orientation in Internet and Facebook addiction. An empirical report from Poland. *Computers in Human Behavior, 59*, 230–236. doi:10.1016/j.chb.2016.02.018.
- Błachnio, A., Przepiorka, A., Díaz-Morales, J. F. (2015). Facebook use and chronotype: Results of a cross-sectional study. *Chronobiology International, 32*(9), 1315–1319. doi:10.3109/07420528.2015.1083.
- Błachnio, A., Przepiorka, A., Pantic, I. (2016). Association between Facebook addiction, self-esteem and life satisfaction: A cross-sectional study. *Computers in Human Behavior, 55*, 701–705. doi:10.1016/j.chb.2015.10.026.
- Blair, C. (2010). Stress and the Development of Self-Regulation in Context. *Child Development Perspectives, 4*(3), 181–188. doi:10.1111/j.1750-8606.2010.0.
- Blair, C., Raver, C. C. (2012). Child development in the context of adversity: Experiential canalization of brain and behavior. *American Psychologist, 67*(4), 309–318. doi:10.1037/a0027493.
- Blakemore, S. J., Burnett, S., Dahl, R. E. (2010). The role of puberty in the developing adolescent brain. *Human Brain Mapping, 31*(6), 926-933. doi:10.1002/hbm.21052.
- Blakemore, S. J., Robbins, T. W. (2012). Decision-making in the adolescent brain. *Nature Neuroscience, 15*(9), 1184–1191. doi:10.1038/nn.3177.
- Blanton, R. E., Chaplin, T. M., Sinha, R. (2010). Sex differences in the correlation of emotional control and amygdala volumes in adolescents. *Neuroreport, 21*(14), 953–957.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of Object Representation in Anaclitic and Introjective Depression. *The Psychoanalytic Study of the Child, 29*(1), 107–157. doi:10.1080/00797308.1974.1182.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of Depression: Theoretical, Clinical and Research Perspectives*. Washington: American Psychological Association. doi:10.1037/10749-000.

- Blatt, S. J., Luyten, P. (2009). Depression as an Evolutionarily Conserved Mechanism to Terminate Separation Distress: Only Part of the Biopsychosocial Story? *Neuropsychoanalysis*, *11*(1), 52–61. doi:10.1080/15294145.2009.1077.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, *12*, 527–562.
- Blum, W.R., Nelson-Mmari, K. (2004). The health of young people in a global context. *Journal of Adolescent Health*, *35*(5),402-18. doi:10.1016/j.jadohealth.2003.10.007.
- Bonny, A., Britto, M., Klostermann, B., Hornung, L., Slap, G. (2000). School disconnectedness: Identifying adolescents at risk. *Paediatrics*, *106*, 1017-1021.
- Bovier, P. A., Chamot, E., Perneger, T. V. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research*, *13*(1), 161–170. doi:10.1023/b:qure.0000015288.
- Brady, S. S., Dolcini, M. M., Harper, G.W., Pollack, L. M. (2009). Supportive friendships moderate the association between stressful life events and sexual risk taking among African American adolescents. *Health Psychology*, *28*(2), 238–248. doi:10.1037/a0013240.
- Braunstein, L. M., Gross, J. J., Ochsner, K. N. (2017). Explicit and implicit emotion regulation: A multi-level framework. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *12*(10), 1545–1557. doi:10.1093/scan/nsx096.
- Brausch, A. M., Decker, K. M. (2014). Self-esteem and social support as moderators of depression, body image, and disordered eating for suicidal ideation in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. *42*, 779–789. doi:10.1007/s10802-013-9822-0.
- Broadent, E., Petrie, J. K., Main, J., Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*, 631–637.
- Brodbeck, J., Bachmann, M. S., Croudace, T. J., Brown, A. (2013). Comparing growth trajectories of risk behaviors from late adolescence through young adulthood: An accelerated design. *Developmental Psychology*, *49*(9), 1732–1738. doi:10.1037/a0030873.
- Bromfield, E. B., Altshuler, L., Leiderman, D. B., Balish, M., Ketter, T. A., Devinsky, O., ... Theodore, W. H. (1992). *Cerebral Metabolism and Depression in Patients With Complex Partial Seizures*. *Archives of Neurology*, *49*(6), 617–623. doi:10.1001/archneur.1992.0053.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Whiteman, M. (2007). Growing up in a Violent Society: Longitudinal Predictors of Violence in Colombian Adolescents. *American Journal of Community Psychology*, *40*(1-2), 82–95. doi:10.1007/s10464-007-9126-z.

- Brown, K. H., Perez, F., Peerson, M. J., Fadel, J., Brunsgaard, G., Ostrom, M. K., MacLean W. C. (1993). Effect of Dietary Fiber (Soy Polysaccharide) on the Severity, Duration, and Nutritional Outcome of Acute, Watery Diarrhea in Children. *Pediatrics*, 92 (2) 241-24.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York, NY: Guilford Press.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods & Research*, 21, 230–258. doi:10.1177/0049124192021002005
- Buckner, J. C., Mezzacappa, E., Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and Psychopathology*, 15(1), 139–162. doi:10.1017/S0954579403000087.
- Bunge, S. A., Wright, S. B. (2007). Neurodevelopmental changes in working memory and cognitive control. *Current Opinion in Neurobiology*, 17(2), 243–250. doi:10.1016/j.conb.2007.02.005.
- Burton, E., Stice, E., Seeley, J. R. (2004). A Prospective Test of the Stress-Buffering Model of Depression in Adolescent Girls: No Support Once Again. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 689–697. doi:10.1037/0022-006X.72.4.689.
- Buszman, K., Przybyła-Basista, H (2017). Polska adaptacja Wielowymiarowej Skali Spostrzeganego Wsparcia Społecznego [Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Polish adaptation]. *Polskie Forum Psychologiczne*, 22, 581–599. doi:10.14656/PFP20170404.
- Cai, W., Pan, Y., Zhang, S., Wei, C., Dong, W., i Deng, G. (2017). Relationship between cognitive emotion regulation, social support, resilience and acute stress responses in Chinese soldiers: Exploring multiple mediation model. *Psychiatry Research*, 256(6), 71–78. doi:10.1016/j.psychres.2017.06.018.
- Caldwell, M. S., Rudolph, K. D., Troop-Gordon, W., Kim, D. Y. (2004). Reciprocal Influences Among Relational Self-Views, Social Disengagement, and Peer Stress During Early Adolescence. *Child Development*, 75(4), 1140–1154. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00730.x.
- Calkins, S., Hill, A. (2007) Caregiver Influences on Emerging Emotion Regulation: Biological and Environmental Transactions in Early Development. In: Gross, J. J., (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (229-248). New York: Guilford Press.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., Hoffman, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6, 587–595.
- Campos, J. J., Frankel, C.B., Camras, L. (2004). On the Nature of Emotion Regulation. *Child Development*, 75(2), 377–394. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.0.
- Campos, R. C., Besser, A., Ferreira, R., Blatt, S. J. (2012). Self-criticism, neediness, and distress among women undergoing treatment for breast cancer: A preliminary test of the moderat-

- ing role of adjustment to illness. *International Journal of Stress Management*, 19(2), 151–174. doi:10.1037/a0027996.
- Canty-Mitchell J, Zimet G. D. (2000). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 28(3), 391–400. doi:10.1023/A:1005109522457.
- Carr A. (2004). *Depresja i próby samobójcze młodzieży. Sposoby przeciwdziałania i reagowania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267–283.
- Casey, B. J., Jones, R. M., Hare, T. A. (2008). The Adolescent Brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124(1), 111–126. doi:10.1196/annals.1440.010.
- Casey, B.J., Duhoux, S., Cohen, M. M. (2010). Adolescence: What Do Transmission, Transition, and Translation Have to Do with It? *Neuron*, 67(5), 749–760. doi:10.1016/j.neuron.2010.08.03.
- Cava, M. J., Murgui, S., Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media [Differences in protective factors of substance use in early and middle adolescence]. *Psicothema*, 20(3), 389–395.
- Céspedes-Knadle, Y. M., Muñoz, C. E. (2011). Development of a Group Intervention for Teens With Type 1 Diabetes. *The Journal for Specialists in Group Work*, 36(4), 278–295. doi:10.1080/01933922.2011.6138.
- Chávez, R. (2016). Psychosocial Development Factors Associated with Occupational and Vocational Identity Between Infancy and Adolescence. *Adolescent Research Review*, 1(4), 307–327. doi:10.1007/s40894-016-0027-y.
- Chein, J., Albert, D., O'Brien, L., Uckert, K., Steinberg, L. (2010). Peers increase adolescent risk taking by enhancing activity in the brain's reward circuitry. *Developmental Science*, 14(2), F1–F10. doi:10.1111/j.1467-7687.2010.01035.x.
- Chen, P., Harris, K. (2019). Association of positive family relationships with mental health trajectories from adolescence to midlife. *JAMA Pediatric*, 173(12), e193336. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.3336.
- Chen, P., Vazsonyi, A.T. (2011). Future orientation, impulsivity, and problem behaviors: A longitudinal moderation model. *Developmental Psychology*, 47(6), 1633–1645. doi:10.1037/a0025327.
- Chien, L. Y., Chu, H., Guo, J. L., Liao, Y. M., Chang, L. I., Chen, C. H., Chou, K. R. (2011). Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1089–1098. doi:10.1002/gps.2660.

- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2007). The Relationship Between Psychological Buffers, Hopelessness, and Suicidal Ideation. *Crisis*, 28(2), 67–73. doi:10.1027/0227-5910.28.2.67.
- Chodoff, P. (1972). The depressive personality: A critical review. *Archives of General Psychiatry*, 27(5), 666-673.
- Cicchetti, D., Ganiban, J., Barnett, D. (1991). Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation. In J. Garber, K. A. Dodge (Eds.), (pp. 15–48) *The development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge University Press. doi10.1017/CBO9780511663963.003.
- Cieciuch, J. (2007). Family – Fatherland – God in the value system of Polish adolescents. *Polish Psychological Bulletin*, 38(4), 181-188.
- Clark, D. A., Beck, A. T. (1999). *Cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley.
- Cludius, B., Mennin, D., i Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*, 20(1), 37. doi:10.1037/emo0000646.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. doi:10.1097/00006842-197609000-00003.
- Cohen P, Cohen J, Kasen S, Velez CN, Hartmark C, Johnson J, et al. (1993). An Epidemiological Study of Disorders in Late Childhood and Adolescence—I. Age-and Gender-Specific Prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), 851–867.
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59(8), 676–684. doi:10.1037/0003-066X.59.8.676.
- Cohen, S., Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310.
- Cole, P. M., Martin, S. E., Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317–333. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x
- Cole, P. M., Michel, M. K., Teti, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 73–100, 250–283. doi:10.2307/1166139.
- Cole, S. W. (2014). Emotion regulation and gene expression. In J. J. Gross (Ed.), (pp. 571–585), *Handbook of emotion regulation*. The Guilford Press.
- Colman, W. (2009). Editorial. *Journal of Analytical Psychology*, 54(1), 1–2. doi:10.1111/j.1468-5922.2008.0.

- Compas, B. E., Connor-Smith, J., Jaser, S. S. (2004). Temperament, Stress Reactivity, and Coping: Implications for Depression in Childhood and Adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(1), 21–31. doi:10.1207/s15374424jccp3301\_3.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A. H., Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87–127.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., ...Thigpen, J.C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, 143, 939 – 991.
- Conger, R. D., Conger, K. J. (2002). Resilience in Midwestern Families: Selected Findings from the First Decade of a Prospective, Longitudinal Study. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 361–373. doi:10.1111/j.1741-3737.2002.00.
- Conolly, M. A., Johnson, J.A. (1999). Measuring Quality of Life in paediatric patients. *Pharmacoeconomics*, 16, 605-625.
- Contini, N. (2015). Agresividad y habilidades sociales en la adolescencia. Una aproximación conceptual. *Psicodebate*, 15(2), 31. doi:10.18682/pd.v15i2.533.
- Costello, E. J., Copeland, W., Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1015–1025. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02.
- Crone, E. A., Achterberg, M., Dobbelaar, S., Euser, S., van den Bulk, B., der Meulen, M. v., van Drunen, L., Wierenga, L. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. (2020). Neural and behavioral signatures of social evaluation and adaptation in childhood and adolescence: The Leiden consortium on individual development (L-CID). *Developmental Cognitive Neuroscience*, 45, Article 100805. doi:10.1016/j.dcn.2020.100805.
- Crone, E. A., Dahl, R.E. (2012). Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(9), 636-650. doi:10.1038/nrn3313.
- Cruz, E. L. D. da, Martins, P. D. de C., i Diniz, P. R. B. (2017). Factors related to the association of social anxiety disorder and alcohol use among adolescents: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 93(5), 442–451. doi:10.1016/j.jpmed.2017.05.001.
- Csikszentmihalyi, M. (2000). Creativity: An Overview. In A. E. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of Psychology* (Vol. 2). Washington DC: American Psychological Association.

- Cui, L., Morris, A. S., Criss, M. M., Houltberg, B. J., Silk, J. S. (2014). Parental psychological control and adolescent adjustment: The role of adolescent emotion regulation. *Parenting: Science and Practice, 14*(1), 47–67. doi:10.1080/15295192.2014.880018.
- Curtis, A. C. (2015). Defining adolescence. *Journal of Adolescent and Family Health, Vol. 7, Iss. 2, Article 2*. 1-39 Available at: <https://scholar.utc.edu/jafh/vol7/iss2/2>
- Czerwińska-Jasiewicz, M. (2005). *Rozwój psychiczny młodzieży a jej koncepcje dotyczące własnego życia*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- d'Acremont, M., Van der Linden, M. (2007). How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Adolescence, 30*(2), 271–282. doi:10.1016/j.adolescence.2006.02.007.
- Dahl, R. E. (2004). Adolescent Brain Development: A Period of Vulnerabilities and Opportunities. Keynote Address. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1021*(1), 1–22. doi:10.1196/annals.1308.001.
- Davis, S. K., Morningstar, M., Dirks, M. A., Qualter, P. (2020). Ability emotional intelligence: What about recognition of emotion in voices? *Personality and Individual Differences, 160*(2020) 109938. doi:10.1016/j.paid.2020.109938.
- De Ridder, D., Schreurs, K. (2001). Developing interventions for chronically ill patients. *Clinical Psychology Review, 21*(2), 205–240. doi:10.1016/s0272-7358(99)0004.
- De Vito, A. N., Ahmed, M., Mohlman, J. (2020). Cognitive Enhancement Strategies to Augment Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Related Disorders: Rationale and Recommendations for Use With Cognitively Healthy Older Adults. *Cognitive and Behavioral Practice*. doi: 10.1016/j.cbpra.2019.10.007.
- Decker, C. L. (2006). Social support and adolescent cancer survivors: a review of the literature. *Psycho-Oncology, 16*(1), 1–11. doi:10.1002/pon.1073.
- DeLongis, A., Holtzman, S. (2005). Coping in Context: The Role of Stress, Social Support, and Personality in Coping. *Journal of Personality, 73*(6), 1633–1656. doi:10.1111/j.1467-6494.2005.00361.x.
- Demaray, M. K., Malecki, C. K. (2002). The relationship between perceived social support and maladjustment for students at risk. *Psychology in the Schools, 39*(3), 305–316. doi:10.1002/pits.10018.
- Demaray, M. K., Malecki, C. K., Davidson, L. M., Hodgson, K. K., Rebus, P. J. (2005). The Relationship Between Social Support and Student Adjustment: A Longitudinal Analysis. *Psychology in the Schools, 42*(7), 691–706. doi:10.1002/pits.20120.
- Denholm, C. J., Joschko, M. (1988). Psychosocial research and the hospitalized adolescent: Approaches and challenges. *Adolescence, 23*(92), 925–937.

- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual-I for the Revised version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine.
- DeSteno, D., Gross, J. J., Kubzansky, L. (2013). Affective science and health: The importance of emotion and emotion regulation. *Health Psychology, 32*(5), 474-486. doi:10.1037/a0030259.
- Devine, R., White, N., Ensor, R., Hughes, C. (2016). Theory of mind in middle childhood: Longitudinal associations with executive function and social competence. *Developmental Psychology, 52*, 758 - 771.
- Diaconu-Gherasim, L. R., Măirean, C. (2019). Depressive Symptoms and Academic Achievement: The Role of Adolescents' Perceptions of Teachers' and Peers' Behaviors. *Journal of Research on Adolescence, 30*,2, 1-16. doi:10.1111/jora.12538.
- Dingfelder, H. E., Jaffee, S. R., Mandell, D. S. (2010). The impact of social support on depressive symptoms among adolescents in the child welfare system: A propensity score analysis. *Children and Youth Services Review, 32*(10), 1255–1261. doi:10.1016/j.chilyouth.2010.04.016.
- Dishion, T. J., Tipsord, J. M. (2011). Peer Contagion in Child and Adolescent Social and Emotional Development. *Annual Review of Psychology, 62*(1), 189 - 214. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100412.
- Dobson, K.S., Dozois, D. J. A. (2001). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 3–39). Guilford Press.
- Dozier, M., Lindhiem, O., Lewis, E., Bick, J., Bernard, K., Peloso, E. (2009). Effects of a Foster Parent Training Program on Young Children's Attachment Behaviors: Preliminary Evidence from a Randomized Clinical Trial. *Child and Adolescent Social Work Journal, 26*(4), 321–332. doi:10.1007/s10560-009-0165-1.
- Drake, J. E., Winner, E. (2013). How children use drawing to regulate their emotions. *Cognition & Emotion, 27*(3), 512–520. doi:10.1080/02699931.2012.720567.
- Duarte, A. C., Matos, A. P., Marques, C. (2015). Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depressive Symptoms: Gender's Moderating Effect. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 165*, 275–283. doi:10.1016/j.sbspro.2014.12.632.
- Dumontheil, I. (2014). Development of abstract thinking during childhood and adolescence: The role of rostral lateral prefrontal cortex. *Developmental Cognitive Neuroscience, 10*, 57–76. doi:10.1016/j.dcn.2014.07.009.
- Duncan, G. J., Magnuson, K., Votruba-Drzal, E. (2014). Boosting Family Income to Promote Child Development. *The Future of Children, 24*(1), 99–120. doi:10.1353/foc.2014.0008.

- Duncan, G. J., Ziol-Guest, K. M., Kalil, A. (2010). Early-Childhood Poverty and Adult Attainment, Behavior, and Health. *Child Development*, 81(1), 306–325. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01.
- Dylawerska, I. O., Kuś, M. (2014). *Wreszcie dojrzeć. Warsztaty rozwojowe dla dzieci i młodzieży. Scenariusze zajęć dla uczestników prowadzących*. Kraków: Dom Wydawniczy Rafael.
- Eccles, J. S., Gootman, J. (2002). Community Programs to Promote Youth Development. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 26(5), 390. doi:10.1097/00004703-200510000-00009.
- Eccles, J. S., Wigfield, A., Byrnes, J. (2003). Cognitive development in adolescence. In R. M. Lerner, M. A. Easterbrooks, J. Mistry (Eds.), *Handbook of psychology: Developmental psychology*, (pp. 325–350), Vol. 6, John Wiley & Sons, Inc. doi:10.1002/0471264385.wei0613.
- Ehring, T., Fischer, S., Schnülle, J., Bösterling, A., Tuschen-Caffier, B. (2008). Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1574–1584.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, Regulation, and Moral Development. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 665 - 697. doi:10.1146/annurev.psych.51.1.emo0000695.
- Eisenberg, N. (2002). Empathy-related emotional responses, altruism, and their socialization. In R. J. Davidson, A. Harrington (Eds.), *Visions of compassion: Western scientists and Tibetan Buddhists examine human nature* (pp. 131–164). Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780195130430.003.0007.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., et al. (2001). The relations of regulation and emotionality to Children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*, 72(4), 1112–1134. doi:10.1111/1467-8624.00337.
- Eisenberg, N., Hofer, C., Vaughan, J. (2007). Effortful control and its socioemotional consequences. In Gross, J. J. (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 287–306). New York: Guilford Press.
- Eisenberg, N., Morris, A. S. (2002). Children's emotion-related regulation. In R. V. Kail (Ed.), *Advances in child development and behavior*, Vol. 30, pp. 189–229). Academic Press.
- Eisenberg, N., Valiente, C., Morris, A. S., Fabes, R. A., Cumberland, A., Reiser, M., Gershoff, E. T., Shepard, S. A., Losoya, S. (2003). Longitudinal relations among parental emotional expressivity, children's regulation, and quality of socioemotional functioning. *Developmental Psychology*, 39(1), 3–19. doi:10.1037/0012-1649.39.1.3.

- Ellonen, N., Kääriäinen, J., Autio, V. (2008). Adolescent depression and school social support: a multilevel analysis of a Finnish sample. *Journal of Community Psychology*, 36(4), 552–567. doi:10.1002/jcop.20254.
- Endler, N. S., Parker, J. D. A. (1990). *State and trait anxiety, depression and coping styles*. *Australian Journal of Psychology*, 42(2), 207–220. doi:10.1080/00049539008260119.
- Erikson, E. H. (1968) *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.
- Evans, J., Heron, J., Lewis, G., Araya, R., Wolke, D. (2005). Negative self-schemas and the onset of depression in women: longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 186(04), 302–307. doi:10.1192/bjp.186.4.302.
- Farvolden, P., Kennedy, S., Lam, R. (2003). Recent developments in the psychobiology and pharmacotherapy of depression: optimising existing treatments and novel approaches for the future. *Expert Opinion on Investigational Drugs*, 12(1), 65–86. doi:10.1517/13543784.12.1.65.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., Buchner, A. (2007). *G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences*. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. doi:10.3758/bf03193146.
- Fava, G. A., Perini, G. I., Santonastaso, P., Fornasa, C. V. (1980). Life events and psychological distress in dermatologic disorders: Psoriasis, chronic urticaria and fungal infections. *British Journal of Medical Psychology*, 53(3), 277–282. doi:10.1111/j.2044-8341.1980.t.
- Fehon, D. C., Grilo, C. M., Martino, S. (2000). A comparison of dependent and self-critically depressed hospitalized adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 93-106.
- Ferguson, S. A., Cisneros, F. J., Gough, B., Hanig, J. P., Berry, K.J. (2005). Chronic Oral Treatment with 13-cis-Retinoic Acid (Isotretinoin) or all-trans-Retinoic Acid Does Not Alter Depression-Like Behaviors in Rats. *Toxicological Sciences*, 87(2), 451–459. doi:10.1093/toxsci/kfi262.
- Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., Vos, T., Whiteford, H. A. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*, 43(03), 471–481. doi:10.1017/s0033291712001511.
- Ferrari, M., Yap, K., Scott, N., Einstein, D. A., i Ciarrochi, J. (2018). Self-compassion moderates the perfectionism and depression link in both adolescence and adulthood. *PLOS ONE*, 13(2), e0192022. doi:10.1371/journal.pone.01920.
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (third edition). London: Sage publications.
- Fisher, P. A., Gunnar, M.R., Dozier, M., Bruce, J., Pears, K.C. (2006). Effects of Therapeutic Interventions for Foster Children on Behavioral Problems, Caregiver Attachment, and

- Stress Regulatory Neural Systems. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 215–225. doi:10.1196/annals.1376.023.
- Fiske, S. T., Taylor, S. E. (1991). *Social cognition* (2nd ed.). McGraw-Hill Book Company.
- Fivush, R., Brotman, M. A., Buckner, J. P., Goodman, S. H. (2000). Gender differences in parent–child emotion narratives. *Sex Roles*, 42(3–4), 233 - 253.
- Flujas-Contreras, J.M., Ruiz-Castañeda, D., Gómez, I. (2020). Promoting emotional well-being in hospitalized children and adolescents with virtual reality: Usability and acceptability of a randomized controlled trial. *CIN - Computers Informatics Nursing*, 38(2), 99–107. doi:10.1097/CIN.0000000000000586.
- Flum, H., Kaplan, A. (2006). Exploratory orientation as an educational goal. *Educational Psychologist*, 41(2), 99–110.
- Foley, J. E., and Weinraub, M. (2017). Sleep, affect, and social competence from preschool to preadolescence: distinct pathways to emotional and social adjustment for boys and for girls. *Frontiers in Psychology* 8, 711. doi:10.3389/fpsyg.2017.00711.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150–170. doi:10.1037/0022-3514.48.1.150.
- Folkman, S., Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 745–774. doi:10.1146/annurev.psych.55.0909.
- Forbes, E. E., Dahl, R. E. (2010). Pubertal development and behavior: Hormonal activation of social and motivational tendencies. *Brain and Cognition*, 72(1), 66-72. doi:10.1016/j.bandc.2009.10.007.
- Fox, N. A. (2003). *Motivation and Emotion*, 27(1), 7–26. doi:10.1023/a:1023622324898.
- Fredrick, S. S., Demaray, M. K., Malecki, C. K., Dorio, N.B. (2018). Can social support buffer the association between depression and suicidal ideation in adolescent boys and girls? *Psychology in the Schools*, 55, 490–505. doi:10.1002/pits.22125.
- Freeman, H., Brown, B. B. (2001). Primary Attachment to Parents and Peers During Adolescence: Differences by Attachment Style. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(6), 653–674. doi:10.1023/a:1012200511045.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *Standard edition*, 14(19), 17.
- Freud, S. (1985). The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess: 1887–1904.
- Freud, S. (1991). Mourning and melancholia. In: Dickson A, (ed.),. *On metapsychology: the theory of psychoanalysis* (pp. 59-98). London: Penguin Books.
- Freud, Z. (2002). Nieświadomość. W: Rosińska Z, (red.), (s. 193–225). *Freud*. Warszawa: Wiedza Powszechna.

- Frey, C., Röthlisberger, C. (1996). Social support in healthy adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 17–31.
- Frijda, N. H. (1988). The laws of emotion. *American Psychologist*, 43(5), 349 - 358. doi:10.1037/0003-066X.43.5.349.
- Frost, A., Hoyt, L. T., Chung, A. L., Adam, E. K. (2015). Daily life with depressive symptoms: Gender differences in adolescents' everyday emotional experiences. *Journal of Adolescence*, 43, 132 - 141.
- Furman, W. (1996). The measurement of friendship perceptions: Conceptual and methodological issues. In W.M. Bukowski, A.F. Newcomb, W.W. Hartup (Eds.), *The company we keep* (pp. 41– 65). New York: Cambridge University.
- Furman, W. (2002). The emerging field of adolescent romantic relationships. *Current Directions in Psychological Science*, 11(5), 177–180.
- Gabbard, G. O. (2010). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. American Psychiatric Publishing. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- Gable, S. L., Reis, H. T., Impett, E. A., Asher, E. R. (2004). What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 228–245.
- Gadow, K. D., Sprafkin, J., Carlson, G. A., Schneider, J., Nolan, E. E., Mattison, R. E., et al. (2002). A DSM-IV-referenced, adolescent self-report rating scale. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 671–679. doi:10.1097/00004583-200206000-00006.
- Garnefski N, Kraaij V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire: Psychometric features and prospective relationship with depression and anxiety an adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141–9.
- Garnefski, N., Boon, Kraaij, V. (2003). Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life event. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(6), 401–408. doi:10.1023/A:1025994200559.
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V. (2009). Brief report: cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of Adolescence*, 32(2), 449–454. doi:10.1016/j.adolescence.2008.01.003.
- Garnefski, N., Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659–1669. doi:10.1016/j.paid.2005.12.009.

- Garnefski, N., Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment, 23*(3), 141–149. doi:10.1027/1015-5759.23.3.141.
- Garnefski, N., Kraaij, V. (2018). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion, 32*(7), 1401–1408. doi:10.1080/02699931.2016.1232698.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*(8), 1311–1327. doi:10.1016/S0191-8869(00)00113-6.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Van Den Kommer, T., Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence, 25*(6), 603–611. doi:10.1006/jado.2002.0507.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., Van Den Krommer, T. (2004). Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depressive Symptoms: Differences Between Males and Females. *Personality and Individual Differences, 36*, 267-276.
- Garnefski, N., van Rood, Y., de Roos, C., Kraaij, V. (2017). Relationships Between Traumatic Life Events, Cognitive Emotion Regulation Strategies, and Somatic Complaints. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 24*(2), 144–151. doi:10.1007/s10880-017-9494-y.
- Gaskin, J., James, M., & Lim, J. (2020). *Indirect Effects, AMOS Plugin*. Gaskination's StatWiki.
- Ge, X., Natsuaki, M. N., Neiderhiser, J. M., Reiss, D. (2009). The longitudinal effects of stressful life events on adolescent depression are buffered by parent–child closeness. *Development and Psychopathology, 21*(02), 621. doi:10.1017/s0954579409000339.
- Geng, Y., Gu, J., Zhu, X., Yang, M., Shi, D., Shang, J., Zhao, F. (2020). Negative emotions and quality of life among adolescents: A moderated mediation model. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 20*(2), 118-125. doi:10.1016/j.ijchp.2020.02.001.
- Giedd, J. N. (2015). The amazing teen brain. *Scientific American, 312*, 32-37. doi:10.1038/scientificamerican0615-32.
- Gignac, G. E., Szodorai, E. T. (2016). Effect size guidelines for individual differences researchers. *Personality and Individual Differences, 102*, 74–78. doi:10.1016/j.paid.2016.06.069.
- Gijzen, M. W. M., Rasing, S. P. A., Creemers, D. H. M., Smit, F., Engels, R. C. M. E., De Beurs, D. (2020). Suicide Ideation as a Symptom of Adolescent Depression. A Network Analysis. *Journal of Affective Disorders, 1*, 278, 68-77. doi:10.1016/j.jad.2020.09.029.

- Gohm, C. L., Clore, G. L. (2000). Individual differences in emotional experience: Mapping available scales to processes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(6), 679–697.
- Goldsmith, H. H., Davidson, R.J. (2004). Disambiguating the Components of Emotion Regulation. *Child Development*, 75(2), 361–365. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00678.x.
- Goldstein, B. L., Kessel, E. M., Kujawa, A., Finsaas, M. C., Davila, J., Hajcak, G., Klein, D.N. (2020). Stressful life events moderate the effect of neural reward responsiveness in childhood on depressive symptoms in adolescence. *Psychological Medicine*, 50(9), 1548–1555. doi:10.1017/S0033291719001557.
- Gomes, A. C., Rebelo, M. A. B., de Queiroz, A. C. de Queiroz Herkrath, A. P.C., Herkrath, F. J., Vieira, J. M. R., Pereira, J. V., Vettore, M. V. (2020). Socioeconomic status, social support, oral health beliefs, psychosocial factors, health behaviours and health-related quality of life in adolescents. *Quality of Life Research*, 29(1), 141-151.
- Goodman, F. R., Kashdan, T. B., İmamoğlu, A. (2020). Valuing emotional control in social anxiety disorder: A multimethod study of emotion beliefs and emotion regulation. *Emotion*. Advance online publication. doi:10.1037/emo0000750.
- Gordon, T. (1999). *Pacjent jako partne*,. tłum. T. Szafranski. Warszawa: PAX.
- Gorrese, A. (2016). Peer attachment and youth internalizing problems: A meta-analysis. *Child & Youth Care Forum*, 45(2), 177–204.
- Gorrese, A., Ruggieri, R. (2012). Peer attachment: A meta-analytic review of gender and age differences and associations with parent attachment. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(5), 650–672.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129(3), 447–466. doi:10.1037/0033-2909.129.3.447.
- Graziano, F., Bonino, S., Cattelino, E. (2009). Links between maternal and paternal support, depressive feelings and social and academic self-efficacy in adolescence. *European Journal of Developmental Psychology*, 6(2), 241–257. doi:10.1080/17405620701252066.
- Greenfield, P. M. i Subrahmanyam, K. (2003). Online discourse in a teen chat room: New codes and new modes of coherence in a visual medium. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 24, 713–738.
- Greszta, E. (2006). *Depresja wieku dorastania. Zachowania rodziców jako czynnik ochronny lub czynnik ryzyka depresji u dorastających dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Academica.

