

prof. UKSW, dr hab. Elżbieta Trzęsowska-Greszta
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
dr Renata Sikora
Uczelnia Techniczno-Handlowa w Warszawie
mgr Wiktoria Magdalena Kopeć
AEIOU Foundation for children with autism, Australia

Typ relacji w rodzinie a ryzyko depresji w fazie dorastania - w ujęciu teorii systemowej rodzin

Depresja adolescentów jest poważnym i narastającym problemem psychologicznym i społecznym. To najczęściej występujące zaburzenie psychiczne w okresie dorastania. Depresja wpływa na wszystkie obszary funkcjonowania dorastającego i może znacząco zaburzyć jego normalny rozwój. Jest główną przyczyną trudności w uczeniu się i niepowodzeń szkolnych. Adolescenci z depresją gorzej funkcjonują w relacjach rodzinnych i społecznych. Towarzyszące depresji poczucie bezwartościowości i poczucie bezsensu życia może prowadzić do sięgania po alkohol lub narkotyki. Najbardziej dramatyczną konsekwencją epizodu depresyjnego w okresie adolescencji są zamachy samobójcze, najczęstsza, po wypadkach, przyczyna śmierci w tej grupie wiekowej. Od lat poszukuje się więc odpowiedzi na pytanie, jaki jest mechanizm rozwoju depresji u młodzieży. Wyniki takich poszukiwań mogą pomóc w opracowaniu skutecznych programów profilaktycznych i terapeutycznych.

Właściwości środowiska rodzinnego są uznawane za kluczowy czynnik chroniący lub przyczyniający się do powstawania depresji w okresie dorastania. Przeprowadzono wiele badań potwierdzających związki między rozwojem depresji lub ochroną przed zachorowaniem, a takimi zmiennymi, charakteryzującymi rodzinę jak: style przywiązania, style wychowawcze, wsparcie rodzinne, czy stres rodzinny. Stosunkowo niewiele jest opracowań poświęconych badaniu depresji młodzieńczej z perspektywy systemowej. Celem prezentowanej pracy jest próba poszukiwania zależności pomiędzy relacjami w rodzinie i występowaniem lub niewystępowaniem objawów depresyjnych u młodzieży, z perspektywy teorii systemowej rodzin.

I. Teoretyczne wprowadzenie do badań

1. Relacje rodzinne jako czynnik ochronny lub czynnik ryzyka depresji w okresie dorastania – przegląd badań

Badania dotyczące związków między depresją w okresie dorastania i relacjami rodzinnymi opierają się na ogólnych środowiskowych modelach psychopatologii rozwojowej, które kładą nacisk na procesy uczenia się i które wskazują, że podstawowym czynnikiem ryzyka, zwiększającym lub zmniejszającym prawdopodobieństwo rozwoju zaburzeń, są warunki stworzone dziecku w środowisku rodzinnym. Część prac opiera się bezpośrednio na znanych teoriach depresji (poznawczej, przywiązania, interpersonalnej i innych). Ma to uzasadnienie

w założeniach tych teorii, które odwołują się do doświadczeń dzieciństwa i wskazują, że sposób w jaki rodzice traktują swoje dzieci, może przyczyniać się do rozwoju depresji lub ochrony przed nią.

Badania wykazały, że zarówno pozytywne, jak i negatywne doświadczenia w dzieciństwie, dotyczące interakcji z rodzicami, mogą zostać zinternalizowane i stać się ważną cechą reprezentacji siebie (Drodge 1997). Teoretycy psychologii poznawczej zakładają, że negatywna reprezentacja rodziców bierze udział w rozwoju i tworzeniu się negatywnej samooceny. Podejmowane badania potwierdziły, że rozwój rodzicielskiej reprezentacji i rozwój reprezentacji siebie są ze sobą zsynchronizowane (za: Drodge 1997). Przedstawiciele wielu kierunków wykazali empirycznie związek między negatywnymi relacjami rodzinnymi i niską samooceną, a następnie w konsekwencji – z rozwojem depresji (za: Brage i Meredith 1994). Blatt i Zuroff (1992), opierając się na rozwojowym modelu depresji, wyjaśniają ten związek przy pomocy dwóch typów depresyjnych stylów osobowościowych: typu powiązanego z utrzymaniem pozytywnego poczucia siebie i typu związanego z obawą bycia porzuconym przez innych. Istnieją empiryczne dowody potwierdzające tę koncepcję (np. Blair i Homann 1992).

Do opisu relacji między rodzicami i dziećmi używane są najczęściej następujące psychologiczne konstrukty: typy przywiązania, style wychowawcze i postawy rodzicielskie. Poniżej przedstawiam przegląd badań, szukających związku między różnorodnymi aspektami relacji z rodzicami a depresją adolescentów.

Wykazano empirycznie, że typ przywiązania między rodzicami i dziećmi może mieć związek z wystąpieniem lub niewystąpieniem depresji u dorastających. Mechanizm takiego związku wyjaśniany jest następująco. Różne typy przywiązania prowadzą do różnych wewnętrznie reprezentowanych zespołów oczekiwań i przekonań dotyczących dostępności i wrażliwości reagowania podstawowych opiekunów. Wyróżniono dwa podstawowe typy przywiązania: bezpieczny (*secure*) i pozabezpieczny (*insecure*; Ainsworth, 1989). Wiele badań wskazuje, że bezpieczne przywiązanie buduje pozytywny obraz siebie, jak i jest buforem dla stresów; z kolei pozabezpieczne przywiązanie jest czynnikiem ryzyka tworzenia negatywnego obrazu siebie (za: Gallagher i inni 2002). Bezpieczne przywiązanie (opiekunowie dostępni i wrażliwie reagujący) tworzy w dziecku pozytywny obraz siebie i sprawia, że dziecko spodziewa się, że relacje z innymi będą satysfakcjonujące i zaspokajające. Natomiast pozabezpieczne przywiązanie (opiekunowie niedostatecznie dostępni i niedostatecznie wrażliwie reagujący) łączy się z niskim poczuciem własnej wartości i z postrzeganiem innych jako odrzucających, wrogich lub nieosiągalnych. Pierwsze badania dotyczące związku między typem przywiązania do rodziców i depresją na populacji adolescentów rozpoczęły się w latach 90-tych. Badania potwierdziły, że bezpieczne przywiązanie łączy się z niższym poziomem depresji, natomiast przywiązanie pozabezpieczne – z wyższym (np. Hammen, Burge i inni 1995; Cooper i inni 1998;). Spośród podtypów pozabezpiecznego przywiązania wyodrębnione te, które są specyficzne dla depresji. Okazało się, że wyższy poziom symptomów depresyjnych wykazują adolescenty z przywiązaniem lękowym, ambiwalentnym i o typie nadmiernego zaangażowania (*preoccupied attachment*) (np. Allen i inni 1998; Rosenstein i Horowitz 1996).

Style wychowawcze są jednym z najczęściej badanych czynników ryzyka depresji okresu dorastania. Radziszewska i współpracownicy (1996) sprawdzali związek między symptomami depresyjnymi dorastających i stylami rodzicielskimi: autokratycznym, autorytatywnym,