- Grey, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tomhe, P., Abi-Habib, R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 293, 113452. doi:10.1016/j.psychres.2020.1134.
- Griffiths, K. M., Crisp, D. A., Barney, L., Reid, R. (2011). Seeking help for depression from family and friends: A qualitative analysis of perceived advantages and disadvantages. *BMC Psychiatry*, 11(1). doi:10.1186/1471-244x-11-196.
- Gromadecka-Sutkiewicz, M., Dziwak, A., Kłos, J. (2008). Młodzież licealna i alkohol. *Problemy Higieniczno Epidemiologiczne*, 89(2), s. 293-296.
- Gross, J. (1998). Antecedent- and Response- Focused Emotion Regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237.
- Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 525–552). Guilford Press.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: timing is everything. *Current Directions in Psychological Science* 10, 214 - 219.
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–20). New York, NY: Guilford Press.
- Gross, J. J. (2015). The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*, 26, 130-137. doi:10.1080/1047840X.2015.989751.
- Gross, J. J., Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387–401.
- Gross, J. J., John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348.
- Gross, J. J., Richards, J. M., John, O. P. (2006). Emotion Regulation in Everyday Life. In D.K. Snyder, J. Simpson, J.N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 13–35). American Psychological Association. doi:10.1037/11468-001.
- Gross, J. J., Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Grygorczuk, A. (2008). Pojęcie stresu w medycynie i psychologii. *Psychiatria*, 5(3), 111-115.
- Guan, K., Fox, K. R., Prinstein, M. J. (2012). Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 842-849.

- Güler, Y., Gönener, H. D., Altay, B., Gönener, A. (2009). Adolescents Obesity and Nursing Care. *Firat Health Service Journal*, 4(10), 165–182.
- Gurba, E. (2013). *Nieporozumienia z dorastającymi dziećmi w rodzinie: uwarunkowania i wspomaganie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gusella, J. L., Ward, A. M., Butler, G. S. (1998). *The Experience of Hospitalized Adolescents: How Well Do We Meet Thier Developmental Needs?* *Children's Health Care*, 27(2), 131–145. doi:10.1207/s15326888chc2702\_4.
- Guyer, A. E., Caouette, J. D., Lee, C. C., Ruiz, S. K. (2014). Will they like me? Adolescents' emotional responses to peer evaluation. *International Journal of Behavioral Development*, 38(2), 155–163. doi:10.1177/0165025413515627.
- Gyurak, A., Gross, J. J., Etkin, A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: A dual-process framework. *Cognition & Emotion*, 25(3), 400–412. doi:10.1080/02699931.2010.54416.
- Hajal, N. J., Paley, B. (2020). Parental emotion and emotion regulation: A critical target of study for research and intervention to promote child emotion socialization. *Developmental Psychology*, 56(3), 403-417. doi:10.1037/dev0000864.
- Hall, G. S. (1904). Adolescence: Its Psychology and Its Relation to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education. *American Journal of Psychiatry*, 61(2), 375–381. doi:10.1176/ajp.61.2.375.
- Haluska, H. B., Jessee, P. O., Nagy, C. M. (2002). Sources of Social Support: Adolescents With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29(9), 1317–1324. doi:10.1188/02.onf.1317-1324.
- Hamama, L., Ronen-Shenhav, A. (2012). Self-control, social support, and aggression among adolescents in divorced and two-parent families. *Children and Youth Services Review*, 34(5), 1042–1049. doi:10.1016/j.chilyouth.2012.02.009.
- Hammen, C. (2000). Interpersonal factors in an emerging developmental model of depression. In S. L. Johnson, A. M. Hayes, T. M. Field, N. Schneiderman, & P. M. McCabe (Eds.), *Stress, coping, and depression* (pp. 71–88). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Hammen, C., Goodman-Brown, T. (1990). Self-schemas and vulnerability to specific life stress in children at risk for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 215-227.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128–140.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Siler, M. (2001). A prospective test of the hopelessness theory of depression in adolescence. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 607-632.

- Harley, J. M., Pekrun, R., Taxer, J. L., Gross, J. J. (2019). Emotion regulation in achievement situations: An integrated model. *Educational Psychologist*, 54(2), 106–126. doi:10.1080/00461520.2019.1587297.
- Hayes, A. F. (2017). Introduction to mediation, moderation, and conditional proces analysis: A regression-based approach. Guilford Publications.
- Hazel, N. A., Hammen, C. et al (2008). Early childhood adversity and adolescent depression: the mediating role of continued stress. *Psychological Medicine*, 38(4), 581-589.
- Heerde, J. A., Hemphill, S. A. (2018). Examination of associations between informal help-seeking behavior, social support, and adolescent psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Developmental Review*, 47, 44–62. doi:10.1016/j.dr.2017.10.001.
- Heitzman, J. (2009). Zaburzenia snu-przyczyna czy skutek depresji?, *Psychiatria Polska*, 5, 499-511.
- Hejmanowski, Sz. (2005). Okres dorastania – zagrożenia rozwoju. W: A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 45-59). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Heszen-Niejodek, I. (2000) Radzenie sobie z chorobą — przegląd zagadnień. W: Heszen-Niejodek I. (red.). *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*. (s.13–31). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Hetherington, E., Clingempeel, W. (1992). Coping with marital transitions: A family systems perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 57, 1-242. doi:10.1111/j.1540-5834.1992.tb00300.x.
- Hilt, L., Nolen-Hoeksema, S. (2009). The emergence of gender differences in depression in adolescence. Em L. Hilt, S. Nolen-Hoeksema, *Handbook of Depression in Adolescents* (pp. 111-126). New York: Routledge.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P. L. (1997). Social context, coping strategies, and depressive symptoms: An expanded model with cardiac patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), 918–928. doi.10.1037/0022-3514.72.4.918.
- Holzer, H. J., Whitmore Schanzenbach, D., Duncan, G. J., Ludwig, J. (2008). The economic costs of childhood poverty in the United States. *Journal of Children and Poverty*, 14(1), 41–61. doi:10.1080/10796120701871280.
- Hopkins, L., Moss, J., Green, J., Strong, G. (2014). Embedding learning in a paediatric hospital: Changing practice and keeping connected. *International Journal of Inclusive Education*, 18, 312-321.
- House, J. S., Landis, K. R., Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540–545.

- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. doi:10.1080/10705519909540118
- Hu, Y. Q., Gan, Y. Q. (2008). Development and Psychometric Validity of the Resilience Scale for Chinese Adolescents. *Acta Psychologica Sinica*, 40, 902–912.
- Huffine, C. L., Folkman, S., Lazarus, R. S. (1989). Psychoactive Drugs, Alcohol, and Stress and Coping Processes in Older Adults. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15(1), 101–113. doi:10.3109/00952998908993403.
- Humm, A., Kaminer, D., Hardy, A. (2018). Social support, violence exposure and mental health among young South African adolescents. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 30(1), 41–50. doi:10.2989/17280583.2018.1476.
- Hurellman, K. (1994). *Struktura społeczna a rozwój osobowości*. Poznań 1994.
- 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. doi:10.1037/0033-295X.115.2.291.
- Irwin, C. E., Burg, S. J., i Uhler Cart, C. (2002). America's adolescents: where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health*, 31(6), 91–121. doi:10.1016/s1054-139x(02)0048.
- Jackson, B., Lurie, S. (2006). Adolescent Depression: Challenges and Opportunities. *Advances in Pediatrics*, 53(1), 111–163. doi:10.1016/j.yapd.2006.04.008.
- Jamalimoghadam, N., Yektatalab, S., Momennasab, M., Ebadi, A., i Zare, N. (2019). How do hospitalized adolescents feel safe? A qualitative study. *Journal of Nursing Research*, 27(2), 1–9. doi:10.1097/jnr.0000000000000285.
- Jaworowska, A. (2005). STAIC–Inwentarz Stanu i Cechy Lęku dla Dzieci. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Jentsch, V. L., Wolf, O. T. (2020). The impact of emotion regulation on cardiovascular, neuroendocrine and psychological stress responses. *Biological Psychology*, 107893. doi:10.1016/j.biopsycho.2020.107893.
- John, O. P., Gross, J. J. (2004). Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1334. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x.
- Johnson, J. H., Sarason, I. G. (1978). Life stress, depression and anxiety: Internal–external control as a moderator variable. *Journal of Psychosomatic Research*, 22(3), 205–208. doi:10.1016/0022-3999(78)90025-9.

- Joiner, T. E., Steer, R. A., Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Metalsky, G. I., Schmidt, N. B. (2001). Hopelessness depression as a distinct dimension of depressive symptoms among clinical and non-clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 523-536.
- Jones, J. G. (1987). Stress in psychiatric nursing. In R. Payne, J. Firth-Cozens (Eds.), *Stress in health professionals* (pp. 189–210). John Wiley & Sons.
- Joormann, J., D'Avanzato, C. (2010). Emotion regulation in depression: Examining the role of cognitive processes: Cognition & Emotion Lecture at the 2009 ISRE Meeting. *Cognition and Emotion*, 24, 913–939.
- Kalinowska, S., Nitsch, K., Duda, P., Trzeźniowska-Drukała, B., Samochowiec, J. (2013). Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia. *Annales Acadmiae Medicae Stetinensis*, 59(1), 32-6.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P., Laippala, P. (2001). Adolescent depression: The role of discontinuities in life course and social support. *Journal of Affective Disorders*, 64(2-3), 155–166. doi:10.1016/S0165-0327(00)00233-0.
- Kamińska, E., Banasiak, E., Gawińska, A. (2016). *Depresja wśród dzieci i młodzieży*. Olsztyn 2016.
- Kandola, A., Lewis, G., Osborn, D. P. J., Stubbs, B., Hayes, J. F. (2020). Depressive symptoms and objectively measured physical activity and sedentary behaviour throughout adolescence: a prospective cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 1, 1-8. doi:10.1016/s2215-0366(20)30034-1.
- Kanfer, F. H. (1970). Self-regulation Research issues and speculations. In C. Neuringer, J. L. Michael (Eds.), *Behavior Modification in Clinical Psychology*. (pp. 178-220). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Kanfer, F. H. (1971). The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement. In A. Jacobs, L. B. Sachs (Eds.), *The psychology of private events: Perspectives on Covert Response Systems*. (p.p. 39-59). New York: Academic Press.
- Kanfer, F. H., Karoly, P. (1972). *Self-control: A behavioristic excursion into the lion's den*. *Behavior Therapy*, 3(3), 398–416. doi:10.1016/s0005-7894(72)80140.
- Kashdan, T. B., Young, K C., Machell, K. A. (2015). Positive emotion regulation: addressing two myths. *Current Opinion in Psychology*, 3, 117–121. doi:10.1016/j.copsyc.2014.12.012.
- Kaufman, J., Wymbs, N. F., Montalvo-Ortiz, J. L., Orr, C., Albaugh, M. D., Althoff, R., et al. (2018). Methylation in OTX2 and related genes, maltreatment, and depression in children. *Neuropsychopharmacology* 43, 2204–2211. doi:10.1038/s41386-018-0157-y.

- Kemp, E., Cowart, K., Bui, M. (Myla). (2020). Promoting consumer well-being: Examining emotion regulation strategies in social advertising messages. *Journal of Business Research*, 112, 200-209. doi:10.1016/j.jbusres.2020.03.
- Khodami, M. A., Sheibani, L. (2019). An investigation on Negative Activity, Alexithymia, Emotion Regulation, and Internet addiction in a sample of high school students: A randomized controlled trial. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 178, 6, 624-631. doi:10.1016/j.amp.2019.10.007.
- Kielar- Turska, M. (2000). Rozwój człowieka w pełnym cyklu życia. W: J. Strelau (red.), *Psychologia*, tom 2. Gdańsk: GWP.
- Kim J, Cicchetti D (2010): Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 706–716. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x
- Kim, D., Kwon, H.J., Ha, M., Lim, M. H., Kim, K. M. (2021). Network analysis for the symptom of depression with Children’s Depression Inventory in a large sample of school-aged children. *Journal of Affective Disorders*, 281, 256–263. doi:10.1016/j.jad.2020.12.002.
- King, N. J., Bernstein, G. A. (2001). School Refusal in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 197–205. doi:10.1097/00004583-200102000-00.
- Kleiman, E. M., Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 540–545. doi:10.1016/j.jad.2013.01.033.
- Klein, M. (1934). *On criminality I*. *British Journal of Medical Psychology*, 14(4), 312–315. doi: 10.1111/j.2044-8341.1934.tb01127.x.
- Klein, M. (2007). *Miłość, poczucie winy i reparacja*. Pisma tom I. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Klein, M., Heimann, P., Money-Kyrle, R. E. (Eds.). (1956). *New directions in psychoanalysis; the significance of infant conflict in the pattern of adult behaviour*. Basic Books.
- Kliewer, W., Murrelle, L., Mejia, R., Torres de G., Y., Angold, A. (2001). Exposure to violence against a family member and internalizing symptoms in Colombian adolescents: The protective effects of family support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 971–982. doi:10.1037/0022-006X.69.6.971.
- Klimes-Dougan, B., Pearson, T. E., Jappe, L., Mathieson, L., Simard, M. R., Hastings, P., Zahn-Waxler, C. (2014). Adolescent emotion socialization: A longitudinal study of friends’ responses to negative emotions. *Social Development*, 23(2), 395–412.

- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York, NY, London, UK: Guilford Press.
- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226 - 239.
- Kolsteren, M. M. P., Koopman, H. M., Schalekamp, G., Mearin, M. L. (2001). Health-related Quality of Life in children with celiac disease. *Journal of Pediatrics*, 138, 593 - 595.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion*, 23(1), 4–41. doi:10.1080/02699930802619031.
- Koole, S. L., Webb, T. L., Sheeran, P. L. (2015). Implicit emotion regulation: feeling better without knowing why. *Current Opinion in Psychology*, 3, 6–10. doi:10.1016/j.copsyc.2014.12.0.
- Kovacs, M. (1984). Depressive Disorders in Childhood. *Archives of General Psychiatry*, 41(7), 643 - 649. doi:10.1001/archpsyc.1984.0179.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin* (21), 995-998.
- Kovacs, M. (1992), *Children Depression Inventory*. New York: Multihealth Systems.
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory*. New York: Multi-Health Systems.
- Kovacs, M., Obrosky, S., George, C. (2016). The course of major depressive disorder from childhood to young adulthood: Recovery and recurrence in a longitudinal observational study. *Journal of Affective Disorders*, 203, 374–381. doi:10.1016/j.jad.2016.05.042.
- Kowalik, S. (2004). Rozwój społeczny. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała, (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kraus, C., Castrén, E., Kasper, S., Lanzenberger, R. (2017). *Serotonin and neuroplasticity – Links between molecular, functional and structural pathophysiology in depression*. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 77, 317–326. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.03.007.
- Kroger, J., Martinussen, M., Marcia, J. E. (2010). Identity status change during adolescence and young adulthood: a meta-analysis. *Journal of Adolescence*, 33(5), 683–698.
- Krywda-Rybska, D., Zdun-Ryżewska, A., Zach, E. (2012). Stres psychologiczny i czynniki na niego wpływające u opiekuna dziecka krótkotrwale hospitalizowanego. *Pediatrics I medycyna rodzinna*, 8(3), 268-271.
- Kuhn, D. (2006). Do Cognitive Changes Accompany Developments in the Adolescent Brain? *Perspectives on Psychological Science*, 1(1), 59–67. doi:10.1111/j.1745-6924.2006.t.
- Kuiper, N. A., Olinger, L. J., Lyons, L. M. (1986). Global perceived stress level as a moderator of the relationship between negative life events and depression. *Journal of Human Stress*, 12(4), 149–153. doi:10.1080/0097840X.1986.9936781.

- Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., Montoya-Castilla, I., Pérez-Marín, M. (2020). Psychosocial Factors and Chronic Illness as Predictors for Anxiety and Depression in Adolescence. *Frontiers in Psychology, 11*. doi:10.3389/fpsyg.2020.568941
- Ladd, G. W., Troop-Gordon, W. (2003). The role of chronic peer difficulties in the development of children's psychological adjustment problems. *Child Development, 74*, 1325 - 1348.
- Lam, R. S. Y., Tam, V. C. W. (2011). Correlates of identity statuses among Chinese adolescents in Hong Kong. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 23(1)*, 51-58. doi:10.1515/ijamh.2011.009.
- Lamis, D. A., Ballard, E. D., May, A. M., Dvorak, R. D. (2016). Depressive Symptoms and Suicidal Ideation in College Students: The Mediating and Moderating Roles of Hopelessness, Alcohol Problems, and Social Support. *Journal of Clinical Psychology, 72(9)*, 919–932. doi:10.1002/jclp.22295.
- Lamm, C., Lewis, M. D. (2010). Developmental Change in the Neurophysiological Correlates of Self-Regulation in High- and Low-Emotion Conditions. *Developmental Neuropsychology, 35(2)*, 156–176. doi:10.1080/87565640903526512.
- Lange, K. (2010). Depressive mood and depression in children and adolescents with diabetes. *Diabetologie, 6*, 287–293.
- Lantrip, C., Isquith, P. K., Koven, N. S., Welsh, K., Roth, R.M. (2016). Executive function and emotion regulation strategy use in adolescents. *Applied Neuropsychology: Child, 5*, 50–55. doi:10.1080/21622965.2014.960567.
- Larsen, R. J., Diener, E. (1987). Affect intensity as an individual difference characteristic: A review. *Journal of Research in Personality, 21*, 1-39.
- Larson, R. W., Moneta, G., Richards, M. H., Wilson, S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development, 73(4)*, 1151–1165.
- Larson, R., Csikszentmihalyi, M., Graef, R. (1980). Mood variability and the psychosocial adjustment of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 9(6)*, 469–490.
- Lasarte, O. F., Díaz, E. R., Palacios, E. G., Fernández, A. R. (2020). The role of social support in school adjustment during secondary education. *Psicothema, 32(1)*, 100–107.
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., Mitchell, J. E.(2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 40*, 111–122. doi:10.1016/j.cpr.2015.05.010.
- Lazarus, R. S. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist, 37(9)*, 1019–1024. doi:10.1037/0003-066X.37.9.1019.

- Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1(1), 3–13. doi:10.1207/s15327965pli0101\_1.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leathers, D. (2007). *Komunikacja niewerbalna: zasady i zastosowania*, tłum. M.Trzcińska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lerner, R. M., Castellino, D. R. (2002). Contemporary developmental theory and adolescence: Developmental systems and applied developmental science. *Journal of Adolescent Health*, 31, 122–135. doi:10.1016/S1054-139X(02)00495-0.
- Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., Seeley, J. R. (2000). Bipolar disorder during adolescence and young adulthood in a community sample. *Bipolar Disorders*, 2(3), 281–293.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 297–305. doi:10.1037/0022-006X.62.2.297.
- Lewis, M. D., Stieben, J. (2004). Emotion Regulation in the Brain: Conceptual Issues and Directions for Developmental Research. *Child Development*, 75(2), 371–376. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00680.x.
- Lewis, M. D., Todd, R. M. (2007). The Self-Regulating Brain: Cortical-Subcortical Feedback and the Development of Intelligent Action. *Cognitive Development*, 22, 406-430. doi:10.1016/j.cogdev.2007.08.004.
- Lewis, M., Haviland-Jones, J. M. (Eds.), (2000). *Handbook of emotions* (2nd ed.). Guilford Press.
- Link-Darowska, E., (2001). Depresja dzieci i młodzieży-podejście poznawczo – behawioralne. Teoria i terapia. *Psychiatria*, 8(3), 84-90.
- Lohan, A., Morawska, A., Mitchell, A. (2015). A systematic review of parenting interventions for parents of children with type 1 diabetes. *Child: Care, Health and Development*, 41(6), 803–817. doi:10.1111/cch.12278.
- Lovibond, P. F., Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (dass) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research & Therapy*, 33(3), 335-343. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-U.
- Łowicki, P., Zajenkowski, M. (2017). Divine Emotions: On the Link Between Emotional Intelligence and Religious Belief. *Journal of Religion and Health*, 56, 1998–2009.
- Luby, J.L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Brown, K. M., Hessler, M. J., Wallis, J. M., Spitznagel, E. L. (2003). The Clinical Picture of Depression in Preschool Children.

- Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 340–348. doi:10.1097/00004583-200303000-00015.
- Ludwig, L., Werner, D., i Lincoln, T. M. (2019). The relevance of cognitive emotion regulation to psychotic symptoms—A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 72, 101746. doi:10.1016/j.cpr.2019.101746. (Epub 2019 Jun 14).
- Luna, B., Padmanabhan, A., O’Hearn, K. (2010). What has fMRI told us about the Development of Cognitive Control through Adolescence? *Brain and Cognition*, 72(1), 101–113. doi:10.1016/j.bandc.2009.08.005.
- Luszczynska, A. i Cieslak, R. (2005). Protective, promotive, and buffering effects of perceived social support in managerial stress: the moderating role of personality. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 18(3), 227–244. doi:10.1080/1061580050012558.
- Luyten, P., Blatt, S. J., Van Houdenhove, B., Corveleyn, J. (2006). Depression research and treatment: Are we skating to where the puck is going to be? *Clinical Psychology Review*, 26, 985–999.
- Lyell, K. M., Coyle, S., Malecki, C. K., Santuzzi, A.M. (2020). Parent and peer social support compensation and internalizing problems in adolescence. *Journal of School Psychology*, 83, 25–49. doi:10.1016/j.jsp.2020.08.003.
- Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G., Mazure, C. M. (2001). Sex differences in event-related risk for major depression. *Psychological Medicine*, 31(04), 593-604. doi:10.1017/s0033291701003877.
- MacKenzie H (1988) Teenage traumas in hospital. *Nursing Times*, 84, 58–61.
- Mackin, D. M., Perlman, G., Davila, J., Kotov, R., Klein, D. N. (2016). Social support buffers the effect of interpersonal life stress on suicidal ideation and self-injury during adolescence. *Psychological Medicine*, 47(06), 1149–1161. doi:10.1017/s0033291716003275.
- MacKinnon, D. P., Krull, J. L., Lockwood, C. M. (2000). Equivalence of the mediation, confounding and suppression effect. *Prevention Science*, 1(4), 173–181. doi:10.1023/a:1026595011371.
- Mahon N., Yarchesky A., Yarchesky T. (2004), Social Support and Positive Health Practices in Early Adolescence: a Test of Mediating Variables. *Clinical Nursing Research*, 13, 216–236.
- Maier, S. F., Seligman, M.E.P. (2016). *Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience*. *Psychological Review*, 123(4), 349–367. doi:10.1037/rev0000033.
- Malecki, C. K., Demaray, M.K. (2006). Social support as a buffer in the relationship between socioeconomic status and academic performance. *School Psychology Quarterly*, 21(4), 375–395. doi:10.1037/h0084129.

- Maor, D., Mitchem, K. (2020). Hospitalized adolescents' use of mobile technologies for learning, communication, and well-being. *Journal of Adolescent Research*, 35(2), 225–247. doi:10.1177/0743558417753953.
- Maor, D., Mitchem, K., (2015), Can technologies make a difference for hospitalised youth: Findings from research, *Journal of Computer Assisted Learning*, 31, 690-705.
- Marcus, M., Yasamy, T. M., van Ommeren, M., Chisholm, D., Saxena, S. (2012). *Depression. A global Public health Concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse*. World Health Organization.
- Marszał-Wiśniewska, M., Fajkowska, M. (2010). Właściwości psychometryczne Kwestionariusza Poznawczej Regulacji Emocji (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; CERQ)-wyniki badań na polskiej próbie. *Studia Psychologiczne*, 49, 19-39.
- Martin, R. C., Dahlen, E.R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39(7), 1249–1260. doi:10.1016/j.paid.2005.06.004.
- Matysek-Nawrocka, M., Bernat, M., Rybak, K. (2020). Ocena poziomu wiedzy młodzieży w wieku od 13 do 16 lat na temat prawidłowej pielęgnacji skóry. W: E. Chodźko, M. Śliwa (red.), *Interdyscyplinarne badania z zakresu nauk pedagogicznych i humanistycznych* (s. 142 - 155). Lublin: Wydawnictwo Naukowe TYGIEL.
- Mayer, J. D., Roberts, R. D., Barsade, S. G. (2008). Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59, 507–536.
- Mayer, J. D., Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3–31). New York: Basic Books.
- Mazgaj, D., Szklarska, D., (2008). Koncepcje rozwoju i psychopatologii Melanii Klein, W: J. Gościński, L. Cierpiałkowska (red.), *Współczesna psychoanaliza. Modele konfliktu i deficytu* (s. 39–44). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: *A Prospective Study. Behaviour Research and Therapy*, 49, 544–554.
- McRae, K., Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1-9. doi:10.1037/emo0000703.
- McWilliams, N. (2016). „Diagnoza psychoanalityczna” – Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2016.

- Meininger, J. C., Liehr, P., Chan, W., Smith, G., Mueller, W. H. (2004). Developmental, gender, and ethnic group differences in moods and ambulatory blood pressure in adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, 28(1), 10-19.
- Mejia, R., Kliewer, W., Williams, L. (2006). Domestic violence exposure in Colombian adolescents: Pathways to violent and prosocial behavior. *Journal of Traumatic Stress*, 19(2), 257–267. doi:10.1002/jts.20116.
- Mennin D, Farach F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 329–352.
- Merry, S. N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T., & Lucassen, M. F. G. (2012). *The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. BMJ*, 344(apr18 3), e2598–e2598. doi:10.1136/bmj.e2598.
- Miernik-Jaeschke, M., Namysłowska, I. (2013). *Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży*. <http://pediatria.mp.pl/choroby/psychiatria/show.html?id=81302> (6.05.2013).
- Mihalca, A. (2013). Właściwości psychometryczne wersji CERQ dla dzieci i młodzieży [Psychometric properties of the version of CERQ for children and young people] (computer printout).
- Mihalca, A., Diaconu-Gherasim, L.R., Butnariu, L.I. (2016). Social Functioning and Coping Strategies in Romanian and Moldavian Adolescents with Chronic Diseases. *Current Psychology*, 36(4), 791–800. doi:10.1007/s12144-016-9468-5.
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Leichtweis, R. N. (2015). Role of Social Support in Adolescent Suicidal Ideation and Suicide Attempts. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 286–292. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.
- Miller, E. M., Rodriguez, C., Kim, B., McClure, S. M. (2014). Delay discounting: A two-systems perspective. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 93–110). The Guilford Press.
- Miller, W. R., Seligman, M. E. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(3), 228–238. doi:10.1037/h0076720.
- Millgram, Y., Huppert, J. D., Tamir, M. (2020). Emotion Goals in Psychopathology: A New Perspective on Dysfunctional Emotion Regulation. *Current Directions in Psychological Science*, 096372142091771. doi:10.1177/0963721420917713.
- Moberly, N. J., Watkins, E. R. (2008). Ruminative self-focus, negative life events, and negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1034–1039. doi:10.1037/0021-843X.117.2.314.

- Monteiro, D., Rodrigues, F., Lopes V. P. (2021). Social support provided by the best friend and vigorous-intensity physical activity in the relationship between perceived benefits and global self-worth of adolescents. *Revista de Psicodidáctica* (English ed.) 26,1, 70-77.
- Moore, K. A., Murphey, D., Bandy, T. (2012). Positive Child Well-Being: An Index Based on Data for Individual Children. *Maternal and Child Health Journal*, 16(S1), 119–128. doi:10.1007/s10995-012-1001-3.
- Morelli, S. A., Lee, I. A., Arnn, M. E., Zaki, J. (2015). Emotional and instrumental support provision interact to predict well-being. *Emotion*, 15(4), 484–493. doi:10.1037/emo0000084.
- Morris, A., Criss, M. M., Silk, J. S., Houlberg, B. J. (2017). The impact of parenting on emotion regulation during childhood and adolescence. *Child Development Perspectives*, 11(4), 233–238. doi:10.1111/cdep.12238.
- Morris, A., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 361–388. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x.
- Mosqueda Díaz, A., Mendoza Parra, S., Jofré Aravena, V., and Barriga, O. A. (2015). Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enfermería Global*, 14, 125–136. doi:10.6018/eglobal.14.3.20 0551.
- Moura deMoura, F., Costa Junior, a'. L., de AmorimSilva, M. E., da Silva Reichert, A. P., Collet, N. (2015). Hospitalized child and teenager with chronic diseases: Feelings about death. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(3), 565-572. doi:10.17533/udea.iee.v33n3a21.
- Musiał, D. (2007). Kształtowanie się tożsamości w adolescencji. W: A. Januszewski, P. Oleś, W. Otrębski (red.), *Studia z psychologii w KUL*, t. 14, (s. 73-92). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Myers, R. M., Balsamo, L., Lu, X., Devidas, M., Hunger, S. P., Carroll, W. L., ... Kadan-Lottick, N. S. (2014). A prospective study of anxiety, depression, and behavioral changes in the first year after a diagnosis of childhood acute lymphoblastic leukemia. *Cancer*, 120(9), 1417–1425. doi:10.1002/cncr.28578.
- Naicker, K., Galambos, N. L., Zeng, Y., Senthilselvan, A., Colman, I. (2013). Social, Demographic, and Health Outcomes in the 10 Years Following Adolescent Depression. *Journal of Adolescent Health*, 52(5), 533–538. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.12.016.
- Narbona, J. (2014). Depressive phenomenology at the outset of neuropaediatric diseases. *Revista de Neurologia*, 58, 71–75.
- Nawrat, R. (1981). Orientacja temporalna: przegląd technik pomiaru i wyników badań. *Przegląd Psychologiczny*, 24, 97-123.

- Nazroo, J. Y., Edwards, A.C., Brown, G.W. (1997). Gender differences in the onset of depression following a shared life event: A study of couples. *Psychological Medicine*, 27(1), 9–19. doi:10.1017/S0033291796004187.
- Neinstein, L. (2009). *Handbook of adolescent healthcare*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Nelson, E. E., Leibenluft, E., McClure, E. B., Pine, D. S. (2005). The social re-orientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*, 35(2), 163–174.
- Nelson, E. E., Leibenluft, E., McClure, E. B., Pine, D. S. (2005). The social re-orientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*, 35(2), 163-74. doi:10.1017/s0033291704003915.
- Ngai, N. P., Cheung, C. K. (2000). Family stress on adolescents in Hong Kong and the mainland of China. *International Journal of Adolescence and Youth*, 8(2-3), 183–206. doi:10.1080/02673843.2000.9747850.
- Nique, S., Fournis, G., El-Hage, W., Nabhan-Abou, N., Garré, J.B., Gohier, B. (2014). Transporteur de la sérotonine, troubles anxieux et dépression: revue de la littérature. *European Psychiatry*, 29(8), 544–545. doi:10.1016/j.eurpsy.2014.09.3.
- Nishikawa, S., Fujisawa, T. X., Kojima, M., Tomoda, A. (2018). Type and Timing of Negative Life Events Are Associated with Adolescent Depression. *Frontiers in Psychiatry*, 9. doi:10.3389/fpsy.2018.00041.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78-83.
- Nogaj, A. A. (2020). Emotional Intelligence and Strategies for Coping With Stress Among Music School Students in the Context of Visual Art and General Education Students. *Journal of Research in Music Education*, 68(1), 78–96. doi:10.1177/0022429420901513.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford: Stanford University Press.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511. doi:10.1037/0021-843X.109.3.504.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender Differences in Depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 173–176. doi:10.1111/1467-8721.00142.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(3), 424–443.

- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., Seligman, M. E. (1992). *Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. Journal of Abnormal Psychology, 101*(3), 405–422. doi:10.1037/0021-843x.101.3.40.
- Nolen-Hoeksema, S., McBride, A., Larson, J. (1997). Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of Personality and Social Psychology, 72*(4), 855–862. doi:10.1037/0022-3514.72.4.855.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms following a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 115–121.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., Larson, J., (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology 67*, 92–104.
- Noll, R. B., Bukowski, W. M., Davies, W.H., Koontz, K., Kulkarni, R. (1993). Adjustment in the Peer System of Adolescents with Cancer: A Two-Year Study. *Journal of Pediatric Psychology, 18*(3), 351–364. doi:10.1093/jpepsy/18.3.351.
- Norris, F. H., Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*(3), 498–511. doi:10.1037/0022-3514.71.3.498.
- O’Neil, K. A., Kendall, P. C. (2012). Role of Comorbid Depression and Co-occurring Depressive Symptoms in Outcomes for Anxiety-Disordered Youth Treated with Cognitive-Behavioral Therapy. *Child & Family Behavior Therapy, 34*(3), 197–209. doi:10.1080/07317107.2012.70708.
- Obuchowska, I. (1996). *Drogi dorastania - psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców*. Warszawa: WSiP.
- Obuchowska, I. (2000). Adolescencja. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (163-201). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN S.A.
- Ochsner, K. N., Ray, R. D., Cooper, J. C., Robertson, E.R., Chopra, S., Gabrieli, J.D. E., Gross, J. J. (2004). For better or for worse: neural systems supporting the cognitive down- and up-regulation of negative emotion. *NeuroImage, 23*(2), 483–499. doi:10.1016/j.neuroimage.2004.06.
- Ochsner, K., Gross, J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences, 9*(5), 242–249. doi:10.1016/j.tics.2005.03.010.
- Oleś, M. (2010). *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i w chorobie*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Oleś, M., Steuden, S., Klonowski, P., Chmielnicka, E., Gajda, T., Puchalska-Wasył, M., Sobol, M. (2002). Metody badania jakości życia i psychospołecznego funkcjonowania chorych z zaburzeniami widzenia. W: P. Oleś, S. Steuden, J. Toczowski (red.), *Jak świata mniej*

- widzę: *Zaburzenia widzenia a jakość życia* (51-68). Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.
- Oleś, M., Woźny, M. (2015). *Religiousness and cognitive emotion regulation strategies in adolescence. Journal for Perspectives of Economic Political and Social Integration*, 21(1-2), 35–62. doi:10.2478/pepsi-2015-0002.
- Oleszkowicz A., Senejko, A.(2011). Dorastanie. W: J. Trempała (red.), *Rozwój psychiczny człowieka*, (s. 258-285). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Oleszkowicz, A., Senejko, A. (2013). *Psychologia dorastania. Zmiany rozwojowe w dobie globalizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Öngen, D. (2010). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade differences in Turkish adolescents. *Procedia Social and Behavior Sciences*, 9, 1516-1523.
- Osowiecka, M., Gacka, I. (2016). *Artysta bez skrzydeł?: regulacja emocji poprzez doświadczenia estetyczne*.
- Paczkowska, A. (2019). *Dziecko i nastolatek w żałobie. Rola pedagogów i nauczycieli*. Gdańsk: Wydawnictwo Fundacji Hospicyjnej.
- Paikoff, R.L., Brooks-Gunn, J. (1991). Do parent-child relationships change during puberty? *Psychological Bulletin*, 110(1), 47–66. doi:10.1037/0033-2909.110.1.47.
- Palmer, S., Mitchell, A., Thompson, K., Sexton, M. (2007). Unmet needs among adolescent cancer patients: A pilot study. *Palliative & Supportive Care*, 5, 127-133.
- Pariante, C. M. (2017). Why are depressed patients inflamed? A reflection on 20 years of research on depression, glucocorticoid resistance and inflammation. *European Neuropsychopharmacology*, 27(6), 554–559. doi:10.1016/j.euroneuro.2017.04.001.
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337–356. doi.10.2307/2136676.
- Peper, J. S., Dahl, R. E. (2013). The teenage brain: Surging hormones—Brain\_behavior interactions during puberty. *Current Directions in Psychological Science*, 22(2), 134-139. doi:10.1177/0963721412473755.
- Pereira, F. S., Bevilacqua, G. G., Coimbra, D. R., Andrade, A. (2020). Impact of Problematic Smartphone Use on Mental Health of Adolescent Students: Association with Mood, Symptoms of Depression, and Physical Activity. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. doi:10.1089/cyber.2019.0257.
- Perlman, S. B., Pelfrey, K. A. (2011). Developing connections for affective regulation: Age-related changes in emotional brain connectivity. *Journal of Experimental Child Psychology*, 108(3), 607–620. doi:10.1016/j.jecp.2010.08.006.

- Piaget, J. (1966). *Studia z psychologii dziecka*. Warszawa: PWN.
- Piaget, J., Inhelder, B. (1967). *The child's conception of space* (F.J. Langdon, J.L. Lunzer, Trans.). New York: Norton. (Original work published 1948)
- Pinquart, M., Shen, Y. (2011). Behavior Problems in Children and Adolescents With Chronic Physical Illness: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(9), 1003–1016. doi:10.1093/jpepsy/jsr042.
- Piotrowski, K., Ziółkowska, B., Wojciechowska, J. (2014). Rozwój nastolatka. Wczesna faza dorastania. W: A.I. Brzezińska (red.), *Niezbędnik Dobrego Nauczyciela*. Seria I, tom 5, Warszawa 2014.
- Poniatowska-Leszczyńska, K., Małyszczak, K. (2013). Depresja a patologia osobowości w ujęciu psychodynamicznym. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 22, 3, 201-209.
- Porter, M., Teisberg, E. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Posel, D. and Devey, R. (2006) „The demography of fathers in South Africa”. In book: *Baba? Men and Fatherhood in South Africa* (pp.38-52) Chapter: The demography of fathers in South Africa Publisher: Human Sciences Research Council Editors: L Richter, R Morrell.
- Powers, A., Casey, B. J. (2015). The Adolescent Brain and the Emergence and Peak of Psychopathology. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14(1), 3–15. doi:10.1080/15289168.2015.100488.
- Preacher, K. J., Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879–891. doi:10.3758/BRM.40.3.879.
- Prentice, C., Zeidan, S., Wang, X. (2020). Personality, trait EI and coping with COVID 19 measures. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 51, 101789. doi:10.1016/j.ijdrr.2020.101789.
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 368–373. doi:10.1016/j.paid.2010.03.048.
- Rabe-Jabłońska J. (2001). Depresja u dzieci młodzieży. Aktualne poglądy na etiologię, diagnozowanie, przebieg i leczenie. *Psychiatria i psychologia kliniczna dzieci młodzieży*, 7–25.
- Rabe-Jabłońska J. (2004). Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. W: Namysłowska I, (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży* (324-335). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Radochoński, M. (2009). *Psychopatologia życia emocjonalnego dzieci i młodzieży: wybrane zagadnienia*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.

- Rageliene, T., Grønhøj, A. (2020). The influence of peers' and siblings' on children's and adolescents' healthy eating behavior. A systematic literature review. *Appetite*, 104592. doi:10.1016/j.appet.2020.104592.
- Raver, C. C. (2004). Placing emotional self-regulation in sociocultural and socioeconomic contexts. *Child development*, 75 (2), 346-353.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Rehm, L. P. (1979). A comparison of self-control and assertion skills treatments of depression. *Behavior Therapy*, 10, 429-442.
- Reynolds, W. M. (1987). *Reynolds Adolescent Depression Scale: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Ribeiro, A., Ribeiro, J. P., Doellinger, O. (2018). Depression and psychodynamic psychotherapy, *Revista Brasileira de Psiquiatria* 40, 105-109, doi:10.1590/1516-4446-2016-2107.
- Riediger, M., Wrzus, C., Schmiedek, F., Wagner, G. G., Lindenberger, U. (2011). Is seeking bad mood cognitively demanding? Contra-hedonic orientation and working-memory capacity in everyday life. *Emotion*, 11(3), 656-665. doi:10.1037/a0022756.
- Romano, P. S., Bloom, J., Syme, S. L. (1991). Smoking, social support, and hassles in an urban African-American community. *American Journal of Public Health*, 81(11), 1415-1422. doi:10.2105/ajph.81.11.1415.
- Rosenblum, G. D., Lewis, M. (2003). Emotional development in adolescence. In G. R. Adams & M. D. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 269-289). Blackwell Publishing.
- Rosenbluth, D. (1965). The kleinian theory of depression. *Journal of Child Psychotherapy*, 1, 3, 20-25. doi: 10.1080/00754176508254888.
- Rosenzweig, M. R., Leiman, A. L., Breedlove, S. M. (1996). *Biological psychology*. Sinauer Associates.
- Roth, G., Vansteenkiste, M., Ryan, R. M. (2019). Integrative emotion regulation: Process and development from a self-determination theory perspective. *Development and Psychopathology*, 31, 945-956. doi:10.1017/s0954579419000403.
- Rottenberg, J., Gross, J.J. (2003). When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 227-232.
- Rubin, K. H., Bukowski, W. M., & Parker, J.G. (2006). Peer Interactions, Relationships, and Groups. In N. Eisenberg, W. Damon, R.M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (pp. 571-645). John Wiley & Sons.
- Rubio, A., Oyanedel, J. C., Cancino, F., Benavente, L., Céspedes, C., Zisis, C., Páez, D. (2020). Social Support and Substance Use as Moderators of the Relationship Between Depressive

- Symptoms and Suicidal Ideation in Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 11. doi:10.3389/fpsyg.2020.539165.
- Ruiz-Robledillo, N., De Andrés-García, S., Pérez Blasco, J., González-Bono, E., Moya-Albiol, L. (2014). Highly resilient coping entails better perceived health, high social support and low morning cortisol levels in parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 686 - 695. doi:10.1016/j.ridd.2013.12.007.
- Rushton, J. L., Forcier, M., Schectman, R. M. (2002). Epidemiology of Depressive Symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 199–205. doi:10.1097/00004583-200202000-00014.
- Saarni, C., Campos, J. J., Camras, L. A., Witherington, D. (2006). Saarni, C., Campos, J. J., Camras, L. A., Witherington, D. (2006). Emotional Development: Action, Communication, and Understanding. In N. Eisenberg, W. Damon, R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (pp. 226–299). John Wiley & Sons.
- Salovey, P., Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. doi:10.2190/dugg-p24e-52wk-6cdg.
- Salvy, S. J., Miles, J. N. V., Shih, R. A., Tucker, J. S., D’Amico, E. J. (2017). Neighborhood, Family and Peer-Level Predictors of Obesity-Related Health Behaviors Among Young Adolescents. *Jurnal Pediatr Psychology*, 42(2), 153–161. doi:10.1093/jpepsy/jsw035.
- Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development*, 81, 6–22. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x.
- Samson, A. C., Gross, J. J. (2012). Humour as emotion regulation: The differential consequences of negative versus positive humour. *Cognition & Emotion*, 26(2), 375–384. doi:10.1080/02699931.2011.58506.
- Sandanger, I., Nygard, J. F., Sorensen, T., Moum, T. (2004). Is women’s mental health more susceptible than men’s to the influence of surrounding stress? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(3), 177–184. doi:10.1007/s00127-004-0728-6.
- Sanders, M. J. (2013). Classroom Design and Student Engagement. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 57(1), 496–500. doi:10.1177/1541931213571107.
- Santangelo, P. S., Koenig, J., Funke, V., Parzer, P., Resch, F., Ebner-Priemer, U. W., Kaess, M. (2017). Ecological momentary assessment of affective and interpersonal instability in adolescent non-suicidal selfinjury. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(7), 1429–1438.

- Santens, E., Claes, L., Dierckx, E., Luyckx, K., Peuskens, H., Dom, G. (2018). Personality profiles in substance use disorders: Do they differ in clinical symptomatology, personality disorders and coping? *Personality and Individual Differences*, *131*, 61–66. doi:10.1016/j.paid.2018.04.018.
- Santrock, J. W. (2001). *Adolescence* (8th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Schildkraut, J. J. (1965). *The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence*. *American Journal of Psychiatry*, *122*(5), 509–522. doi:10.1176/ajp.122.5.509.
- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. W W Norton & Co.
- Schroevers, M., Kraaij, V., Garnefski, N. (2008). How do cancer patients manage unattainable personal goals and regulate their emotions. *British Journal of Health Psychology*, *13*(3), 551–562. doi:10.1348/135910707x241497.
- Schwarzer, R., Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, *42*(4), 243–252. doi:10.1080/00207590701396641.
- Schweizer, S., Gotlib, I. H., Blakemore, S. J. (2020). The role of affective control in emotion regulation during adolescence. *Emotion*, *20*(1), 80-86. doi:10.1037/emo0000695.
- Scourfield, J., Rice, F., Thapar, A., Harold, G., Martin, N., and McGuffin, P. (2003). Depressive symptoms in children and adolescents: changing aetiological influences with development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*, 968–976. doi:10.1111/1469-7610.00181.
- Sebastian, C. L., Fontaine, N. M. G., Bird, G., Blakemore, S. J., De Brito, S. A., McCrory, E. J. P., Viding, E. (2011). Neural processing associated with cognitive and affective Theory of Mind in adolescents and adults. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *7*(1), 53–63. doi:10.1093/scan/nsr023.
- Sędek, G., Kofta, M. (1993). W poszukiwaniu uniwersalnych wyznaczników zjawiska wyuczonej bezradności: przegląd klasycznych wyników eksperymentalnych i test empiryczny koncepcji egotystycznej. W: M. Kofta (red.), *Psychologia aktywności: zaangażowanie, sprawstwo, bezradność* (s. 133-170). Poznań: Nakom.
- Segal, H (2005). *Wprowadzenie do teorii Melanie Klein*. Gdańsk 2005, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., Gemar, M. C. (2002). The Mindfulness-Based Cognitive Therapy Adherence Scale: Interrater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *9*, 131–138.