pobłażliwym i niezaangażowanym. Badania przeprowadzono na blisko 4-tysięcznej próbie z populacji dorastających, w wieku 15 lat. Okazało się, że dorastający z autorytatywnymi rodzicami mają najniższy poziom depresji, a z rodzicami niezaangażowanymi – najwyższy. Natomiast rodzice pobłażliwi i autokratyczni wiążą się z wynikami pośrednimi depresji. Baron i MacGillivray (1989) odkryli, że psychologiczna kontrola matki jest jednym z najsilniejszych predyktorów symptomów depresyjnych u dorastających (13-18 lat). Natomiast praktyki wychowawcze oparte na umiarkowanej kontroli i efektywnej dyscyplinie wiążą się z niższym poziomem depresji u dorastających (Ge, Conger i inni 1994). Prawdopodobnie takie praktyki wychowawcze tworzą stabilne i bezpieczne środowisko dla dzieci, co sprzyja rozwojowi poczucia pewności siebie. Przeciwna nadmiernej kontroli, tzw. „polityka wolnej ręki” (*laissez-faire parenting style*) wyrażająca się niskim poziomem zaangażowania w czasie interakcji, wiąże się z wyższym poziomem depresji (Kandel i Davies 1982). Z obserwacji rodzin z depresyjnymi dziećmi wynika, że przeważającą metodą wychowawczą są kary i inne restrykcyjne metody, polegające na pozbawianiu społecznych, emocjonalnych, materialnych nagród (Stark i inni 2000). Liczne badania prób klinicznych i prób z populacji ogólnej potwierdziły, że depresja dorastających jest związana z surowymi praktykami wychowawczymi (np. Nolen-Hoeksema, Girgus, i Seligman 1992; Simons i inni 2002). Ponadto, badania retrospektywne udowodniły, że doświadczanie kar cielesnych w okresie dorastania (dotyczy 58% chłopców i 44% dziewcząt w USA) zwiększa ryzyko wystąpienia w późniejszym wieku symptomów depresyjnych i myśli samobójczych (Straus i Kaufman-Kantor 1994). Także badania na populacji ogólnej potwierdziły, że rodzicielstwo charakteryzujące się surowością dyscypliny jest związane z symptomami depresyjnymi (Ge, Best, Conger, i Simons, 1996). W niektórych badaniach otrzymano odmienne wyniki. Wykazano, że wszelkie formy okazywania krytycznego stosunku do dziecka łączą się z rozwojem depresji (Cole i McPherson 1993; Sheeber i inni 1997). Rodziny adolescentów z depresją częściej, w porównaniu do grupy kontrolnej, zachowują się w sposób znieważający i obrażający (Puig-Antich i inni 1993, McCauley i Myers, 1992). Zachowania rodziców, charakteryzujące się krytycznym i uwłaczającym stylem wychowawczym, zwiększają prawdopodobieństwo późniejszego występowania u dorastających symptomów depresyjnych (Ge, Best i inni 1996). Także kliniczne obserwacje rodzin z depresyjnym adolescentem pokazują, że przeważającym stylem kierowania zachowaniem potomstwa są metody, polegające na deprecjonowaniu lub poniżaniu dziecka (Stark i inni 2000).

Postawy rodzicielskie: akceptacja i odrzucenie to dwie główne cechy postaw rodzicielskich i uczuciowego stosunku rodziców do dzieci. Są one składnikami większości konceptualnych systemów opisujących relacje „rodzic-dziecko” (za: Maccoby i Martin, 1983) i są konsekwentnie związane z różnymi wskaźnikami przystosowania dzieci i adolescentów (za: Cicchetti i Cohen 1995). W wielu badaniach udowodniono negatywny związek między rodzicielską akceptacją oraz depresją adolescentów (m.in. Greenberger i Chen 1996; Neiderhiser i inni 1998; Wagner, Cohen i Brook 1996; Diego, Sanders i Field, 2001). Natomiast relacja z rodzicami cechująca się chłodem, odrzuceniem i dystansem ma związek z pojawieniem się symptomów depresyjnych (m.in. Johnson i inni, 1991; Lasko i Field 1996). Akceptacja rodzicielska zmniejsza prawdopodobieństwo późniejszego występowania u adolescentów depresji (Ge, Best i inni 1996). Również badania dorastających z populacji ogólnej udowodniły, że akceptacja w relacjach z rodzicami znacząco i ujemnie koreluje z zaburzeniami depresyjnymi

(Wagner, Cohen i Brook 1996). Baron i MacGillivray (1989) odkryli, że odrzucenie ojca było najsilniejszym predyktorem symptomów depresyjnych u adolescentów, natomiast w przypadku matek – nie odrzucenie było najsilniejszym predykatorem depresji, lecz postawa kontrolująca. Badania Greszty (2006) na populacji polskich adolescentów dały wyniki wprost przeciwne: najsilniejszym predyktorem symptomów depresyjnych u adolescentów było odrzucenie matki oraz postawa kontrolująca ojca, ale tylko w przypadku dziewcząt. Ta ciekawa sprzeczność wymaga dalszych badań międzykulturowych.

Wsparcie rodzicielskie jest związane z ochronną funkcją w przypadku zagrożenia depresją u adolescentów. Wyjaśnienie mechanizmu związku między depresją a wsparciem rodzicielskim opiera się na tzw. „buforowej teorii wsparcia”, która głosi, że wsparcie osłabia związek między negatywnymi wydarzeniami życiowymi i ryzykiem rozwoju depresji (Cohen i Wills, 1985). Ten interakcyjny model stanowi, że w obliczu trudnych wydarzeń życiowych u jednostek z wyższym poziomem wsparcia rodziny, występuje mniejsze niebezpieczeństwo rozwoju depresji, niż u jednostek z niższym poziomem wsparcia. Wsparcie rodzinne podnosi samoocenę i zaufanie do siebie, tym samym zwiększa u jednostki poczucie, że potrafi skutecznie poradzić sobie z negatywnymi wydarzeniami życiowymi. Wykazano, że dorastający, którzy doświadczali niższego poziomu rodzicielskiego wsparcia byli bardziej depresyjni niż ci, którzy doświadczali wysokiego poziomu wsparcia (Barrera i Garrison-Jones 1992; Cumsille i Epstein, 1994; Windle 1992; Cole i McPherson 1993; Hops i inni 1990; Sheeber i inni 1997; Patten i inni 1997). Wsparcie ze strony rodziców może chronić dorastających zarówno przed zachorowaniem na depresję, a także przed jej nawrotem (McClellan i inni 2004; Aydin i Oztutuncu 2001; Herzberg i Hammen 1999). Duża liczba badań mówiących o związku między wsparciem i depresją powoduje powszechne przekonanie, że buforowa teoria wsparcia uzyskała jednoznaczne potwierdzenie empiryczne. Okazuje się jednak, że istnieje spora liczba badań nie dostarczająca potwierdzenia dla buforowego efektu wsparcia w przypadku depresji (za: Burton i inni 2004). Niezbędne są dalsze badania tego obszaru.

2. Teoria systemowa rodzin – model kołowy Olsona

Podejście systemowe poszukuje przyczyn zaburzeń nie w jednostce, lecz w interakcjach społecznych, głównie w relacjach rodzinnych, których wpływ na rozwój jednostki uznano za decydujący (m.in. Satir 2000). Systemowe podejście neguje istnienie patologii indywidualnej i zakłada, że wzajemne (nieprawidłowe) interakcje rodzinne mogą być czynnikiem patogennym w rozwoju zaburzeń u jednego z członków rodziny (Goldenberg i Goldenberg 2006). Zgodnie z ogólną teorią systemów, system składa się ze zbioru elementów oddziałujących wzajemnie na siebie na zasadzie sprzężenia zwrotnego dodatniego i ujemnego (de Barbaro, 1999). Innymi słowy, we wzajemnych oddziaływaniach członków rodziny poszukuje się źródeł patologii, nie zaś w konkretnej jednostce.

Model systemowy stanowi, że podstawową perspektywą rozumienia mechanizmu powstania symptomu jest traktowanie rodziny jako systemu, a symptomy występujące u jednostki są ujmowane jako manifestacja zaburzenia systemu rodzinnego. Sposób funkcjonowania rodzin zaburzonych i niezaburzonych wykazuje różnice. Między innymi, normalne rodziny są w stanie modyfikować swoje interakcje przy zmianie warunków, np. przy

przejściu do następnej fazy życia rodziny. Natomiast rodziny zaburzone próbują zachować dotychczasową równowagę.

Podejście systemowe znalazło już zastosowanie w wyjaśnianiu i leczeniu niektórych zaburzeń w okresie dorastania, takich jak anoreksja czy zaburzenia lękowe (Barrett i inni 1996). Teoria systemowa może także dostarczyć użytecznego paradygmatu do rozumienia mechanizmu powstawania i utrzymywania się depresji u adolescentów. Nadal jest stosunkowo mało badań, które próbowały weryfikować model systemowy w odniesieniu do depresji. Dotychczas wykazano m.in. istotne związki między depresją adolescentów i dysfunkcjonalnymi właściwościami rodziny, takimi jak triangulacja i splątanie (Feldman 1988; Wang i Crane 2001) oraz nieadaptacyjność rodziny (Garrison i inni 1990).

Powyższe rozważania oraz przedstawiony wyżej przegląd prac nad związkami między relacjami rodzinnymi i depresją adolescentów wskazuje, że za najbardziej użyteczny w podjętych badaniach należy uznać Model Kołowy Systemów Rodzinnych Olsona (Olson i Gorall, 2003). Model ten opiera się na trzech podstawowych wymiarach: (1) spójności; (2) elastyczności oraz (3) komunikacji (Margasiński, 2006). Spójność określa w jakim stopniu osoby będą dążyć do zachowania autonomii we wzajemnych relacjach. Elastyczność obrazuje możliwość zaistnienia zmian w systemie. Wskaźnikiem komunikacji jest efektywność porozumiewania się w danej rodzinie (Olson, 2000). Podstawowym rozróżnieniem w modelu Olsona jest podział na systemy zrównoważone, czyli takie, które plasują się w środkowej części skal spójności i elastyczności oraz na systemy niezrównoważone, znajdujące się na krańcach tych skal. Jedną z głównych hipotez modelu Olsona mówi, że systemy, które osiągają na wymiarach spójności i elastyczności wyniki średnie funkcjonują lepiej od tych, które osiągają wyniki skrajnie niskie lub skrajnie wysokie (Olson i Gorall, 2003).