- Sęk, H. (2003). Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia, W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 17-32). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Sęk, H., Cieślak, R. (2011). *Wsparcie społeczne, stres, zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sela, Y., Zach, M., Amichay-Hamburger, Y., Mishali, M., Omer, H. (2020). Family Environment and Problematic Internet Use among Adolescents: The Mediating Roles of Depression and Fear of Missing Out. *Computers in Human Behavior*, 106, 106226. doi:10.1016/j.chb.2019.10622.
- Seligman, M. E., Beagley, G. (1975). Learned helplessness in the rat. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 88(2), 534–541. doi:10.1037/h0076430.
- Seligman, M. E., Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74(1), 1–9. doi:10.1037/h0024514.
- Shanahan, L., McHale, S. M., Crouter, A. C., Osgood, D. W. (2007). Warmth with mothers and fathers from middle childhood to late adolescence: Within- and between-families comparisons. *Developmental Psychology*, 43(3), 551–563. doi:10.1037/0012-1649.43.3.551.
- Shorey, R. C., Rhatigan, D. L., Fite, P. J., Stuart, G. L. (2011). Dating Violence Victimization and Alcohol Problems: An Examination of the Stress-Buffering Hypothesis for Perceived Support. *Partner Abuse*, 2(1), 31–45. doi:10.1891/1946-6560.2.1.31.
- Shumaker, S. A., Brownell, A. (1984). Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11–36. doi:10.1111/j.1540-4560.1984.t.
- Sikora, R. (2012). Wsparcie społeczne i strategie radzenia sobie ze stresem a depresyjność młodzieży. *Psychologia Rozwojowa*, 17 (2), s. 41-54
- Silk, J. S., Steinberg, L., Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, 74(6), 1869–1880. doi:10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x.
- Silvers, J. A., McRae, K., Gabrieli, J. D. E., Gross, J. J., Remy, K. A., Ochsner, K. N. (2012). Age-related differences in emotional reactivity, regulation, and rejection sensitivity in adolescence. *Emotion*, 12(6), 1235–1247. doi:10.1037/a0028297.
- Singer J. E., Lord D., (1984). The role of social support in coping with chronic or lifethreatening illness, w: *Handbook of Psychology and Health*, (eds.), A. Baum, S. Taylor, J. E. Singer, vol. 4, Erlbaum, Hillsdale N.J
- Singer, A. R., Dobson, K. S., Dozois, D. J. A. (2008). Generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and posttraumatic stress disorder. In M. A. Whisman (Ed.), *Adapt-*

- ing cognitive therapy for depression: Managing complexity and comorbidity* (pp. 209–232). Guilford Press.
- Sinton, M. M., & Birch, L. L. (2006). *Individual and Sociocultural Influences on Pre-Adolescent Girls' Appearance Schemas and Body Dissatisfaction*. *Journal of Youth and Adolescence*, *35*(2), 157–167. doi:10.1007/s10964-005-9007-4.
- Sivertsen, B., Harvey, A., Lundrevold, A. J., and Hysing, M. (2014). Sleep problems and depression in adolescence: results from a large population-based study of Norwegian adolescents aged 16-18 years. *European Child Adolescent Psychiatry*, *23*, 681–689. doi:10.1007/s00787-013-0502-y.
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *57*, 141–163. doi:10.1016/j.cpr.2017.09.002.
- Smetana, J. G., Campione-Barr, N., Metzger, A. (2006). Adolescent Development in Interpersonal and Societal Contexts. *Annual Review of Psychology*, *57*(1), 255 - 284. doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190124.
- Sobol, M., Woźny, M., & Czubak-Paluch, K. (2021). Emotion regulation and social support as related to depressive symptoms: A study of healthy and hospitalized adolescents. *Personality and Individual Differences*. doi:10.1016/j.paid.2021.110665.
- Solomon, D. A. (2000). Multiple Recurrences of Major Depressive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *157*(2), 229–233. doi:10.1176/appi.ajp.157.2.229.
- Somers, C. L., Owens, D., Piliawsky, M. (2008). Individual and Social Factors Related to Urban African American Adolescents' School Performance. *The High School Journal*, *91*(3), 1–11. doi:10.1353/hsj.2008.0004.
- Song, C., Fu, Z., Wang, J. (2019). Social Support and Academic Stress in the Development of Psychological Adjustment in Chinese Migrant Children: Examination of Compensatory Model of Psychological Resilience. *Child Indicators Research*, *12*, 1275 - 1286. doi:10.1007/s12187-018-9577-9.
- Southam-Gerow, M. A., Kendall, P. C. (2000). A Preliminary Study of the Emotion Understanding of Youths Referred for Treatment of Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, *29*(3), 319–327. doi:10.1207/S15374424JCCP2903\_3
- Spear L. P. (2009). *The behavioral neuroscience of adolescence*. W. W. Norton & Co.; New York

- Spear, L. P. (2011). Rewards, aversions and affect in adolescence: Emerging convergences across laboratory animal and human data. *Developmental Cognitive Neuroscience, 1*, 390 - 400. doi:0.1016/j.dcn.2011.08.001.
- Spence, S. H., Sheffield, J. K., and Donovan, C. L. (2005). Long-term outcome of a school-based, universal approach to prevention of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 73*, 160–167. doi:10.1037/0022-006X.73.1.160.
- Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Lushene, R. E., Montuori, J., Platzek, D. (1973). *Preliminary manual for the State-Trait Anxiety Inventory for children*. Palo Alto, Calif. Consulting Psychologists Press.
- Stanley, I. H., Hom, M. A., Luby, J. L., Joshi, P. T., Wagner, K. D., Emslie, G. J., Joiner, T. E. (2017). Comorbid sleep disorders and suicide risk among children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research, 95*, 54-59. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.07.027.
- Stanton-Salazar, R. D., Spina, S. U. (2005). Adolescent Peer Networks as a Context for Social and Emotional Support. *Youth & Society, 36*(4), 379–417. doi:10.1177/0044118x04267814.
- Steinberg, L. (2002). Clinical adolescent psychology: What it is, and what it needs to be. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 124–128. doi:10.1037/0022-006X.70.1.124.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences, 9*(2), s. 69 - 74. doi:10.1016/j.tics.2004.12.005
- Steinberg, L. (2008). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill.
- Steinberg, L. (2014). *Age of Opportunity. Lessons from New Science of Adolescence*. Boston New York.
- Stevens, B., Johnston, C., Taddio, A., Gibbins, S., Yamada, J. (2010). The premature infant pain profile: Evaluation 13 years after development. *Clinical Journal of Pain, 26*(9), 813–830. doi:10.1097/AJP.0b013e3181ed1070.
- Stice, E., Bearman, S. K. (2001). Body-image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology, 37*(5), 597–607. doi:10.1037/0012-1649.37.5.597.
- Stice, E., Ragan, J., Randall, P., Chase, A., Bearman, S. K., Fisher, M., Whitenton, K. (2004). Prospective relations between social support and depression: Differential direction of effects for parent and peer support? *Journal of Abnormal Psychology, 113*(1), 155–159. doi:10.1037/0021-843X.113.1.155.

- Stikkelbroek, Y., Bodden, D. H. M., Kleinjan, M., Reijnders, M., Van Baar, A. L. (2016). Adolescent depression and negative life events, the mediating role of cognitive emotion regulation. *PLoS One*, *11*(8), 1–16. doi:10.1371/journal.pone.0161062.
- Styne, D. M. (2004). Puberty, obesity and ethnicity. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, *15*(10), 472–478. doi:10.1016/j.tem.2004.10.008
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., Pivik, J., 1995. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment* *7*, 524–532.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., Kendler, K. S. (2000). Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *157*(10), 1552–1562. doi:10.1176/appi.ajp.157.10.1552.
- Surmacka, J., Motyka, M. (2014). Traumatic Experiences of hospitalization. *Nursing Problems*, *22*(1), 68-73.
- Svavarsdottir, E. K., Gisladdottir, M., Tryggvadottir, G. B. (2018). Perception on family support and predictors' of satisfaction with the healthcare service among families of children and adolescents with serious mental illnesses who are in active psychiatric treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. doi:10.1111/jcap.12220.
- Szpringer, M., Dziewisz, E., Pluta, O. (2010). Środowisko szpitalne a samopoczucie pacjentów. *Studia Medyczne*, *18*, 41-45.
- Szymańska, S., Strzelczyk, D. (2011). Rola wsparcia społecznego w leczeniu cukrzycy u młodzieży. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica* *15*, 31-43.
- Tamir, M., Vishkin, A., Gutentag, T. (2020). Emotion regulation is motivated. *Emotion*, *20*(1), 115–119. doi:10.1037/emo0000635.
- Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, *13*(2), 187–202. doi:10.1007/bf00905728.
- Taylor, R., Gibson, F., Franck, L. (2008). The experience of living with a chronic illness during adolescence: A critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, *17*, 3083-3091.
- Teasdale, J. D. (1983). Negative thinking in depression: Cause, effect, or reciprocal relationship. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, *5*(1), 3–25. doi:10.1016/0146-6402(83)90013-9.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, *2*(3), 247–274. doi:10.1080/02699938808410927.
- Teasdale, J. D., Russell, M. L. (1983). Differential effects of induced mood on the recall of positive, negative and neutral words. *British Journal of Clinical Psychology*, *22*(3), 163–171. doi:10.1111/j.2044-8260.1983.tb00597.x.

- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615–623.
- Tedeschi, R. G. (1999). Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior, 4*(3), 319–341. doi:10.1016/S1359-1789(98)00005-6.
- Tennen, H., Affleck, G. (1990). Blaming others for threatening events. *Psychological Bulletin, 108*(2), 209–232. doi:10.1037/0033-2909.108.2.209.
- Terlak, J. F. (2001). *Psychologia stresu*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Thompson, K. L., Gullone, E. (2008). Prosocial and Antisocial Behaviors in Adolescents: An Investigation into Associations with Attachment and Empathy. *Anthrozoös, 21*(2), 123–137. doi:10.2752/175303708x305774.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. Em N. Fox, *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations (Monographs of the Society for Research in Child Development)* (Vol. 59, pp. 25-52). EUA: University of Chicago Press.
- Thompson, R. A. (2011). Emotion and Emotion Regulation: Two Sides of the Developing Coin. *Emotion Review, 3*(1), 53-61. doi:10.1177/1754073910380969.
- Thompson, R. A., Goodvin, R. (2007). Taming the tempest in the teapot: Emotion regulation in toddlers. In C. A. Brownell & C. B. Kopp (Eds.), *Socioemotional development in the toddler years: Transitions and transformations* (pp. 320–341). The Guilford Press.
- Thompson, R. A., Virmani, E. A., Waters, S. F., Raikes, H. A., Meyer, S. (2013). The development of emotion self-regulation: The whole and the sum of the parts. In K.C. Barrett, N.A. Fox, G.A. Morgan, D.J. Fidler, L.A. Daunhauer (Eds.), *Handbook of self-regulatory processes in development: New directions and international perspectives* (pp. 5–26). Psychology Press. doi:10.4324/9780203080719.ch2.
- Thompson, R.A., Goodman, M. (2010). Development of emotion regulation: More than meets the eye. In A. M. Kring, D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 38–58). The Guilford Press.
- Trempała, J. (2000). *Modele rozwoju psychicznego. Czas i zmiana*. Bydgoszcz: Wydawnictwo uczelniane Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.
- Tyszkowa, M. (2006). Jednostka a rodzina: interakcje, stosunki rozwój. W: M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (red.), *Psychologia rozwoju człowieka: zagadnienia ogólne, t.1*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

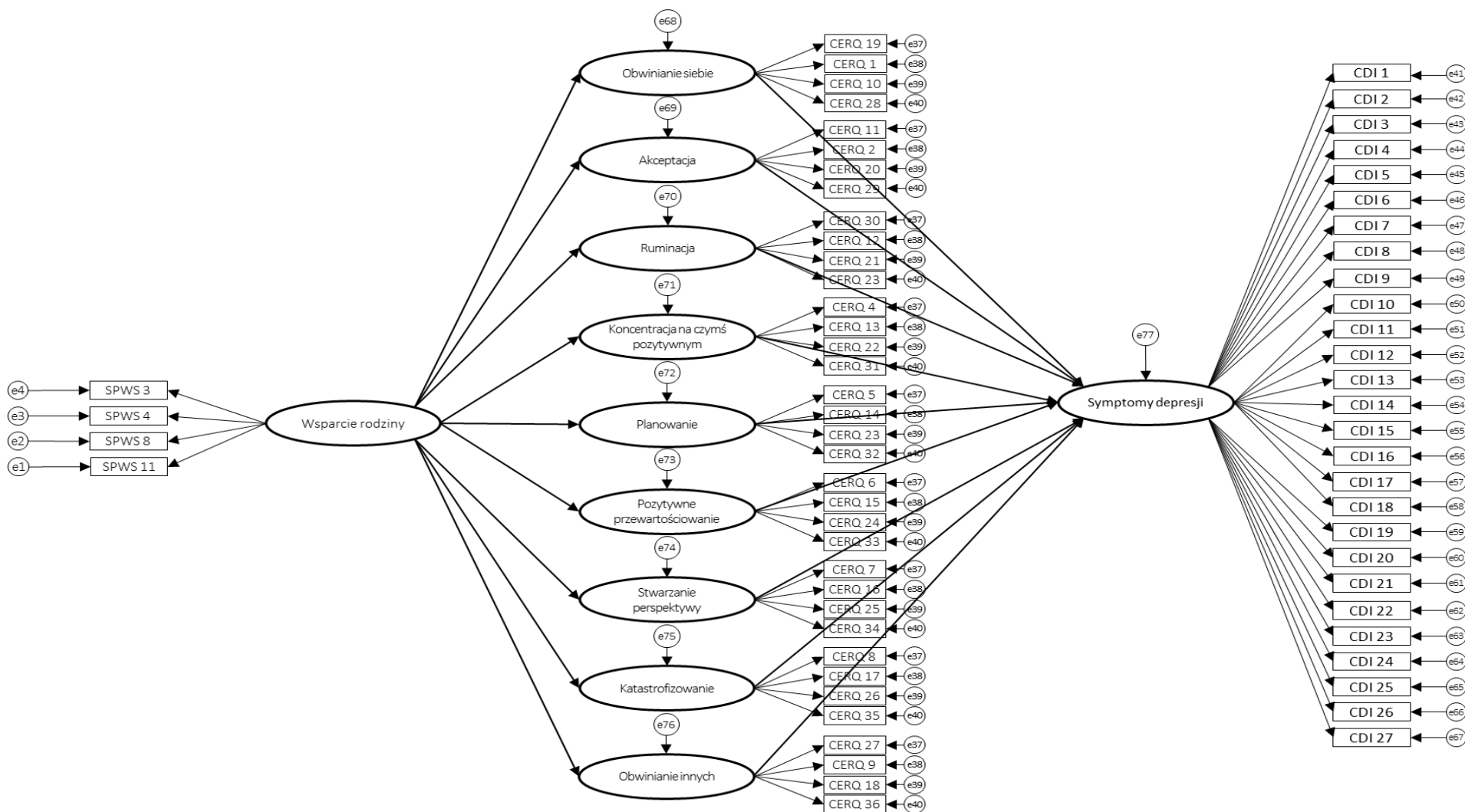
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, *119*(3), 488–531. doi:10.1037/0033-2909.119.3.488.
- Van Den Heuvel, M. W. H., Stikkelbroek, Y. A. J., Bodden, D. H. M., Van Baar, A. L. (2020). Coping with stressful life events: Cognitive emotion regulation profiles and depressive symptoms in adolescents. *Development and Psychopathology*, *32*(3), 985–995. doi:10.1017/S0954579419000920.
- Van der Graaff, J., Branje, S., De Wied, M., Hawk, S., Van Lier, P., Meeus, W. (2014). Perspective taking and empathic concern in adolescence: Gender differences in developmental changes. *Developmental Psychology*, *50*(3), 881–888. doi:10.1037/a0034325.
- Vannatta, K., Zeller, M., Noll, R. B., Koontz, K. (1998). Social Functioning of Children Surviving Bone Marrow Transplantation. *Journal of Pediatric Psychology*, *23*(3), 169–178. doi:10.1093/jpepsy/23.3.169.
- Varni, J. W., Burwinkle, T. M., Seid, M., Skarr, D. (2003). The PedsQL\* 4.0 as a pediatric population health measure: Feasibility, reliability, and validity. *Ambulatory Pediatrics*, *3*, 329–341. doi:10.1367/1539-4409(2003)003<0329:TPAAPP>2.0.CO;2.
- Vetter, N. C., Pilhatsch, M., Weigelt, S., Ripke, S., Smolka, M. N. (2015). Mid-adolescent neurocognitive development of ignoring and attending emotional stimuli. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *14*, 23–31. doi:10.1016/j.dcn.2015.05.001.
- Villanueva, A. R. E., Mamani, R. P. P. Condori, C. R. C., Saico, C. R. Y. (2020). Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar Social Skills in adolescents and Family Functionality. *Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*, *11*(1), 16-27.
- Voile, D. (2010). Parents and peers as providers of support in adolescents. *Journal of Community Psychology*, *38*, 16 - 27.
- Vollmann, M., Antoniw, K., Hartung, F.M., Renner, B. (2010). Social support as mediator of the stress buffering effect of optimism: The importance of differentiating the recipients' and providers' perspective. *European Journal of Personality*, *25*(2), 146–154. doi:10.1002/per.803.
- Wadsworth, M. E., Berger, L. E. (2006). Adolescents Coping with Poverty-Related Family Stress: Prospective Predictors of Coping and Psychological Symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, *35*(1), 57–70. doi:10.1007/s10964-005-9022-5.
- Wadsworth, M. E., Compas, B. E. (2002). Coping with Family Conflict and Economic Strain: The Adolescent Perspective. *Journal of Research on Adolescence*, *12*(2), 243–274. doi:10.1111/1532-7795.00033