Systemy o skrajnie niskim poziomie spójności są określane jako niezwiązane. Charakterystyczna jest tu słaba więź emocjonalna łącząca poszczególne osoby. Członkowie takiej rodziny preferowane jest spędzanie czasu w samotności, poza domem. Członkowie takiego systemu rodzinnego są bardzo autonomiczni. Jednocześnie nie mogą liczyć na wspólne rozwiązywanie problemów i wzajemne wsparcie emocjonalne. W rodzinach splątanych – o skrajnie wysokiej spójności obserwuje się bardzo bliską więź emocjonalną. Jednostka jest podporządkowana systemowi. Większość czasu spędza z innymi członkami rodziny. Poziom autonomii jest nieznaczny, wymagane jest niemal całkowite podporządkowanie. Członkowie takich systemów są od siebie bardzo zależni emocjonalnie, a stany afektywne jednostki są często podzielane przez cały system (Olson i Gorall, 2003). Olson (2000) podkreśla, że nie ma optymalnego poziomu spójności dla funkcjonowania rodziny. Ważne jest, aby system umiał regulować bliskość poszczególnych członków w zależności od aktualnej sytuacji rodziny. Jednak zaznacza, że długo trwające splątanie bądź niezwiązanie może przyczynić się do powstania nieefektywnych schematów zachowań. Dlatego też w ujęciu długoterminowym najefektywniejsze dla funkcjonowania rodziny jest regulowanie spójności i elastyczności, tak aby znajdowała się ona na średnim poziomie natężenia tych cech (Olson i Gorall, 2003).

3. Zagrożenie depresją w fazie adolescencji w ujęciu modelu Olsona – rozważania teoretyczne

Rodzice oceniają fazę życia rodziny z dorastającym dzieckiem jako najtrudniejszy i najbardziej wymagający w całym procesie wychowawczym. Jest to czas w którym w rodzinie podwyższa się poziom stresu, dzieci stają się mniej posłuszne, częściej wchodzi w konflikt z rodzicami. Struktura systemu zmienia się na przestrzeni okresu dorastania z układu hierarchicznego, gdzie większość decyzji podejmują dorośli, do systemu o charakterze bardziej egalitarnym, w którym adolescenti mają większy wpływ na podejmowane decyzje w rodzinie. W większości rodzin, pomimo konfliktów, młodzież nadal otrzymuje od rodziców wsparcie i zachowuje z nimi bliskie relacje (Smetana i inni, 2006). Poziom bliskości pomiędzy rodzicami i dziećmi jest niższy niż w poprzednich fazach rozwojowych i ma tendencje do obniżania się w trakcie adolescencji (Kirwil, 2000; John-Borys, Bulla, Hrapkiewicz, 2004). Młodzież w trakcie dorastania spędza coraz więcej czasu poza domem (De Goede, Branje, Meeus, 2009), wzrasta u niej zainteresowanie nawiązywaniem relacji z rówieśnikami obojga płci, co przyczynia się do spadku spójności w rodzinie (Kirwil, 1993).

W systemie splątanych większość czasu rodzina spędza razem, jest ze sobą bardzo związana. Jej członkowie są od siebie uzależnieni, niechętnie realizują się poza domem. Rzadko nawiązują bliższe relacje z osobami spoza rodziny (Margasiński, 2009). Wysoki poziom spójności może utrudniać młodzieży nawiązywanie kontaktów interpersonalnych z rówieśnikami, gdyż większość czasu spędzają w domu i wyżej cenią relacje z rodziną. Systemy splątane zniechęcają dzieci do samodzielnego odkrywania świata i zmagania się z problemami, co utrudnia im rozwój poznawczy i emocjonalny (Minuchin, 1974; za: Grzesiuk, 1987). Olson (2000) twierdzi, że rodziny o zrównoważonym poziomie spójności, funkcjonują efektywniej niż systemy splątane lub niezwiązane. Młodzież wychowująca się w rodzinach o zbyt wysokim lub zbyt niskim poziomie spójności może mieć, m.in. problemy z nawiązywaniem satysfakcjonujących związków, gdyż rodzina nie dostarczyła im prawidłowych wzorców funkcjonowania w bliskich relacjach.

Według koncepcji systemowej depresja u dorastających, może spełniać również funkcję symptomu utrzymującego homeostazę w rodzinie. Głównym zadaniem rozwojowym dla rodziny z dorastającym dzieckiem jest zakończenie procesu separacji adolescenta od rodziców. Jeżeli rodzina nie potrafi wykonać tego zadania „rozwiązaniem” tej patowej sytuacji może być depresja adolescenta (rola desygnowanego pacjenta). Bliskie osoby pełnią rolę bufora ochraniającego przed trudnymi sytuacjami. Do prawidłowego rozwoju dziecka potrzebne jest, aby system stopniowo wycofywał wsparcie, po to aby adolescent mógł nauczyć się samodzielności i niezależności (Namysłowska, 1997).

W rodzinach, gdzie poziom spójności znajduje się w obszarach niezrównoważonych – (czyli są to rodziny splątane bądź niezwiązane), prawidłowe funkcjonowanie jednostki jest zagrożone. Splątanie i niezwiązanie leżą na przeciwnych krańcach kontinuum. Rodziny o takich poziomach spójności funkcjonują w odmienny sposób. W splątanych dominuje tendencja do zbyt bliskiej relacji pomiędzy członkami rodziny, w niezwiązanych - jej brak. Oba te skrajne style funkcjonowania mogą doprowadzić do powstania zaburzeń depresyjnych. Zarówno splątane

i niezwiązane rodziny cechuje zaburzenie prawidłowego funkcjonowania systemu, co przyczynia się do pogorszenia dobrostanu psychicznego jej jednostek.

Adolescenci z rodzin splątanych są narażeni na zbyt duże w odniesieniu do poziomu rozwoju obciążenia. Często podzielają zmartwienia rodziców, ich stres i frustrację. Wspierają emocjonalnie dorosłych, na co nie są jeszcze przygotowane.

Brak wsparcia i postawy odtrącające są typowe dla systemów niezwiązanych, czyli o niskim poziomie spójności. W rodzinach niezwiązanych adolescenti są pozbawieni więzi z rodzicami, przez co nie otrzymują wystarczającej ilości wsparcia. Takie systemy nie zaspakajają ich podstawowych potrzeb, jakimi są potrzeba miłości i przynależności. Brak zaspokojenia tych potrzeb może doprowadzić do ciągłego poczucia zagrożenia, częstszego przeżywania negatywnych emocji dorastających. Dzieci mogą mieć negatywny obraz własnej osoby, gdyż uważają, że nie zasłużyły na miłość rodziców.

Zrównoważony poziom spójności zapewnia dzieciom prawidłowe warunki do rozwoju. Dzieci mogą korzystać zarówno ze wsparcia ze strony rodziców jak i rówieśników. Dzieci takie żyją w stabilnym i spójnym środowisku, mają poczucie bezpieczeństwa. Dzięki takim warunkom są mniej podatne na różnego typu zaburzenia i nieprawidłowości rozwoju.

4. Model depresji okresu dorastania

Depresja w fazie dorastania, co do swej istoty, jest tym samym zaburzeniem, które jest rozpoznawane u dorosłych. Główne aktualne systemy klasyfikacji nie czynią rozróżnienia w kryteriach diagnostycznych między depresją u adolescentów i u dorosłych. W piśmiennictwie psychiatrycznym przeważa obecnie stanowisko, że obraz kliniczny depresji u adolescentów, w zakresie podstawowych objawów, nie różni się istotnie od obrazu depresji u dorosłych (Rabe-Jabłońska 2004). Według głównych systemów klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych (ICD i DSM) kluczowymi objawami depresji jest obniżony nastrój, utrata zainteresowań oraz zdolności odczuwania przyjemności (anhedonia). Ponadto, w obrazie zaburzenia mogą wystąpić: poczucie beznadziejności, bezwartościowości i nieuzasadnione poczucie winy. Pojawiają się zmiany w zakresie aktywności psychoruchowej, najczęściej w postaci zahamowania (spowolnienie psychoruchowe), zmniejszenie energii i zwiększona męczliwość oraz zmniejszona zdolność myślenia, koncentracji uwagi i trudności w podejmowaniu decyzji (ICD-10, WHO 2000).

W ostatnich dekadach nastąpił znaczący rozwój wielodyscyplinarnych badań nad depresją fazy dorastania. Jednocześnie mamy do czynienia z wieloma odmiennymi podejściami do tego zjawiska. Depresję młodzieńczą utożsamia się z nastrojem depresyjnym (*depressed mood*), syndromami depresyjnymi (*depressive syndromes*) lub z zaburzeniami depresyjnymi (*depressive disorders*) (p. przegląd: Greszta 2004). Problemy, które się wyłaniają w koncepcji depresji adolescentów są typową trudnością, jaką napotyka się w badaniach obszaru psychopatologii z rozwojowej perspektywy. Ze wszystkich dotychczasowych konceptualizacji depresji młodzieńczej – wybrano model Compasa, Ey i Grant (1993), który wydaje się najbardziej wyczerpującym ujęciem depresji okresu dorastania. Compas, Ey i Grant zaproponowali trójpoziomowy model depresji okresu dorastania, który integruje różne koncepcje. Twórcy modelu uważają, że nastrój depresyjny, syndrom depresyjny oraz zaburzenia depresyjne są trzema poziomami tego samego zjawiska depresji i są ze sobą ściśle powiązane w

sposób hierarchiczny i sekwencyjny. Twórcy modelu stawiają hipotezę, opartą na analizie wielu badań, że poziomy depresji okresu dorastania następują po sobie: podwyższony poziom nastroju depresyjnego może być czynnikiem ryzyka dla późniejszego syndromu depresyjnego, a podwyższony poziom syndromu może prowadzić do rozwinięcia się zaburzenia depresyjnego. Compas, Ey i Grant uważają, że opisane trzy poziomy odzwierciedlają postępowanie „procesu erozyjnego” zjawiska depresji w okresie dorastania. Około 15-40% adolescentów doświadcza nastroju depresyjnego. U części dorastających z podwyższonym nastrojem depresyjnym, nastrój depresyjny zaostrza się i rozwija w syndrom depresyjny o znaczącym nasileniu, a następnie może przejść w zaburzenie depresyjne. W przypadku nastroju depresyjnego, głównym objawem jest głębokie przygnębienie i smutek, syndrom depresyjny charakteryzuje się głównie obniżonym nastrojem i symptomami lęku. W zaburzeniu depresyjnym mamy do czynienia z obniżonym nastrojem, utratą zainteresowań i anhedonią, zmęczeniem, utratą energii, pogorszeniem koncentracji i zdolności podejmowania decyzji, myślami samobójczymi i zaburzeniami somatycznymi (ICD-10, 2000). Charakterystyczną cechą depresyjnych adolescentów jest nastrojowość, łatwa urażliwość i nadwrażliwość, negatywizm i pesymizm, huśtawki nastroju, poczucie odrzucenia, opuszczenia, poczucie bycia niekochanym i poczucie samotności, poczucie bezwartościowości, poczucie beznadziejności, społeczna izolacja i wycofanie. Adolescenci z depresją stają się skrajnie wrażliwi na odrzucenie i nadwrażliwi na krytycyzm (Weinberg i inni, 1995; Shugart, Lopez 2002; Evans i inni 2002).

Okres dorastania wiąże się z kumulacją licznych i intensywnych zmian biologicznych, psychologicznych i społecznych, co przyczynia się do istotnego wzrostu częstości występowania depresji w tym czasie (Petersen, Sarigiani i Kennedy 1991). W środkowej i późnej fazie dorastania, odsetek adolescentów z nastrojem depresyjnym i kliniczną depresją jest taki sam jak w populacji osób dorosłych (Fleming i Offord 1990).

II. Metodologia badań

1. Problem badań, hipotezy i pytania badawcze

Celem przeprowadzonych badań było określenie zależności między typem relacji rodziny i ryzykiem depresji w fazie dorastania. Jako model relacji w rodzinie przyjęto Model Kołowy Systemów Rodzinnych Olsona, który opiera się na trzech podstawowych wymiarach: (1) spójności; (2) elastyczności oraz (3) komunikacji i pozwala na wyodrębnienie (I) rodzin splątanych (zbyt bliskie relacje - wysoki poziom spójności); (II) rodzin niezwiązanych (zbyt luźne relacje - niski poziom spójności) i (III) rodzin zrównoważonych (relacje prawidłowe). Na podstawie literatury i dotychczasowych badań postawiono następujące hipotezy. Przyjęto, że istnieje związek między poziomem spójności rodziny adolescenta (tj. poziomem niezwiązania, splątania i zrównoważenia) - i poziomem jego depresji. Założono, że istnieje dodatni związek między poziomem niezwiązania i splątania w rodzinie i poziomem symptomów depresyjnych u adolescentów oraz że istnieje ujemny związek między poziomem zrównoważonej spójności w rodzinie i poziomem symptomów depresyjnych u adolescentów.

2. Metody zastosowanych w badaniach

2.1. Skala Oceny Rodziny – SOR

Skala Oceny Rodziny – SOR służy do badania poziomu spójności rodziny. Jest polską adaptacją FACES-IV (*Flexibility and Cohesion Evaluation Scales*) Davida H. Olsona. FACES-IV do warunków polskich zaadaptował Andrzej Margasiński (2009). SOR jest przeznaczony dla osób powyżej 12 roku życia. Skala składa się z 62 stwierdzeń, do których badany ustosunkowuje się na pięciostopniowej skali. SOR pozwala na określenie funkcjonowania rodziny na dwóch wymiarach – spójności i elastyczności oraz na wyodrębnienie sześciu typów rodzin: rodzin niezwiązanych, splątanych, o zrównoważonej spójności, sztywnych, chaotycznych i o zrównoważonej elastyczności, zgodnie z Modelem Kołowym Davida H. Olsona. SOR mierzy ponadto komunikację w rodzinie (która jest trzecim wymiarem Modelu Kołowego) oraz zadowolenie z życia rodzinnego. Oprócz wyników poszczególnych skal można też uzyskać trzy wskaźniki złożone: spójności, elastyczności i ogólny, będący miarą prawidłowości funkcjonowania rodziny (Margasiński, 2009). Konfirmacyjna analiza czynnikowa wykazała, że dane uzyskane z badań na polskiej populacji są spójne z założeniami teoretycznymi modelu Olsona. Rzetelność oryginalnej wersji narzędzia waha się od 0,77 do 0,89. Współczynnik alfa Cronbacha dla skal polskich wynosi od 0,70 do 0,93. Zgodność wewnętrzna skal jest wysoka lub zadowalająca. Uzyskane współczynniki są wystarczające do celów badawczych (Olson i Gorall, 2006).

2.2. Inwentarz Depresyjności Dziecka CDI

Inwentarz Depresyjności Dziecka CDI jest polską wersją *Children's Depression Inventory* M. Kovacs (Rola 2002). CDI jest jedną z najczęściej używanych na świecie metod oceny depresji i symptomów depresyjnych u dzieci i młodzieży w wieku 8-17 lat. Dopuszcza się użycie testu do badania osób w 18 roku życia. Skala CDI jest modyfikacją (zweryfikowaną i poprawioną) Skali Depresji dla dorosłych Becka (BDI). Za pomocą skali CDI przeprowadzono znaczną liczbę badań w różnych grupach klinicznych i w populacji ogólnej. Skala CDI jest obecnie jedną z najlepiej opracowanych metod do badania depresji dziecięcej. Może być przeznaczona nie tylko do diagnozowania depresji, ale także do badania nastroju i syndromu depresyjnego oraz nasilenia symptomów depresyjnych. Skala CDI jest najbardziej gruntownie zbadaną miarą typu samooceny dla dzieci i adolescentów. Rzetelność i trafność tej skali jest dobrze udokumentowana w wielu badaniach. Wewnętrzna spójność testu wynosi 0,87; stabilność retestowa wynosi 0,84 i posiada dobrą diagnostyczność zbieżną (za: Kovacs, 2003). Skala CDI składa się z 27 pozycji, dotyczących poznawczych, afektywnych i behawioralnych symptomów depresji. Polska wersja metody ma jak dotąd charakter eksperymentalny (Rola 2002).