- Wang, X., Cai, L., Qian, J., Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 41. doi:10.1186/1752-4458-8-41.
- Webb, T. L., Miles, E., Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138(4), 775–808. doi:10.1037/a0027600.
- Weeks, D. P., Kagan, S. H. (1994). Adolescents completing cancer therapy: meaning, perception, and coping. *Oncology Nursing Forum*, 21(4), 663-670.
- Wei, S. G., Zhang, Y. J., Xi, M. J. (2006). The functioning mechanisms of social support and self-efficacy between stress and depression. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 14, 300
- White, J., Walker, K. (1993) Adolescents in Hospital Don't Stagnate – Motivate. Association for the Welfare of Child Health Inc. National Conference Proceedings 'Embracing the Future' UN Convention on the Rights of the Child: Implications for Policy and Practice in Australia Paediatric Health Care., University of Western Sydney, Nepean, Health Science Building 7–8 October
- Whittle, S., Lichter, R., Dennison, M., Vijayakumar, N., Schwartz, O., Byrne, M. L., et al. (2014). Structural brain development and depression onset during adolescence: a prospective longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, 171, 564–571. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13070920.
- Williams, K., McGillicuddy-De Lisi, A. (1999). Coping strategies in adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20(4), 537–549. doi:10.1016/S0193-3973(99)00025-8.
- Windle, M. (1992). A longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental Psychology*, 28(3), 522–530. doi:10.1037/0012-1649.28.3.522.
- World Health Organization (2015). *Adolescent health*. Retrieved from [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/)
- World Health Organization (2017). *Depression. Fact sheet*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- World Health Organization (2018). *WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11)*. Retrieved from: [http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)).
- Worsztynowicz, A. (2001). Doświadczanie wsparcia społecznego a poczucie koherencji. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby: o znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (s. 151-164). Poznań: Wydawnictwo Humaniora.

- Wouters, E. J., Larsen, J. K., Kremers, S. P., Dagnelie, P. C., i Geenen, R. (2010). Peer influence on snacking behavior in adolescence. *Appetite*, *55*(1), 11–17. doi:10.1016/j.appet.2010.03.00.
- Wright, D. R., Haaland, W. L., Ludman, E., McCauley, E., Lindenbaum, J., Richardson, L. P. (2016). The Costs and Cost-effectiveness of Collaborative Care for Adolescents With Depression in Primary Care Settings. *JAMA Pediatrics*, *170*(11), 1048. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.
- Wrześniewski, K. (2006). *Inwentarz stanu i cechy lęku STAI: polska adaptacja STAI: podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Yalçın, İ., Malkoç, A. (2014). The Relationship Between Meaning in Life and Subjective Well-Being: Forgiveness and Hope as Mediators. *Journal of Happiness Studies*, *16*(4), 915–929. doi:10.1007/s10902-014-9540-5.
- Yang, J., Peek-Asa, C., Lowe, J. B., Heiden, E., Foster, D. T. (2010). Social Support Patterns of Collegiate Athletes Before and After Injury. *Journal of Athletic Training*, *45*(4), 372–379. doi:10.4085/1062-6050-45.4.372.
- Zaehring, J., Schmahl, C., Ende, G., Paret, C. (2018). Emotion-modulated startle reflex during reappraisal: Probe timing and behavioral correlates. *Behavioral Neuroscience*, *132*(6), 573–579. doi:10.1037/bne0000271.
- Zaki, J., Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, *13*(5), 803–810. doi:10.1037/a0033839.
- Zashikhina, A., Hagglof, B. (2007). Mental health in adolescents with chronic physical illness versus controls in Northern Russia. *Acta Paediatrica*, *96*(6), 890–896. doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00277.x.
- Zebrack, B. J., Corbett, V., Embry, L., Aguilar, C., Meeske, K. A., Hayes-Lattin, B., Cole, S. (2014). Psychological distress and unsatisfied need for psychosocial support in adolescent and young adult cancer patients during the first year following diagnosis. *Psycho-Oncology*, *23*(11), 1267–1275. doi:10.1002/pon.3533.
- Zelazo, P., Cunningham, W. (2007). Executive Function: Mechanisms Underlying Emotion Regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 135–158). The Guilford Press.
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parish, C., Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, *27*(2), 155–168.
- Ziapour, A., Sharma, M., NeJhaddadgar, N., Mardi, A., Tavafian, S. S. (2020). Study of Adolescents' Puberty, Adolescence Training Program: The Application of Intervention Mapping

- Approach. *International Quarterly of Community Health Education*, 0272684X2095648. doi:10.1177/0272684x20956485.
- Ziarko, M., Mojs, E., Piasecki, B., Samborski, W. (2014). The mediating role of dysfunctional coping in the relationship between beliefs about the disease and the level of depression in patients with rheumatoid arthritis. *The Scientific World Journal*, 2014, 1–6. doi:10.1155/2014/585063.
- Zimet G. D., Dahlem N. W., Zimet S. G., Farley G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal Personality Assessment*, 52(1), 30–41. doi:10.1207/s15327752jpa5201\_2.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Skinner, E. A. (2016). The development of coping: Implications for psychopathology and resilience. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology: Risk, resilience, and intervention* (pp. 485–545). John Wiley & Sons. doi:10.1002/9781119125556.devpsy410.
- Zimmermann, P., Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: Agedifferences, genderdifferences, and emotion-specific developmental variations. *International Journal of Behavioral Development*, 38, 182–194. doi:10.1177/0165025413515405
- Ziółkowska, B. (2005). Okres dorastania. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać? W: A. I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 379–422). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Zubrick, S. R., Hafekost, J., Johnson, S. E., Sawyer, M. G., Patton, G., & Lawrence, D. (2017). The continuity and duration of depression and its relationship to non-suicidal self-harm and suicidal ideation and behavior in adolescents 12–17. *Journal of Affective Disorders*, 220, 49–56. doi:10.1016/j.jad.2017.05.050.

## Załączniki



Model strukturalny zawierający współczynniki niestandardowane związku spostrzeganego wsparcia ze strony rodziny z symptomami depresji z mediatorami – strategiami regulacji emocji w grupie zdrowej i hospitalizowanej.

SPWS – Pozycje Kwestionariusza Spostrzeganego Wsparcia Społecznego,  
 CERQ – Pozycje Kwestionariusza Poznawczych Strategii Regulacji Emocji,  
 CDI – Pozycje Inwentarza Symptomów Depresji.

## Metryczka

<b>HSP</b>				
------------	--	--	--	--

Zwracam się do Ciebie prośbą o wzięcie udziału w badaniach naukowych. Przewodzone badania są anonimowe, dotyczą osobowości a ich wyniki wykorzystane zostaną tylko w celach naukowych i nie będą udostępnione osobom postronnym.

Bardzo dziękuję Ci za pomoc.

**Proszę o uzupełnienie następujących danych****Płeć**

- Dziewczyna  Chłopiec

**Wiek: .....lat**

**Miejsce zamieszkania**

- duże miasto  średnie miasto  małe miasto  
 wieś

**Do jakiego typu szkoły uczęszczasz?**

- liceum  szkoła zawodowa  technikum  
 gimnazjum

**Czy masz rodzeństwo?**

- tak  nie

**Jako które dziecko w rodzinie urodziłaś (eś) się?**

- jako najstarsze dziecko  byłem (am) adoptowany  
 jako najmłodsze dziecko  jako .....dziecko  
 jestem jedynakiem:

## MSPSS

Wiek ..... Płeć: M K

Przeczytaj uważnie poniższe twierdzenia i odpowiedz, w jakim stopniu wyrażają one Twoje prawdziwe odczucia, zakreślając kółkiem jedną z cyfr od 1 - 5, gdzie:

**1 = zupełnie nie zgadzam się**

**2 = nie zgadzam się**

**3 = nie mam zdania**

**4 = zgadzam się**

**5 = całkowicie zgadzam się**

1. Jest taka osoba/ktoś szczególnie, kto jest przy mnie kiedy jestem w potrzebie.	1	2	3	4	5
2. Jest ktoś, z kim mogę dzielić moje radości i smutki.	1	2	3	4	5
3. Moja rodzina rzeczywiście stara się mi pomóc.	1	2	3	4	5
4. Czerpię pomoc i emocjonalne wsparcie ze strony mojej rodziny, kiedy tego potrzebuję.	1	2	3	4	5
5. Mam kogoś/szczególną osobę, która jest dla mnie prawdziwym źródłem otuchy.	1	2	3	4	5
6. Moi przyjaciele naprawdę próbują mi pomóc.	1	2	3	4	5
7. Mogę liczyć na swoich przyjaciół kiedy moje sprawy źle się toczą.	1	2	3	4	5
8. Mogę rozmawiać o moich problemach ze swoją rodziną.	1	2	3	4	5
9. Mam paru przyjaciół, z którymi mogę dzielić swoje radości i smutki.	1	2	3	4	5
10. Jest ktoś w moim życiu, kto troszczy się o moje uczucia.	1	2	3	4	5
11. Moja rodzina jest skłonna pomóc mi w podejmowaniu decyzji.	1	2	3	4	5
12. Mogę porozmawiać o swoich problemach z moimi przyjaciółmi.	1	2	3	4	5

## CERQ

Czasami przytrafiają się w naszym życiu miłe sytuacje, a czasami przykre. Gdy wydarzy się coś przykrego, trudnego, stresującego to możesz rozmyślać nad tym wydarzeniem przez długi czas.

**Obok każdego zdania zaznacz kółkiem numer, który wskazuje jak często zdarza Ci się mieć takie myśli związane z przykrymi sytuacjami z którymi spotykasz się w szpitalu**

	Prawie nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Prawie zawsze
1. Myślę, że to ja jestem za to odpowiedzialny/a.	1	2	3	4	5
2. Myślę, że muszę to zaakceptować.	1	2	3	4	5
3. Ciągłe myślę o tym, jak się z tym czuję	1	2	3	4	5
4. Myślę o miłszych rzeczach	1	2	3	4	5
5. Myślę o tym, co byłoby najlepszą rzeczą którą mógłbym/mogłabym zrobić.	1	2	3	4	5
6. Myślę, że to może mnie czegoś nauczyć	1	2	3	4	5
7. Myślę, że mogą się stać gorsze rzeczy.	1	2	3	4	5
8. Często myślę, że to jest dużo gorsze od rzeczy, które przytrafiają się innym ludziom.	1	2	3	4	5
9. Myślę, że to inni są za to odpowiedzialni.	1	2	3	4	5
10. Myślę, że byłem/am głupi/a.	1	2	3	4	5
11. To się po prostu przydarzyło - nic na to nie poradzę.	1	2	3	4	5
12. Często zastanawiam się nad tym, co myślę i czuję w związku z tym.	1	2	3	4	5
13. Myślę o miłszych rzeczach, które nie mają z tym nic wspólnego.	1	2	3	4	5
14. Myślę, jak mogę sobie z tym poradzić.	1	2	3	4	5
15. Myślę, że to sprawia, że czuję się mądrzejszy/a i starszy/a.	1	2	3	4	5
16. Myślę, że gorsze rzeczy przytrafiają się innym ludziom.	1	2	3	4	5
17. Ciągłe myślę o tym, jak to wszystko jest okropne.	1	2	3	4	5
18. Myślę, że inni byli głupi.	1	2	3	4	5
19. Myślę, że to moja wina.	1	2	3	4	5
20. Myślę, że nie mogę tego zmienić.	1	2	3	4	5
21. Cały czas staram się zrozumieć, dlaczego czuję się w ten sposób.	1	2	3	4	5
22. Myślę o czymś miłym zamiast o tym, co się zdarzyło.	1	2	3	4	5
23. Myślę, jak to zmienić.	1	2	3	4	5
24. Myślę, że są też tego dobre strony.	1	2	3	4	5
25. Myślę, że to nie jest aż tak złe, jak inne rzeczy, które mogły mi się przytrafić.	1	2	3	4	5
26. Myślę, że to najgorsza rzecz, która mogła mi się przydarzyć.	1	2	3	4	5
27. Myślę, że inni są temu winni.	1	2	3	4	5
28. Myślę, że to ja wszystko spowodowałem/am.	1	2	3	4	5
29. Myślę, że nie mogę nic z tym zrobić.	1	2	3	4	5
30. Często myślę o tym, jak się czuję z tym, co się stało.	1	2	3	4	5
31. Myślę o miłych rzeczach, które mi się przydarzyły.	1	2	3	4	5
32. Myślę o tym, co mogę robić najlepiej.	1	2	3	4	5
33. Myślę, że nie jest tak złe.	1	2	3	4	5
34. Myślę, że są gorsze rzeczy na świecie.	1	2	3	4	5
35. Często myślę, jak ta sytuacja była okropna.	1	2	3	4	5
36. Myślę, że to inni wszystko spowodowali.	1	2	3	4	5

## SKALA CDI

(M. Kovacs, wersja polska M. Oleś, 1995)

Czasami dzieci/ młodzież mają różne uczucia i myśli.

Arkusz zawiera zestawy uczuć i myśli po trzy w każdej grupie.

**Z każdej grupy zdań wybierz jedno: a), b), lub c), które najlepiej opisuje ciebie w ciągu ostatnich dwu tygodni.**

Po wybraniu zdania z pierwszej grupy przejdź do następnej.