2.3. Skala Depresji Becka (BDI)

Do mierzenia poziomu symptomów depresyjnych u młodzieży w wieku 18-19 lat użyto Skali Depresji Becka, która jest polską wersją *Beck Depression Inventory* (BDI), autorstwa Aarona Becka. Inwentarz ten składa się z 21 pozycji testowych. Rzetelność skali zadowalająca, korelacja z wynikami badania psychiatrycznego wynosi, według Becka, w populacji klinicznej 0,79 (Beck, Ward, Mendelson, 1961; za: Weishaar, 2007). Polska wersja metody ma jak dotąd charakter eksperymentalny (Zięba, 1997).

3. Osoby badane

Osoby badane poprano z populacji ogólnej adolescentów w środkowej i późnej fazie dorastania. Próby wybrano z populacji ogólnej zgodnie z postulatami światowych autorytetów naukowych, aby źródłem informacji na temat uwarunkowania depresji występującej w okresie dorastania były – nie grupy kliniczne – lecz dane zebrane z prób z populacji ogólnej nie leczonych adolescentów (np. Petersen i inni 1993). Caron i Rutter (1991) zwracają uwagę, że dane pobrane z grup pacjentów mogą nie odnosić się do populacji ogólnej, ponieważ grupy te nie są próbami reprezentatywnymi. Bowiem, o przynależności do grupy pacjentów decyduje jednostka lub jej otoczenie (tzw. „*self-screening*”) lub lekarz pierwszego kontaktu. Biorąc pod uwagę fakt, że depresja występująca w okresie dorastania jest jednym z najczęściej nierozpoznawanych i nieleczonych zaburzeń (np. Mesman i Koot 2000), wybór prób z populacji ogólnej jest tym bardziej uzasadniony.

Badania zostały przeprowadzone na dwóch różnych próbach z populacji ogólnej adolescentów. Pierwszą z nich stanowiła 62 osobowa grupa uczniów ze szkół średnich z populacji wielkiego miasta, w wieku od 16 do 18 lat (średnia 17,26, odchylenie standardowe 0,79). Grupa ta składała się z 27 dziewcząt i 35 chłopców. Pierwsza grupa była badana testami SOR i CDI. Drugą grupę stanowili uczniowie szkół średnich w wieku od 18 do 19 lat (średnia 18,54, odchylenie standardowe 0,79) z populacji małego miasta (25%) i z populacji wiejskiej (75%). Grupa ta składała się z 52 dziewcząt i 34 chłopców. Druga grupa była badana testami SOR i BDI.

III. Wyniki badań

W celu zweryfikowania hipotez badawczych przeprowadzono analizę statystyczną danych dotyczących następujących zmiennych: wskaźników poziomu nasilenia symptomów depresyjnych (wyniki w teście CDI i BDI) oraz wskaźników typu relacji w rodzinie, wyznaczonej poziomem spójności rodziny (wyniki w teście SOR). Niska spójność odpowiada niezwiązaniu w rodzinie (zbyt duży dystans w relacjach rodzinnych); wysoka spójność - splątaniu w rodzinie (zbyt bliskie relacje), a poziom zrównoważonej spójności w rodzinie odpowiada prawidłowym zrównoważonym relacjom rodzinnym.

1. Wyniki badań dla adolescentów w wieku 16-18 lat.

Do zweryfikowania hipotez badawczych zastosowano metodę korelacji Pearsona. Przed wykonaniem analiz sprawdzono zgodność uzyskanych wyników z rozkładem normalnym przy pomocy testu Kołmogorowa-Smirnowa. Wynik testu okazał się nieistotny, co oznacza, że rozkład wyników jest zbliżony do rozkładu normalnego. Dzięki temu możliwe było przeprowadzenie analiz metodą korelacji Pearsona. Odkryto istotny statystycznie, dodatni związek między niezwiązaniem w rodzinie i symptomami depresyjnymi, $r(60) = 0,33$; $p < 0,01$. Przy podziale na grupy ze względu na płeć, związek okazuje się nieistotny u chłopców, natomiast u dziewcząt jest istotnie wyższy, niż dla całej grupy i wynosi: $r(32) = 0,61$; $p < 0,01$. Nie wykryto związku pomiędzy splątaniem rodziny i symptomami depresyjnymi. Natomiast stwierdzono korelację ujemną między symptomami depresyjnymi i zrównoważoną spójnością rodziny | w przypadku dziewcząt: $r(32) = -0,54$; $p < 0,01$.

2. Wyniki badań dla adolescentów w wieku 18-19 lat¹.

Do zweryfikowania hipotez badawczych zastosowano metodę korelacji Pearsona. Odkryto istotny statystycznie, dodatni związek między niezwiązaniem w rodzinie i symptomami depresyjnymi, $r_{(84)} = 0,32$; $p < 0,01$. Przy podziale na grupy ze względu na płeć, związek okazał się nieistotny u chłopców. Nie wykryto związku pomiędzy splątaniem i symptomami depresyjnymi. Natomiast stwierdzono korelację ujemną między symptomami depresyjnymi adolescentów i zrównoważoną spójnością rodziny. Korelacja osiągnęła relatywnie dużą wartość ujemną i była istotna statystycznie $r_{(84)} = -0,41$; $p < 0,001$. Przy podziale na grupy ze względu na płeć, potwierdzono korelację dla obu płci.

IV. Dyskusja wyników

1. Zrównoważona spójność rodziny a występowanie depresji u adolescentów

W populacji adolescentów w wieku 16-18 lat stwierdzono ujemny związek między zrównoważoną spójnością rodziny i symptomami depresyjnymi tylko dla dziewcząt; natomiast w populacji adolescentów w wieku 18-19 lat potwierdzono ten związek dla obu płci adolescentów. Ujemna korelacja między zrównoważonym poziomem spójności rodziny i symptomami depresyjnymi wskazuje, że odpowiednie zrównoważone relacje w rodzinie mogą być czynnikiem chroniącym przed zaburzeniami depresyjnymi. Wynik ten jest zgodny z Modelem Kołowym Olsona, który zakłada, że w rodzinach o zrównoważonej spójności występuje mniej różnego typu zaburzeń, w tym zaburzeń depresyjnych (Olson, 2000).

W rodzinach o zrównoważonej spójności panuje równowaga pomiędzy byciem razem a byciem osobno. Członkowie rodziny są zaangażowani w życie pozostałych jej członków. Część czasu wolnego spędzają razem. Uczestniczą we wspólnych zajęciach, ale także realizują swoje pasje poza rodziną. Czują, że są sobie bliscy, wspierają się w trudnych momentach, podejmują wspólnie decyzje, ale także rozwijają kontakty z osobami spoza rodziny (Margasiński, 2009). Młodzież z rodzin o zrównoważonym poziomie spójności jest zachęcana do brania za siebie odpowiedzialności, do usamodzielniania się i nawiązywania kontaktów z rówieśnikami. Otrzymuje jednocześnie wsparcie i poczucie bezpieczeństwa od rodziców (Field, 1976; za: Ryś 2001).

¹ Analizy statystyczne wykonała Beata Elżbieta Osowska

Nic więc dziwnego, że w wielu badaniach wykazano, że młodzież (niezależnie od płci), która zachowuje bliskie relacje z rodzicami, przy jednoczesnej możliwości wyrażania własnego zdania i niezależności, cechuje się niższym poziomem depresyjności i wyższą samooceną (za: Smetana i inni, 2006). W badaniu własnym adolescentów w wieku 16-18 lat taki związek stwierdzono tylko w odniesieniu do dziewcząt, natomiast wśród adolescentów w wieku 18-19 lat - dla obu płci. Wynik taki można wyjaśnić dwojako. Pierwsze wyjaśnienie odwołuje się do wpływu fazy dorastania (środkowa vs późna), drugie - do różnic w pochodzeniu badanych populacji (miasto vs wieś). Młodszy adolescent płci męskiej przechodzą proces separacji i indywidualizacji później niż dziewczęta (Bee 2004), a zatem depresyjne i zakłócające homeostazę rodziny przechodzenie do następnej fazy życia rodziny mogło się jeszcze nie rozpocząć. Chłopcy starsi, wchodząc intensywnie w proces odrywania się od rodziny, mogą zaburzać funkcjonowanie systemu rodzinnego. Według Olsona (2000) w tym trudnym procesie przechodzenia z jednej fazy życia rodziny do następnej najlepiej radzą sobie rodziny o zrównoważonym poziomie spójności. Funkcjonują one efektywniej niż systemy splątane lub niezwiązane. Mimo burzliwych zmian system pozostaje nienaruszony, dzięki czemu u Adolescentów nie rozwijają się symptomy depresyjne.

Międzyplciowe różnice w wynikach można także wyjaśnić różnicami pochodzenia badanych prób. Być może wychowanie chłopców przez rodziny miejskie jest nieco inne niż w rodzinach wiejskich. Chłopcy w mieście mogą podlegać procesom socjalizacyjnym, które kładą nacisk na niezależność i asertywność (Curran i Renzetti, 2005), co może im utrudniać korzystanie ze wsparcia rodzinnego. Natomiast zrównoważona spójność systemu rodzinnego, dzięki większemu nastawieniu dziewcząt na relacje międzyludzkie może spełniać rolę czynnika ochronnego u dziewcząt przed zaburzeniami depresyjnymi. Łatwiej im korzystać ze wsparcia i okazywanej troski ze strony rodziców.

2. Niezwiązanie w rodzinie a występowanie depresji u adolescentów

W populacji adolescentów w wieku 16-18 lat oraz w wieku 18-19 lat stwierdzono dodatni związek między niezwiązaniem w rodzinie i symptomami depresyjnymi u dziewcząt. U chłopców w obu grupach wiekowych takiej zależności nie stwierdzono. Badania innych autorów wskazują, że niski poziom spójności łączy się z depresją, niezależnie od płci (za: Smetana i inni, 2006)

Dodatnia korelacja między poziomem niezwiązania systemu rodzinnego i poziomem symptomów depresyjnych, oznacza, że im wyższy poziom niezwiązania w rodzinie dziewcząt (tj. słaby kontakt i wsparcie ze strony rodziców), tym wyższy poziom symptomów depresyjnych. Wynik ten jest zgodny z podstawowymi hipotezami Modelu Kołowego Olsona, zakładającymi częstsze występowanie zaburzeń psychicznych u osób żyjących w systemach niezwiązanych (Olson, 2000). Niemniej jednak, wyniki analiz badań własnych wskazują, że taka zależność nie zachodzi w przypadku chłopców. Powyższe dane mogą sugerować różnice płciowe w powstawaniu zaburzeń depresyjnych. Fenomen ten można wyjaśnić różnicami w socjalizacji, w zależności od płci dziecka. Dziewczęta są w większym stopniu nastawione na relacje interpersonalne, mogą być bardziej wrażliwe na procesy zachodzące w rodzinie. Może to tłumaczyć występowanie istotnej dodatniej zależności pomiędzy symptomami depresyjnymi i niezwiązaniem. Dziewczęta mogą być bardziej podatne na przeżywanie negatywnego nastroju z powodu odrzucenia emocjonalnego przez rodziców. Chłopcy w procesie socjalizacji są częściej

uczni niezależności, umiejętności radzenia sobie samemu (Curran i Renzetti, 2005). Możliwe, że te umiejętności chronią chłopców przed negatywnym wpływem niezwiązania w rodzinie. Chłopcy z takich rodzin będą aktywnie szukali wsparcia poza systemem. Natomiast dziewczęta, u których kładziono nacisk na wytworzenie postawy zależnej, będą miały większe trudności z kompensacją niedoboru bliskości i wsparcia ze strony rodziny w otoczeniu społecznym poza systemem rodzinnym.

3. Splątanie w rodzinie a występowanie depresji u adolescentów

W populacji adolescentów w wieku 16-18 lat oraz w wieku 18-19 lat nie wykryto związku pomiędzy splątaniem w rodzinie i symptomami depresyjnymi. Wynik ten jest dość zaskakujący, biorąc pod uwagę założenia Modelu Olsona mówiące o związku między splątaniem w rodzinie i częstszym występowaniem zaburzeń u członków takich rodzin (Olson, 2000). Rodziny splątane, tj. rodziny, które poprzez swoją specyfikę (tj. zbyt duża bliskość, mała niezależność) utrudniają proces separacji i indywidualizacji, czyli utrudniają adolescentom opuszczenie rodziny, a rodzinie – przejście do następnego etapu życia rodziny – fazy „pustego gniazda” (Namysłowska 1997). U adolescentów, u których proces separacji i indywidualizacji kończy się niepowodzeniem, może rozwinąć się proces depresyjny, podtrzymywany przez zachowania rodziców, którzy odczuwają lęk przed przejściem rodziny do fazy „pustego gniazda” (de Barbaro 1999). Wyniki badań w obu grupach, które nie potwierdziły, że w rodzinach splątanych opisane wyżej procesy mają miejsce, można wyjaśnić następująco. W populacji polskiej, w obecnych warunkach społeczno-ekonomicznych antycypowane trudności związane z opuszczeniem domu, mogą opóźnić naturalny proces separacji i indywidualizacji w fazie dorastania. Pozostawanie w systemie rodzinnym o wysokim poziomie spójności w takiej sytuacji nie stanowi zagrożenia dla ich zdrowia psychicznego. Można jednak przewidywać, że gdy młodzi ludzie opuszczą te ochronne warunki, napotkają na problemy z przystosowaniem się do zewnętrznego świata. Istnieje ryzyko, że trudniej będą radzić sobie z niepowodzeniami i częściej będą przeżywać negatywne emocje, co w konsekwencji może doprowadzić do zaburzeń nastroju. Można tu przywołać wspomniane wcześniej badania Parkera (1983; za: Tyra, 2000). Jednakże – jak pokazują badania własne - dopóki funkcjonują w systemie rodzinnym (mimo jego dysfunkcyjności), nie przejawiają objawów depresyjnych.

4. Trudności interpretacyjne wyników badań

Badanie powiązań między czynnikami rodzicielskimi i symptomatologią depresyjną dorastających z reguły mają charakter przekrojowy, toteż związki przyczynowe między opieką rodzicielską i depresją trudno definitywnie rozstrzygnąć. Stwierdzono na przykład, że dorastających z wyższym poziomem depresji jednocześnie skarżą się na niższy poziom rodzicielskiego wsparcia, ciepła i bliskości oraz na wyższy poziom (w porównaniu z grupą kontrolną) - wrogości i odrzucenia (np. Greenberger i inni 2000). Ponieważ respondenci są badani w trakcie epizodu depresji, określenie kierunku zależności jest trudne lub wręcz niemożliwe. Nie wiadomo, czy depresja została spowodowana brakiem więzi i odrzuceniem ze strony rodziców, czy też odrzucenie pojawiło się jako skutek zachowań depresyjnych adolescenta. Należy więc zakładać, że zakłócenia w stosunkach między rodzicami i dziećmi mogą być rezultatem symptomów depresyjnych, niż na odwrót.

W prezentowanych badaniach próbowano ominąć opisaną wyżej trudność. Jako model teoretyczny badań przyjęto podejście systemowe, w którym nie rozpatruje się związków przyczynowo-skutkowych, lecz zależności cyrkularne (kołowe). Depresję adolescentów można wyjaśnić, m.in., jako efekt niezakończonego powodzeniem procesu separacji i indywiduacji. Bomba (2004) zwraca uwagę, że należy mówić raczej o procesie koindywiduacji, ponieważ ten proces nie zależy jedynie od adolescenta, ale wymaga aktywnych zmian w rodzicach. Według teorii systemowej, członkowie rodziny (głównie rodzice) mogą blokować proces uniezależniania się adolescenta z powodu zagrożenia homeostazy systemu rodzinnego. Lub przeciwnie - symptom depresyjny dorastającego może pełnić funkcję utrzymania homeostazy rodzinnej, takiej w której dorastający aktywnie broni się przed niezależnością. W podejściu systemowym, modelem ujmowania przyczynowości jest model kołowy, który pokazuje, że należy uwzględnić wzajemne, zwrotne powiązania pomiędzy zachowaniami członków systemu. W podejściu systemowym do zaburzeń, przyczynowość kołowa zastępuje myślenie przyczynowo-skutkowe (de Barbaro 1999). Taka perspektywa znajduje potwierdzenie empiryczne. W jednym z badań, w którym interakcja rodzic-adolescent była filmowana, stwierdzono, że rodzice depresyjnych dorastających zwiększali swoje wspomagające zachowanie w odpowiedzi na zachowanie depresyjne dorastających (w ten sposób wzmacniali depresyjne zachowanie dorastających) (Sheeber i inni., 1998). W innych badaniach otrzymano odmienne wyniki - wykazano, że rodzice depresyjnych adolescentów zmniejszają wobec nich zachowania wspierające (Hoffman i Su, 1998).