Nie ma tu dobrych ani złych odpowiedzi. Wybierz zdanie, które najlepiej opisuje to, jak czułeś/aś się ostatnio. Odpowiedź swą zaznacz zakreślając kółkiem jedną z liter: a, b lub c.

Poniżej jest przykład, jak należy to wykonać. Zrób to. Zaznacz a, b, lub c obok zdania, które najlepiej ciebie opisuje:

- a) Cały czas czytam książki.
- b) Czasami czytam książki.
- c) Nigdy nie czytam książek.

Pamiętaj, wybierz zdanie, które najlepiej opisuje ciebie w ciągu **ostatnich dwu tygodni**

1. a) Czasami jestem smutny/a.  
b) Często jestem smutny/a.  
c) Cały czas jestem smutny/a.
2. a) Nigdy mi nic nie wychodzi.  
b) Nie jestem pewien/a czy mi coś wyjdzie.  
c) Wszystko mi dobrze wychodzi.
3. a) Większość rzeczy robię dobrze.  
b) Wiele rzeczy robię źle.  
c) Wszystko robię źle.
4. a) Wiele rzeczy mnie cieszy.  
b) Czasami mnie coś cieszy.  
c) Nic mnie nie cieszy.
5. a) Cały czas jestem niezadowolony/a.  
b) Często jestem niezadowolony/a.  
c) Czasami jestem niezadowolony/a.
6. a) Czasami myślę, że coś złego może mi się zdarzyć.  
b) Martwię się, że coś złego może mi się zdarzyć.  
c) Jestem pewny/a, że zdarzy mi się coś strasznego.
7. a) Nienawidzę siebie.  
b) Nie lubię siebie.  
c) Lubię siebie.

Pamiętaj, wybierz zdanie, które najlepiej opisuje ciebie w ciągu **ostatnich dwu tygodni**

8. a) Wszystko co złe jest z mojej winy.  
b) Wiele złego jest z mojej winy.  
c) To co złe przeważnie nie jest z mojej winy.
9. a) Nie chcę zrobić sobie żadnej krzywdy.  
b) Myślałem, żeby sobie zrobić coś złego, ale nie zrobiłbym/abym tego.

- c) Chciałbym zrobić coś, aby już nie żyć.
10. a) Codziennie chce mi się płakać.  
b) Często chce mi się płakać.  
c) Czasami chce mi się płakać.
11. a) Cały czas coś mnie niepokoi.  
b) Często coś mnie niepokoi.  
c) Czasami coś mnie niepokoi.
12. a) Lubię przebywać z ludźmi.  
b) Często nie lubię przebywać z ludźmi.  
c) Nie chcę wcale przebywać z ludźmi.
13. a) Nie mogę się na nic zdecydować.  
b) Jest mi trudno zdecydować się na coś.  
c) Łatwo się decyduję.
14. a) Atrakcyjnie wyglądam.  
b) Wyglądam niezbyt atrakcyjnie.  
c) Wyglądam nieatrakcyjnie.
15. a) Ciągle muszę zmuszać się do nauki.  
b) Często zmuszam się do nauki.  
c) Nauka nie stanowi dla mnie problemu.
16. a) Co noc mam kłopoty ze snem.  
b) Często mam kłopoty ze snem.  
c) Śpię bardzo dobrze.
17. a) Czasami jestem zmęczony/a.  
b) Często jestem zmęczony/a.  
c) Cały czas jestem zmęczony/a.
18. a) Większość dni nie mam ochoty na jedzenie.  
b) Często nie mam ochoty na jedzenie.  
c) Jem bardzo dobrze.
19. a) Nie martwię się bólem i cierpieniem.  
b) Często martwię się bólem i cierpieniem.  
c) Ciągle martwię się bólem i cierpieniem.

Pamiętaj, wybierz zdanie, które najlepiej opisuje ciebie w ciągu **ostatnich dwu tygodni**

20. a) Nie czuję się samotny/a.  
b) Często czuję się samotny/a.  
c) Cały czas czuję się samotny/a.
21. a) Nic mnie w szkole nie cieszy.  
b) Czasami coś mnie cieszy w szkole.

- c) Często mnie coś w szkole cieszy.
22. a) Mam dużo przyjaciół.  
b) Mam kilku przyjaciół, ale chciał/a/bym mieć ich więcej.  
c) Nie mam żadnych przyjaciół.
23. a) Z nauką w szkole jest w porządku.  
b) Z nauką w szkole nie jest tak dobrze jak dawniej.  
c) Bardzo źle mi idą przedmioty, w których byłem/am dobry/a.
24. a) Nigdy nie będę tak dobry/a jak inne dzieci.  
b) Jeśli chcę, mogę być tak dobry/a jak inne dzieci.  
c) Jestem tak dobry/a jak inne dzieci.
25. a) Nikt mnie naprawdę nie kocha.  
b) Nie jestem pewien/a czy ktokolwiek mnie kocha.  
c) Jestem pewien/a, że ktoś mnie kocha.
26. a) Zwykle robię to, co mi każą.  
b) W większości nie robie tego, co mi każą.  
c) Nigdy nie robię tego, co mi każą.
27. a) Zgodnie żyję z ludźmi.  
b) Często wdaję się w bójki.  
c) Ciągłe wdaję się w bójki.

Sprawdź, czy niczego nie opuściłeś/aś – dziękuję.

## JAK SIĘ CZUJESZ

### STAIC SKALA C-1

INSTRUKCJA: Poniżej podane są różne stwierdzenia, przy pomocy których chłopcy i dziewczęta opisują samych siebie. Przeczytaj uważnie każde zdanie zastanów się, jak się czujesz **teraz w tym momencie**. Przy każdym stwierdzeniu są do wyboru trzy odpowiedzi: **tak, raczej tak, nie**. Postaw krzyżyk w kwadracie przed tą odpowiedzią, którą wybrałeś. Nie zastanawiaj się zbyt długo nad żadnym zdaniem. Nie ma dobrych i złych odpowiedzi. Pamiętaj, że masz zaznaczyć to, jak czujesz się **w tej chwili**

- |     |                                  |                              |                                     |                              |
|-----|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| 1.  | Jestem zdenerwowany .....        | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 2.  | Czuję się swobodnie .....        | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 3.  | Jest mi wesoło .....             | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 4.  | Czuję się wypoczęty .....        | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 5.  | Boję się .....                   | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 6.  | Czuję się radosny .....          | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 7.  | Martwię się .....                | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 8.  | Jestem zadowolony .....          | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 9.  | Jestem wystraszony .....         | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 10. | Cieszę się .....                 | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 11. | Przejmuję się czymś .....        | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 12. | Jest mi dobrze .....             | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 13. | Jestem zakłopotany .....         | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 14. | Jest mi przyjemnie .....         | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 15. | Dręczy mnie coś .....            | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 16. | Jest mi lekko .....              | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 17. | Odczuwam radość .....            | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 18. | Jestem przygnębiony .....        | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 19. | Jestem w pogodnym nastroju ..... | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 20. | Odczuwam niepokój .....          | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> raczej tak | <input type="checkbox"/> nie |

## JAK SIĘ CZUJESZ STAIC SKALA C-2

INSTRUKCJA: Poniżej podane są różne stwierdzenia, przy pomocy których chłopcy i dziewczęta opisują samych siebie. Przeczytaj uważnie każde zdanie zastanów się, jak się **na ogół** czujesz. Przy każdym stwierdzeniu są do wyboru trzy odpowiedzi: **często**, **czasami**, **rzadko** (odpowiedź **rzadko** oznacza, że jakieś uczucie występuje **rzadko** lub **wcale**) Postaw krzyżyk w kwadracie przed tą odpowiedzią, którą wybrałeś. Nie zastanawiaj się zbyt długo nad żadnym zdaniem. Nie ma dobrych i złych odpowiedzi. Pamiętaj, że masz zaznaczyć tę odpowiedź, która najlepiej opisuje jak się **zwykle** czujesz.

- |  |                                 |                                  |                                 |
|--|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 21. Chce mi się płakać .....   | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |
| 22. Za bardzo się martwię .....  | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |
| 23. Czuję się nieszczęśliwy .....                                      | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |
| 24. Mam kłopoty .....  | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |
| 25. Jakieś nieważne myśli chodzą mi<br>po głowie .....                 | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |
| 26. Denerwuję się, gdy ktoś przygląda się<br>jak odrabiam lekcje ..... | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |
| 27. Czuję przyspieszone bicie serca .....                              | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |
| 28. Przejmuje się szkołą .....   | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |
| 29. Trudno mi się na coś zdecydować .....                              | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |
| 30. Czuję się skrępowany w obecności dorosłych....                     | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |
| 31. Ścisła mnie w gardle.....  | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |
| 32. Boję się bardziej, niż to okazuję .....                            | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |
| 33. Trudno mi odpowiadać przed całą klasą.....                         | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |
| 34. Pocą mi się ręce .....   | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |
| 35. Boję się, że mogę zrobić coś złego.....                            | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |
| 36. Jestem zdenerwowany, gdy muszę pierwszy za-<br>cząć rozmowę.....   | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |
| 37. Martwię się czymś, co może się zdarzyć .....                       | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |
| 38. Mam kłopoty z zaśnięciem .....                                     | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |
| 39. Wpadam w zakłopotanie .....  | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |
| 40. Martwię się, co inni o mnie myślą .....                            | <input type="checkbox"/> często | <input type="checkbox"/> czasami | <input type="checkbox"/> rzadko |

## ZGODA RODZICIELSKA

Państwa dziecko zostało zaproszone do udziału w badaniu w ramach realizacji projektu rozprawy doktorskiej z psychologii. Badanie będzie miało charakter ankietowy, i dotyczy dzieci i młodzieży w wieku 12 do 17 lat. Ankiety wypełniane będą anonimowo a ich wyniki wykorzystane będą wyłącznie do celów naukowych. Imię i nazwisko Państwa dziecka nie będzie rejestrowane, a tym samym jego prywatność będzie chroniona. Celem badania jest poznanie, jak młodzież radzi sobie z trudnymi wydarzeniami

**Poufność:** Wyniki tego badania będą poufne i bezpiecznie przechowywane, zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych. Zgody rodziców będą przechowywane bezpiecznie razem z wynikami po skończeniu badania.

**Dobrowolność:** Jeśli zdecydują się Państwo pozwolić dziecku uczestniczyć w badaniu, macie swobodę, aby wycofać swoje dziecko w dowolnym momencie. Co więcej, dziecko może także zaprzestać udziału w badaniu w każdej chwili.

Głównym badaczem prowadzącym badanie jest ks. mgr Mariusz Woźny, doktorant w Katedrze Psychologii Klinicznej Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, z którym można skontaktować się pod adresem: [ksmariuszwozny@gmail.com](mailto:ksmariuszwozny@gmail.com)

Artykuły naukowe będą dostępne na Państwa życzenie.

## ZGODA OSOBY BADANEJ NA UDZIAŁ W BADANIU

Jestem absolwentem studiów z zakresu psychologii chciałbym poprosić Cię o pomoc która polegałaby na udziale w badaniach kwestionariuszowych. Celem prowadzonych przez mnie badań jest poznanie w jaki sposób młodzież radzi sobie w sytuacji trudnej, stresowej. Badanie realizowane jest pod kątem przygotowywanej pracy doktorskiej. Ma charakter anonimowy i obejmuje zestaw kilku kwestionariuszy, a uzyskane dane nie będą nikomu przekazywane, będą wykorzystane jedynie dla celów naukowych. Uczestnicząc w badaniu przyczynisz się do poznania funkcjonowania młodzieży w sytuacji stresu.

Niniejszym oświadczam, że z **własnej i nieprzymuszonej woli zgadzam się uczestniczyć w proponowanym badaniu i wiem, że w każdej chwili mogę się wycofać z powodów, których nie muszę podawać i bez narażenia się na jakiegokolwiek konsekwencje.**

Oświadczam, że zaznajomiłem/am się z informacją dla osób badanych, ze zwróceniem uwagi na cel i spodziewane korzyści z uczestnictwa w badaniu.

Prowadzący badanie zapewnił mnie o zachowaniu mojej anonimowości. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w celach naukowych.

Podpis uczestnika badań: .....

Osoba odpowiedzialna za przebieg badania: .....

Dr hab. Małgorzata Sobol  
Katedra Psychometrii i Diagnostyki Psychologicznej  
Uniwersytet Warszawski  
malgorzata.sobol@psych.uw.edu.pl

Warszawa, 16.08.2021

#### Oświadczenie

Oświadczam, że w artykule **Sobol, M., Woźny, M., & Czubak-Paluch, K. (2021). Emotion regulation and social support as related to depressive symptoms: A study of healthy and hospitalized adolescents. *Personality and Individual Differences, 174*,110665 <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110665>**. Mój udział polegał sformułowaniu koncepcji i struktury artykułu, interpretacji uzyskanych wyników, kształtowaniu ostatecznej wersji artykułu, wprowadzeniu uzupełnień do cytowanej literatury oraz poszerzeniu interpretacji analiz statystycznych w kontekście uwag recenzentów. Swój wkład w powstanie artykułu oceniam na 25%.

Wyrażam zgodę na przedstawienie wyników badań zawartych w tym artykule w pracy doktorskiej mgr Mariusza Woźnego, pod tytułem „*Poznawcze strategie regulacji emocji i wsparcie społeczne a symptomy depresji. Badanie młodzieży zdrowej i hospitalizowanej*”.



Dr Katarzyna Czubak-Paluch  
Katedra Psychologii Osobowości  
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II  
kateczubak@ gmail. Com

Lublin, 14.08.2021

Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przedstawienie w pracy doktorskiej autorstwa mgr Mariusza Woźnego, pod tytułem: *Poznawcze strategie regulacji emocji i wsparcie społeczne a symptomy depresji. Badanie młodzieży zdrowej i hospitalizowanej* wyników badań opublikowanych w artykule Sobol, M., Woźny, M., & Czubak-Paluch, K. (2021). **Emotion regulation and social Support as related to depressive Symptoms: A study of healthy and hospitalized adolescents. *Personality and Individual Differences, 174,110665*** <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110665>, którego jestem współautorką.

*Katarzyna Czubak-Paluch*

Dr Katarzyna Czubak-Paluch  
Katedra Psychologii Osobowości  
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II  
kateczubak@ gmail. Com

Lublin, 14.08.2021

Oświadczenie

Oświadczam, że w artykule Sobol, M., Woźny, M., & Czubak-Paluch, K. (2021). **Emotion regulation and social support as related to depressive Symptoms: A study of healthy and hospitalized adolescents. *Personality and Individual Differences*, 174,110665 <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110665>**. Mój udział polegał na doborze literatury do przeglądu badań oraz konsultacji merytorycznej dotyczącej symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego młodzieży, w kontekście różnego nasilenia otrzymywanego wsparcia społecznego (pracuję również jako psycholog w Domu Dziecka). Swój wkład w powstanie artykułu oceniam na 5%.

*Katarzyna Czubak-Paluch*

Mgr Mariusz Woźny  
Katedra Psychologii Osobowości  
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II  
xmariuszwoznv@gmail.com

Lublin, 27.07.2021

Oświadczenie

Oświadczam, że w artykule **Sobol, M., Woźny, M., & Czubak-Paluch, K. (2021). Emotion regulation and social support as related to depressive symptoms: A study of healthy and hospitalized adolescents. *Personality and Individual Differences*, 174,110665 <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110665>**. Mój udział polegał na przeszukiwaniu baz danych, przeprowadzeniu badań, opisie badanej grupy oraz procedury badawczej i zastosowanych narzędzi badawczych, analizie statystycznej wyników, opisie tych wyników w artykule, interpretacji wyników. Swój wkład w powstanie artykułu oceniam na 70%.

Mariusz Woźny