A zatem, interpretując otrzymane wyniki należy stwierdzić, że w rodzinach niezwiązanych z depresyjnym adolescentem zachodzi proces o charakterze cyrkularnym: brak bliskich relacji w rodzinie prowadzi do pojawienia się objawów depresyjnych u adolescenta oraz - objawy depresyjne adolescenta powodują osłabienie bliskich relacji w rodzinie. W opisanej zależności cyrkularnej nie przyjmuje się założeń, w jaki sposób ten proces został uruchomiony. Innymi słowy, nie rozstrzyga się, czy opisany proces został uruchomiony przez depresję adolescenta, czy też przez niezwiązanie w rodzinie. Przedstawione podejście ma swoje ważne implikacje terapeutyczne, gdzie terapia depresji adolescenta jest prowadzona poprzez terapię całego systemu rodzinnego.

Podsumowanie

Relacje z rodzicami są ważnym i znaczącym czynnikiem ochronnym lub czynnikiem ryzyka rozwoju depresji w okresie dorastania. Badania pokazują, że - pomimo wzrostu autonomii adolescenta i rozwojowego zwiększania się dystansu od rodziców - brak prawidłowych bliskich relacji z rodzicami może mieć wpływ na rozwój depresji u niego. Warto także podkreślić, że zakłócenia w stosunkach między rodzicami i adolescentami mogą być zarówno rezultatem symptomów depresyjnych dorastającego, jak jego przyczyną. W najnowszej literaturze z psychopatologii rozwojowej pojawiają się sugestie, aby modele powstawania zaburzeń u adolescentów miały charakter zintegrowany. Autorzy opracowania są przekonani, że trzymanie się jednego, określonego modelu nie pozwala dostrzec innych możliwości wyjaśnienia mechanizmu danego zaburzenia, a co za tym idzie - znalezienia odpowiedniej, skutecznej metody terapii. Zaprezentowany w pracy przegląd badań, dotyczący jedynie rodzinnego uwarunkowania depresji, wskazuje wieloaspektowość środowiska rodzinnego, ale także sygnalizuje, że w związku między depresją i czynnikami rodzinnymi mogą brać udział także inne

zmienne psychologiczne: poznawcze, emocjonalne, interpersonalne. Niewrażliwe i odrzucające rodzicielstwo może prowadzić do niskiego poczucia własnej wartości, do postrzegania innych ludzi jako zagrażających lub obojętnych. Ponadto, negatywne doświadczenia rodzinne mogą tworzyć niespójne środowisko emocjonalne i społeczne, w którym dziecko nie jest w stanie efektywnie regulować swoich emocji i radzić sobie ze stresem. Zniekształcenia poznawcze (np. niskie poczucie własnej wartości) i problemy emocjonalne mogą prowadzić bezpośrednio do depresji lub pośrednio, tworząc negatywne emocje i nieadaptacyjne zachowania społeczne, które będąc źródłem konfliktów, odrzucenia przez innych i społecznej izolacji (problemy interpersonalne), prowadzą w końcu do depresji. Zintegrowany model depresji okresu dorastania można przedstawić w formie wieloelementowego, dynamicznego procesu, w którym wymienione wyżej czynniki wchodzą w interakcje, często o charakterze cyrkularnym. Przykładowo: (1) depresja matki powoduje, że jest ona niedostatecznie dostępna i niedostatecznie wrażliwie reagująca, co prowadzi do (2) pozabezpiecznego przywiązania, co z kolei – zgodnie z teorią przywiązania - kształtuje u dziecka (3) niskie poczucie własnej wartości i widzenie innych jako zagrażających lub takich, na których nie można polegać; (4) niskie poczucie wartości (teorie poznawcze depresji) i/lub trudności interpersonalne (teorie interpersonalne depresji) stanowią podstawę rozwoju późniejszej depresji. Depresyjne zachowanie adolescenta może początkowo zwiększać (5) wspierające zachowania rodzicielskie, ale w końcu prowadzi do (6) braku rodzicielskiego wsparcia i (7) odrzucających postaw rodzicielskich, które w efekcie wzmacniają i podtrzymują symptomy depresyjne u dorastającego (perspektywa systemowa). Analogicznie, jak przedstawiono powyżej, można nakreślić ochronne działanie systemu rodzinnego.

Bibliografia:

- Ainsworth M.S. (1989), *Attachments Beyond Infancy*. *American Psychologist*, 44, 4, 709–716.
- Allen J.P., Moore C.M., Kuperminc G.P. i Bell K.L. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, 69, 1406-1419.
- Aydin, B. i Oztutuncu, F. (2001). Examination of adolescents' negative thoughts, depressive mood, and family environment. *Adolescence*, 36, 77-83.
- Baron, P., i MacGillivray, R.G. (1989). Depressive symptoms in adolescents as a function of perceived parental behavior. *Journal of Adolescent Research*, 4, 50-62.
- Barrera, M., Jr., i Garrison-Jones, C. (1992). Family and peer social support as specific correlates of adolescent depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 1-16.
- Barrett P.M., Dadds, M. R., i Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342
- Bee H. *Psychologia rozwoju człowieka*. ZYSK I SK-A: Poznań 2004.
- Blair S J, Homann E. Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clin Psychol Rev* 1992;12:47-91.
- Blatt, S. J. & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562.
- Bomba J. *Depresja młodzieńcza*. W: Namysłowska I. red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*, wyd. 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004. s. 266-279.
- Brage D. i Meredith W. (1994). A causal model of adolescent depression. *The Journal of Psychology*, 128,455-468.

- Burton E., Stice E. i 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, 689-697.
- Caron, C. i Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1063-1080.
- Cicchetti D. i Cohen D. J. (red.), (1995). *Developmental Psychopathology*, tom 2: Risk, Disorder, and Adaptation (s. 421-471). New York: Wiley.
- Cohen, S. i Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cole, D. A. i McPherson, A. E. (1993). Relation of family subsystems to adolescent depression: Implementing a new family assessment strategy. *Journal of Family Psychology*, 7, 119-133
- Compas, B.E., Ey, S. i Grant, K.E., (1993). Taxonomy, Assessment, and Diagnosis of Depression During Adolescence. *Psychological Bulletin*, 114, 323-344.
- Cooper M.L., Shaver P.R. i Collins N.L. (1998). Attachment Styles, Emotion Regulation, and Adjustment in Adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1380-1397.
- Cumsille, PE. i Epstein, N. (1994). Family Cohesion, Family Adaptability, Social Support, and Adolescent Depressive Symptoms in Outpatient Clinic Families. *Journal of Family Psychology*, 8, 202-214.
- de Barbaro, B. (red.). (1999). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wydawnictwo Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- De Goede, I. H. A., Branje, S. J. T., Meeus, W. J. (2007). Developmental Changes in Adolescent's Perceptions of Relationship with Their Parents. *J Youth Adolescence*, 38, 75-88.
- Diego M.A., Sanders C.E. i Field T.M. (2001). Adolescent Depression and Risk Factors. *Adolescence*, 36, 491-498.
- Drodge E. N. (1997). Parental Representations, Self-View, and Interpersonal Functioning of Older Adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 68, 152-164.
- Feldman SS, Rubinstein JL, Rubin C. Depressive affect and restraint in early adolescents. Relationship with family structure, family process, and friendship support. *J Early Adolescence*. 1988; 8: 279-296.
- Fleming J. E.; Offord D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.
- Gallagher L.A., Alvarez-Salvat R., Silsby J i Kenny M.E. (2002). Sources of support and psychological distress among academically successful inner-city youth. *Adolescence*, 37, 161-182.
- Garrison C.Z., Jackson K.L., Marsteller F., McKeown R., Addy C. A longitudinal study of depressive symptomatology in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990; 29: 581-585.
- Ge, X., Best, K. M., Conger, R. D. i Simons, R. L. (1996). Parenting behaviors and the occurrence and co-occurrence of adolescent depressive symptoms and conduct problems. *Developmental Psychology*, 32, 717-731.

- Ge, X., Conger, R. D., Lorenz, F. O., i Simons, R. L. (1994). Parents' stressful life events and adolescent depressed mood. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 28-44.
- Goldenberg H. i Goldenberg I. *Terapia rodzin*. Kraków 2006: Wydawnictwo UJ.
- Greenberger E. i Chen C. (1996). Perceived family relationships and depressed mood in early and late adolescence: A comparison of European and Asian Americans. *Developmental Psychology*, 32, 707-716.
- Greenberger E., Chen C., Tally S.R. i Qi D. (2000). Family, peer, and individual correlates of depressive symptomatology among U.S. and Chinese adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 209-219.
- Greszta E. (2004). Współczesne koncepcje depresji okresu dorastania. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 8, 911-923.
- Greszta E. (2006). Depresja wieku dorastania. Zachowania rodziców jako czynnik ochronny lub czynnik ryzyka depresji u dorastających dzieci. Wydawnictwo Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej Academica.
- Grzesiuk, L. (1987). Strukturalna terapia rodzin w ujęciu Minuchina. *Nowiny Psychologiczne*, 1, 33 – 48.
- Hammen, C.L., Burge, D., Daley, S.E., Davila, J., Paley, B. i Rudolph, K.D. (1995). Interpersonal attachment, cognitions, and prediction of symptomatic responses to interpersonal stress. *Journal of Abnormal Psychology* 104, 436-443.
- Herzberg, D.S. i Hammen, C. (1999). Attachment Cognitions Predict Perceived and Enacted Social Support During Late Adolescence. *Journal of Adolescent Research*, 14, 387-404.
- Hoffman, J. P., i Su, S. S. (1998). Stressful life events and adolescent substance use and depression: Conditional and gender differentiated effects. *Substance Use and Misuse*, 33, 2219-2262.
- Hops, H., Lewinsohn, P. M., Andrews, J. A. i Roberts, R. (1990). Psychosocial correlates of depressive symptomatology among high school students. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 211-220.
- John-Borys, M., Bulla, B., Hrapkiewicz, H., (2004). Spójność rodziny spostrzegana przez badanych w zależności od ich płci i wieku. W: M. John-Borys (red.), *Spójność rodziny a jej obraz w oczach dorastających dzieci* (s. 28-29). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
- Johnson, B. M., Shulman, S., i Collins, W. A. (1991). Systemic patterns of parenting as reported by adolescents: Developmental differences and implications for psychosocial outcomes. *Journal of Adolescent Research*, 16, 235-252.
- Kandel, D. B. i Davies, M. (1982). Epidemiology of depressive mood in adolescents: An empirical study. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1205-1212.
- Kirwil, L., (1993). Zmiany klimatu w rodzinie z dorastającym dzieckiem. W: Z., Smoleńska (red.), *Badania nad rozwojem w okresie dorastania* (s. 139-163). Warszawa: Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk.
- Kovacs M. (2003). *Children's Depression Inventory (CDI)*. Technical Manual. MHS. U.S.A. - North Tonawanda NY, Canada - Toronto.
- Lasko D.S., Field T.M., Gonzalez K.P., Harding J., Yando R. i Bendell D. (1996). Adolescent depressed mood and parental unhappiness. *Adolescence*, 31, 49-57.

- Maccoby, E. E., i Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. (w:) E. M. Hetherington (red.), *Handbook of child psychology, tom 4, Socialization, personality, and social development* (s. 1-101). New York: John Wiley.
- Margasiński, A. (2006). Rodzina w Modelu Kołowym i FACES IV Davida H. Olsona. *Nowiny Psychologiczne, 4*, 69-87.
- Margasiński, A. (2009). Skala Oceny Rodziny – Polska Adaptacja FACES IV- FLEXIBILITY AND COHESION EVALUATION SCALES DAVIDA H. OLSONA. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- McCauley, E., i Myers, K. (1992). Family interactions in mood-disordered youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 1*, 111-127.
- McClellan C.L., Heaton T.B., Forste R. i Barber B.K. (2004). Familial Impacts on Adolescent Aggression and Depression in Colombia. *Marriage and Family Review, 36*, 91-118.
- Namysłowska, I. (1997). *Terapia rodzin*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Neiderhiser JM., Pike A, Hetherington E.M. (1998). Adolescent Perceptions as Mediators of Parenting: Genetic and Environmental Contributions. *Developmental Psychology, 34*, 1459-1469.
- Nolen-Hoeksema S., Girgus J.S. i Seligman M.E.P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 405-422.
- Olson, D.H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy, 22*, 144-167. Strona internetowa: <http://www.facesiv.com/>
- Olson, D.H. i Gorall, D.M. (2003). Circumplex Model of marital and family systems. W: F. Walsh. *Normal Family Processes* (s. 514-547). Strona internetowa: <http://www.facesiv.com/>
- Patten, Ch.A.; Gillin, Ch.J.; Farkas, A.J.; Gilpin, E.A. (1997) Depressive symptoms in California adolescents: Family structure and parental support. *Journal of Adolescent Health, 20*, 271-278.
- Petersen, A.C, Compas, B.E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S. i Grant, K.E., (1993). *Depression in adolescence. American Psychologist, 48*, 155-168
- Petersen A. C., Sarigiani P. A., Kennedy R. E. (1991). Adolescent depression: Why more girls? *Journal of Youth and Adolescence, 20*, 247-271.
- Puig-Antich, J., Kaufman, J., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Dahl, R. E., Lukens, E., Todak, G., Ambrosini, P., Rabinovich, H., i Nelson, B. (1993). The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 244-253.
- Rabe-Jabłońska, J. (2005). Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży* (s. 324-335). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Radziszewska, B., Richardson, X L., Dent, C. W., i Flay, B. R. (1996). Parenting style and adolescent depressive symptoms, smoking, and academic achievement: Ethnic, gender, and sex differences. *Journal of Behavioral Medicine, 19*, 289-305.
- Curran, D., i Renzetti, C. (2005). Socjalizacja płciowa we wczesnym dzieciństwie. W: *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo* (s. 103-137). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Rola J. (2002). Metody pomiaru depresji u dzieci. (w:) J. Rola i M. Zalewska (red.). Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej (s. 120-136). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Rosenstein D.S. i Horowitz H.A. (1996). Adolescent Attachment and Psychopathology *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253.
- Ryś, M. (2001). *Systemy rodzinne. Metody badań struktury rodziny pochodzenia i rodziny własnej*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.
- Satir V. *Terapia rodziny. Teoria i praktyka*. Gdańsk 2000: GWP.
- Sheeber, L. B., Hops, H., Alpert, A., Davis, B., i Andrews, X (1997). Family support and conflict: Prospective relations to adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 333-344.
- Sheeber, L., Hops, H., Andrews, J., Alpert, T., i Davis, B. (1998). Interactional processes in families with depressed and non-depressed adolescents: Reinforcement of depressive behavior. *Behavioral Research and Therapy*, 36, 417-427.
- Shugart M.A. i Lopez E.M. (2002). Depression in children and adolescents. *Postgraduate Medicine*, 112, 53-59.
- Simons, R. L., Murry, V., McLoyd, V., Lin, K., Cutrona, C. i Conger, R. D. (2002). Discrimination, crime, ethnic identity, and parenting as correlates of depressive symptoms among African American children: A multilevel analysis. *Development and Psychopathology*, 14, 371-393.
- Smetana, J. G., Campione-Barr, N., Metzger, A. (2006). Adolescent Development in Interpersonal and Societal Contexts. *Annual Reviews*, 57, 255-284.
- Stark K.D., Bronik M.D., Wong S., Wells G. i Ostrander R. (2000). Depressive Disorders. (W:) Hersen M. i Ammerman R.T. *Advanced Abnormal Child Psychology (II edycja)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Straus M.A. i Kaufman-Kantor G.K. (1994) Corporal punishment of adolescents by parents: A risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse, and wife beating. *Adolescence*, 29, 543-561.
- Tyra, T. L. (2000). Depresyjni rodzice i ich dzieci. *Przegląd Psychologiczny*, 40(3), 323-337.
- Wagner B.M.; Cohen P. i Brook J. (1996). Parent/adolescent relationships: Moderators of the effects of stressful life events. *Journal of Adolescent Research*, 11, 347-374.
- Wang L, Crane DR. The relationship between marital satisfaction, marital stability, nuclear family triangulation, and childhood depression. *Am J Fam Ther*. 2001; 29: 337-347.
- Weinberg W.A., Harper C.R., Emslie G.J. i Brumback R.A. (1995). Depression and Other Affective Illnesses as a Cause of School Failure and Maladaptation in Learning Disabled Children, Adolescents, and Young Adults. *Secondary Education and Beyond*, LDA.
- Windle, M. (1992). Temperament and social support in adolescence: Interrelations with depressive symptoms and delinquent behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 1-21.
- Zięba, A. (1997). *Myślenie depresyjne w chorobie afektywnej jednobiegunowej w trakcie leczenia amitryptyliną lub imipraminą*. Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu.