

**Anna Pastuszak-Draxler**  
**Barbara Bętkowska-Korpała**

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków  
Katedra Psychiatrii, Zakład Psychologii Lekarskiej

**Józef Krzysztof Gierowski**

Uniwersytet SWPS, Katowice

---

# Predykcyjna rola strategii regulacji emocji negatywnych i pozytywnych dla symptomów depresji i lęku

## The predictive role of negative and positive emotion regulation strategies for depression and anxiety symptoms

---

### STRESZCZENIE

W zależności od poziomu funkcjonowania emocjonalnych mechanizmów regulacyjnych ich oddziaływanie może być destruktywne lub też sprzyjające zdrowiu (adaptacyjna i funkcjonalna regulacja emocji). Celem pracy jest analiza predykcyjnej roli strategii regulacji emocji negatywnych i pozytywnych dla nasilenia symptomów depresyjno-lękowych. Badanie przeprowadzono wśród 105 pacjentów leczonych w trybie stacjonarnym w Klinice Psychiatrii i Psychoterapii Bethel w Bielefeldzie w Niemczech. Grupę kontrolną stanowiły 43 osoby zdrowe. Użyto narzędzi z poniższej listy: historia choroby, Krótki Wywiad Diagnostyczny Zaburzeń Psychiczych, Inwentarz Lęku Stanu i Lęku Cechy Spielbergera, Skala Depresji Becka, Kwestionariusz Akceptacji Emocji. Pacjenci różnią się od osób zdrowych nie tylko nasileniem symptomów depresyjności i lękowości, ale także w zakresie nasilenia strategii regulacji emocji negatywnych i pozytywnych. W badanych grupach różne strategie regulacji emocjonalnej warunkują nasilenie symptomów depresji i lęku: u zdrowych jest to tłumienie i dewaluacja emocji negatywnych, a u pacjentów zarówno tłumienie i dewaluacja, jak i dopuszczanie i akceptacja emocji pozytywnych. Uzyskane wyniki wskazują na istotną rolę regulacji emocjonalnej jako predyktora nasilenia symptomów zaburzeń o charakterze depresyjno-lękowym.

**Słowa kluczowe:** strategie regulacji emocji, depresja, lęk, akceptacja, tłumienie

## ABSTRACT

Depending on the functioning level of emotional regulation mechanisms, their impact on human activity can be helpful to achieve individual goals (adaptive and functional emotion regulation). Emotional acceptance on the one hand (adaptive emotion regulation strategy) and emotional suppression (maladaptive emotion regulation strategy) on the other hand, have been the most frequently investigated emotion regulation strategies in recent years. The purpose of the present study was to investigate the predictive role of negative and positive emotion regulation strategies for depression and anxiety symptoms. The study was conducted in the German Clinic for Psychiatry and Psychotherapy Bethel in Bielefeld. Subjects were 105 patients with diagnosis of depressive-anxiety disorders and 43 healthy controls. Tools used in the project were: the Short Diagnostic Interview for Psychiatric Disorders, the Beck-Depression-Inventory, the State-Trait-Anxiety-Inventory and the Emotion Acceptance Questionnaire. There were significant differences in both, the level of symptoms and the emotion regulation strategies between the clinical group and the control group. Different emotion regulation strategies determine the level of depression and anxiety symptoms: suppression and devaluation of negative emotions in controls and acceptance as well as suppression and devaluation of positive emotions in patients. These findings indicate the important role of emotion regulation as a predictor for depressive and anxiety disorders.

**Key words:** emotion regulation strategies, depression, anxiety, acceptance, suppression

## Wprowadzenie

**N**a co dzień każdy z nas doświadcza różnych emocji, które wpływają na nasze zachowanie, sposób myślenia, stan psychofizyczny czy relacje interpersonalne. Dzięki emocjom dostrzegamy nasze potrzeby i frustracje. Emocje motywują do osiągnięcia wyznaczonych celów, informują o zagrożeniu, nadają znaczenie wydarzeniom, umożliwiają nawiązywanie relacji społecznych. Uczucie lęku czy smutku jako takiego nie jest jeszcze niczym szczególnym. Dopiero to, jak będzie przebiegał proces emocjonalny, będzie miało znaczenie dla regulacji emocjonalnej. To, czy zminimalizujemy, utrzymamy, czy też zintensyfikujemy doświadczaną emocję, będzie świadczyło w danym kontekście o różnym stopniu adaptacyjności (dopasowania do wymagań zewnętrznych) i funkcjonalności (zbliżenia osoby do osiągnięcia pożądanego celu) regulacji emocji. A zatem nie tylko same emocje, lecz również ich regulacja wpływa istotnie na nasze funkcjonowanie.

Regulacja emocji jest od kilkunastu lat intensywnie rozwijającym się obszarem badawczym, klinicznym i terapeutycznym. Jednak ze względu na zakres tego zagadnienia kolejne doniesienia zwykle nie wyjaśniają całkowicie wątpliwości, lecz raczej prowokują do stawiania kolejnych pytań. W prezentowanej pracy podjęto próbę dyskusji nad niektórymi z nich.

Regulacja emocji stanowi złożony konstrukt, trudny do jednoznacznego zdefiniowania. Gross (1998; 2002) definiuje regulację emocji jako proces, poprzez który wpływamy na to, jakich emocji doświadczamy, kiedy ich doświadczamy, w jaki sposób oraz jak je wyrażamy. Badacz ten wyróżnia dwie strategie (pozytywne przewartościowanie *reappraisal* i tłumienie *suppression*), które determinują proces regulacji emocji. W prezentowanym badaniu regulacja emocji to pewne, określone strategie dotyczące emocji tak pozytywnych, jak i negatywnych, mające na celu ich modyfikację, w tym zmiany o charakterze procesualnym, które działają hamująco lub aktywizująco na emocjonalne doznania: zwiększają,

utrzymują i zmniejszają zarówno negatywne, jak i pozytywne emocje (Gross, 2002).

Powszechnie wśród badaczy panuje zgoda co do związku między regulacją emocji a występowaniem czy nasileniem objawów psychopatologicznych. Problem nieadaptacyjnej i niefunkcjonalnej regulacji emocji dotyczy znakomitej części osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Dezadaptacyjne sposoby regulacji emocji pozostają nie bez znaczenia dla przebiegu występujących zaburzeń psychicznych. Jednakże nie tylko o zaburzenia z kręgu psychicznych tu chodzi. Nieefektywna regulacja emocji może być również pośrednią lub bezpośrednią przyczyną pogorszenia ogólnego stanu zdrowia i dolegliwości somatycznych (Leventhal i Patrick-Miller, 2005).

Gross i John (2003) zaobserwowali, że ludzie są skłonni do podejmowania znacznie częściej regulacji emocji negatywnych niż emocji pozytywnych. W innym badaniu regulacji emocji, tym razem u pacjentów z zaburzeniem osobowości *borderline* (Pastuszek, 2009; 2012), zaobserwowano znaczące różnice w nasileniu poszczególnych mechanizmów regulacji dla emocji negatywnych i pozytywnych. Negatywne emocje ulegały znacznie częściej tłumieniu i dewaluacji niż emocje pozytywne, w szczególności w grupie pacjentów. Emocje pozytywne były natomiast częściej akceptowane i dopuszczane, jednakże tylko wśród zdrowych osób badanych. Analiza wyników ujawniła, że doświadczanie emocji pozytywnych może stanowić dla pacjentów trudność, a nawet wiązać się z większym zagrożeniem niż doświadczanie emocji o znaku ujemnym.

Można sądzić, że problem regulacji odrębnie dla emocji pozytywnych i negatywnych dotychczas nie został wystarczająco zbadany. Dlatego też analiza strategii regulacyjnych osobno dla emocji negatywnych i pozytywnych oraz ich związku z poziomem symptomów psychopatologicznych stanowi kluczowy i nowy aspekt prezentowanych badań. O wartości tego projektu w kontekście badań nad regulacją emocji prowadzonych w świecie świadczy również to, że został on

zrealizowany z udziałem pacjentów cierpiących na zaburzenia z kręgu depresyjno-lękowych, a nie jedynie osób zdrowych ujawniających pewne cechy depresji czy zaburzeń lękowych (por. Górska, 2006; Nezlek, Kuppens, 2008). Warto nadmienić, iż prezentowane badanie jest częścią szerszego projektu i pierwszym jego opublikowanym fragmentem.

## Cel pracy

Celem prezentowanych badań było porównanie regulacji emocjonalnej w grupie osób z zaburzeniami depresyjnymi i/lub lękowymi i osób bez zaburzeń psychicznych oraz analiza związku nasilenia objawów depresyjnych i lękowych z regulacją emocji negatywnych i pozytywnych, uwzględniająca predykcyjną rolę strategii regulacyjnych. Przyjęto następujące hipotezy:

- Hipoteza 1. Pacjenci różnią się od osób z grupy kontrolnej pod względem natężenia symptomów depresji i lęku oraz strategii regulacji emocji.
- Hipoteza 2. Istnieje związek pomiędzy strategiami regulacji emocji pozytywnych i negatywnych a nasileniem objawów depresyjnych i lękowych.
- Hipoteza 2.1. Istnieje negatywny związek pomiędzy następującymi strategiami regulacji emocji: Dopuszczanie / Akceptacja negatywnych emocji, Dopuszczanie / Akceptacja pozytywnych emocji, Dopuszczanie – Tłumienie negatywnych uczuć, Dopuszczanie – Tłumienie pozytywnych uczuć, Całościowy poziom regulacji emocji, a nasileniem symptomów depresji i lęku w badanych grupach.
- Hipoteza 2.2. Istnieje pozytywny związek pomiędzy następującymi strategiami regulacji emocji: Tłumienie / Dewaluacja negatywnych emocji, Tłumienie / Dewaluacja pozytywnych emocji, a nasileniem symptomów depresji i lęku.

## Opis grupy badanej

Badanie przeprowadzono w populacji niemieckiej w okresie trwania projektu, tj. w latach 2011–2013. W badaniu wzięło udział 148 osób, z czego 105 pacjentów z diagnozą zaburzeń depresyjnych i/lub lękowych rozpoczynających leczenie w Klinice Psychiatrii i Psychoterapii Bethel (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Niemcy) oraz 43 osoby bez stwierdzonych zaburzeń psychicznych.

Rekrutacja pacjentów była oparta na klinicznej diagnozie lekarskiej, ustrukturowanym wywiadzie klinicznym (Mini-DIPS) i świadomej, dobrowolnej zgodzie na udział w projekcie badawczym. Wykluczono osoby ze współwystępującymi zaburzeniami: obsesyjno-kompulsyjnymi, nadużywaniem substancji psychoaktywnych, PTSD oraz epizodem psychotycznym, manii lub mieszanym – obecnie lub w przeszłości, obniżonym poziomem inteligencji, upośledzeniem umysłowym i zaburzeniami koncentracji uwagi.

Osoby do grupy kontrolnej były dobierane pod względem podobieństwa wieku i płci do pacjentów. Badanych rekrutowano spośród osób, które wyraziły chęć uczestniczenia w projekcie i u których wykluczono obecność objawów psychopatologicznych.

Ostatecznie do analizy włączono wyniki 76 pacjentów oraz 29 osób z grupy kontrolnej. Powodem wykluczenia z badania był brak zgody na udział w badaniu lub jej wycofanie w trakcie badań. Opis grupy pod względem socjodemograficznym zawiera tabela 1.

Rekrutacja badanych trwała 15 miesięcy, w okresie od sierpnia 2011 do lutego 2012 oraz od lipca 2012 do lutego 2013. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Uczestnicy mogli na każdym etapie badania

zrezygnować z dalszego udziału bez podawania przyczyny. Wszyscy badani otrzymali pisemną informację dotyczącą projektu badawczego, w którym brali udział, oraz zostali poproszeni o pisemne udzielenie świadomej zgody na udział w badaniu. Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Uniwersytetu w Münster, numer zgody: 2008-577-f.

## Metoda i narzędzia badawcze

Ze względu na włączenie do badania grupy klinicznej zastosowano metody zarówno ilościowe, jak i jakościowe:

1. Historia choroby – wiek, płeć, rozpoznanie zaburzeń o charakterze depresyjno-lękowym wg ICD-10;
2. Krótki Wywiad Diagnostyczny Zaburzeń Psychicznymi (Mini-DIPS);
3. Inwentarz Lęku Stanu i Lęku Cechy Spielberga (STAI, podskala X1);
4. Skala Depresji Becka, wersja II (BDI-II);
5. Kwestionariusz Akceptacji Emocji (FrAGe).

Ad. 2. Mini-DIPS (*Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen*; Margraf, 1994) to ustrukturyzowany wywiad diagnostyczny zaburzeń psychicznych wg kryteriów DSM-IV. Wywiad zawiera wskazówki diagnostyczne i kryteria pozwalające na diagnozę różnicową.

Ad. 3. STAI, podskala X-1 pozwala na ocenę poziomu lęku rozumianego jako stan (*state*) – przejściowy i sytuacyjnie uwarunkowany lęk. Podskala składa się z dwudziestu itemów opisujących stan emocjonalny. Badany wybiera jedną z czterech odpowiedzi: wcale (1), trochę (2), raczej tak (3), bardzo (4). Rzetelność i trafność niemieckiej wersji inwentarza są wysokie (Laux, Glanzmann, Schaffner, Spielberger, 1981).

**Tabela 1.** Rozkład płci i wieku osób badanych

Zmienne	Grupa kliniczna N = 76		Grupa kontrolna N = 29	
Płeć	K = 46	M = 30	K = 21	M = 8
Wiek	x = 43,10	SD = 10,61	x = 39,24	SD = 12,0

Ad. 4. BDI-II (*Beck Depression Inventar*, 1996) składa się z 21 pozycji z czterema odpowiedziami do wyboru, punktowanymi od 0 do 3 punktów, w zależności od nasilenia symptomów, w okresie ostatnich dwóch tygodni. Zsumowane punkty świadczą o nasileniu depresji: brak depresji 0–8; minimalna depresja 9–13; łagodna depresja 14–19; umiarkowana depresja 20–28; ciężka depresja 29–63. Trafność, rzetelność i wewnętrzna spójność BDI-II są bardzo wysokie (Herzberg i wsp., 2008).

Ad. 5. FrAGe (*Fragebogen zur Akzeptanz von Gefühlen*) jest kwestionariuszem, opublikowanym w Niemczech (Beblo i wsp., 2011) i jako jedyne narzędzie bada regulację nie tylko negatywnych, ale i pozytywnych emocji. Kwestionariusz skonstruowano na podstawie obserwacji klinicznej pacjentów z dysfunkcjonalną regulacją afektów. Posiada niemieckie normy dla osób zdrowych. FrAGe obejmuje szeroki wachlarz możliwych strategii obchodzenia się z własną emocjonalnością. Ponieważ dotychczas istniejące w świecie narzędzia o podobnym profilu nie obejmują wszystkich mechanizmów regulacyjnych, skale tego kwestionariusza skonstruowano tak, aby osoby badane możliwie szeroko wypowiedziały się na temat indywidualnych strategii regulacji emocji. Kwestionariusz składa się z dwóch części: regulacji negatywnych i pozytywnych emocji. Każda z tych części składa się z dwóch skal głównych: Dopuszczanie / Akceptacja oraz Tłumienie / Dewaluacja i trzeciej skali zbiorczej będącej ich sumą (Dopuszczanie – Tłumienie). Ponadto w kwestionariuszu wyszczególniono Ogólny wskaźnik regulacji emocji pozytywnych i negatywnych, który jest sumą dwóch skal zbiorczych. Sam konstrukt „akceptacji emocji” został w następujący sposób zoperacjonalizowany: obejmuje on aspekty nastawienia (akceptacja, dewaluacja), jak i zachowania (dopuszczanie, tłumienie) wobec doświadczanych emocji. Stwierdzenia dotyczące dewaluacji (*Abwertung*) i tłumienia (*Unterdrücken*) (np. „Nieprzyjemne emocje szkodzą mi”, „Kiedy doświadczam nieprzyjemnych emocji, jestem bardzo zły/a”) są rozumiane jako niezgodne z akceptacją (*Akzeptanz*)

i dopuszczaniem (*Zulassen*) emocji (np. „Pozwalam na ujawnianie się moich nieprzyjemnych emocji”, „Staram się odczuwać przyjemne emocje tak intensywnie, jak to tylko możliwe”) (Beblo i wsp., 2011). Badani ustosunkowują się do stwierdzeń dotyczących ich reagowania na pozytywne i negatywne emocje przez wybór jednej z odpowiedzi, uszeregowanych na 6-stopniowej skali likertowskiej. Psychometryczne wartości kwestionariusza są wysokie (Pastuszak, 2009; Beblo i wsp., 2011). Warto nadmienić, iż aktualnie trwają prace nad polską wersją kwestionariusza celem prowadzenia dalszych badań.

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego SPSS 21.0. Zmienne ciągle zostały przedstawione jako średnie uzupełnione o wartość odchylenia standardowego. Zmienne jakościowe przedstawiono w formie liczebności i wartości procentowych. Rozkłady zmiennych nie odbiegały znacząco od normalności. Za istotne statystycznie przyjmowano wyniki na poziomie  $p < 0,05$ .

## Wyniki

### I. Porównanie natężenia symptomów depresji i lęku, strategii regulacji emocji w grupie klinicznej i kontrolnej

W pierwszej kolejności analizowano różnice nasilenia symptomów depresyjnych i lękowych oraz strategii regulacji emocji negatywnych i pozytywnych pomiędzy obiema grupami. Następnie porównano ich wartości (tabela 2). Warto zaznaczyć, że skale Tłumienie / Dewaluacja dla emocji pozytywnych i negatywnych są skalami odwróconymi.

Osoby z grupy klinicznej uzyskały istotnie statystycznie wyższe wyniki w nasileniu depresyjności i lęku niż osoby z grupy kontrolnej. Wyniki BDI-II dla pacjentów znajdują się w dolnym obszarze przedziału dla ciężkiej depresji. Pacjenci uzyskują średnio pięciokrotną wartość nasilenia symptomów depresji w porównaniu z wynikami uzyskanymi przez osoby zdrowe. W zakresie lękowości osoby z grupy kontrolnej uzyskały przeciętne wyniki dla populacji, a pacjenci powyżej normy.

**Tabela 2.** Porównanie nasilenia symptomów depresyjnych i lękowych oraz strategii regulacji emocji negatywnych i pozytywnych między grupami kliniczną i kontrolną (test t-Studenta).

Zmienne	Grupa kliniczna N = 74–76		Grupa kontrolna N = 29		p
BDI-II	30,62	11,54	5,89	5,45	,000
STAI-X1	55,85	11,73	35,52	8,64	,000
D/ANE	24,82	6,55	31,82	6,47	,000
T/DNE	22,77	6,22	34,34	7,97	,000
D-TNE	47,62	11,75	66,17	12,49	,000
D/APE	34,50	8,13	40,31	6,35	,001
T/DPE	34,34	7,62	41,20	6,75	,000
D-TPE	68,84	14,82	81,51	11,07	,000
Ogólny wskaźnik	116,91	20,67	147,68	21,90	,000

Legenda:

BDI-II – depresyjność; STAI-X1 – lękowość

Strategie regulacji emocji negatywnych: D/ANE – Dopuszczanie / Akceptacja negatywnych emocji; T/DNE – Tłumienie / Dewaluacja negatywnych emocji; D-TNE – Dopuszczanie – Tłumienie negatywnych emocji  
Strategie regulacji emocji pozytywnych: D/APE – Dopuszczanie / Akceptacja pozytywnych emocji; T/DPE – Tłumienie / Dewaluacja pozytywnych emocji; D-TPE – Dopuszczanie-Tłumienie pozytywnych emocji

Wyniki w zakresie strategii regulacji emocji istotnie różniły się między sobą w badanych grupach. Pacjenci w porównaniu do osób zdrowych uzyskali niższe wyniki na skali zbiorczej D-TNE (Dopuszczanie-Tłumienie negatywnych emocji). Jednakże niższe wyniki zaobserwowano w zakresie D/ANE (Dopuszczanie / Akceptacja negatywnych emocji), a wyższe w zakresie T/DNE (Tłumienie / Dewaluacja negatywnych emocji). Analogicznie – w zbiorczej skali dotyczącej regulacji emocji pozytywnych D-TPE (Dopuszczanie-Tłumienie pozytywnych emocji) pacjenci uzyskali niższe wyniki niż osoby zdrowe. Zaobserwowano także niższe wyniki w zakresie D/APE (Dopuszczanie / Akceptacja pozytywnych emocji) i wyższe w zakresie T/DPE (Tłumienie / Dewaluacja pozytywnych emocji) u pacjentów w porównaniu do osób zdrowych. Wartość ogólnego wskaźnika regulacji emocji u pacjentów była niższa niż w grupie kontrolnej. Hipoteza pierwsza została potwierdzona. Wyniki te oznaczają, że mechanizmy regulacji emocji, jakimi posługują się pacjenci, są mniej adaptacyjne: silne emocje znacznie częściej rodzą problemy. Trudno na przykład

zaakceptować swoją złość, „przybliżyć się” do niej, zrozumieć, co może ona oznaczać. Zamiast tego jest pomijana, co być może wiąże się ze wstydem czy zażenowaniem. Przeżywanie emocji u pacjentów staje się bardziej problemem niż źródłem informacji czy wiedzy o sobie i kontekście sytuacyjnym.

## II. Zależności między strategiami regulacji emocji a objawami depresji oraz lęku w grupie klinicznej i kontrolnej

W celu zbadania współzależności między strategiami regulacji emocji a nasileniem lękowości i depresyjności zastosowano analizę korelacji i wykorzystano współczynnik korelacji  $r$  Pearsona. Z uwagi na niewielkie liczebności grup, a tym samym małą moc, zrezygnowano z formalnego testu istotności statystycznej dla różnicy między wielkością korelacji. Interpretując różnice kierowano się istotnościami w poszczególnych grupach. Do każdej analizy korelacji wykorzystano taką liczbę osób, jaka się do tego nadawała. Uwaga ta tłumaczy wahania w zakresie liczebności grup w poszczególnych analizach. W tabeli 3 przedstawiono wyniki korelacji między skalami strategii regu-

lacji emocji a nasileniem symptomów depresji i lęku dla grup klinicznej i kontrolnej.

Hipoteza 2 dotycząca zależności pomiędzy regulacją emocji a symptomami depresji i lęku potwierdziła się. Im wyższe wartości na skalach D/ANE, D/APE, D-TNE, D-TPE, Ogólny wskaźnik regulacji emocji, tym niższy poziom symptomów lęku i depresji. Im bardziej osoby tłumią i dewaluuują emocje, tym wyższy jest u nich poziom symptomów lęku i depresji. I odwrotnie: im bardziej akceptują swe emocje, zarówno te negatywne, jak i te pozytywne, tym mniej nasilone są symptomy depresji i lęku. Współmienność ta jest prawdziwa zarówno dla grupy klinicznej, jak i dla grupy kontrolnej. Kierunki otrzymanych zależności były zgodne z postawioną hipotezą, lecz w niektórych przypadkach współczynniki korelacji nie były istotne statystycznie. Przeważająca część korelacji przyjmowała wartości umiarkowane i silne. Im niższe wartości na skalach T/DPE, T/DNE (skale odwrócone), tym wyższy poziom symptomów lęku i depresji, co oznacza, że im silniejsze tendencje do tłumienia

i dewaluowania emocji negatywnych i pozytywnych, tym bardziej nasilona jest depresyjność i lękowość u badanych.

Współmienność ta jest prawdziwa zarówno dla grupy klinicznej, jak i grupy kontrolnej. Kierunki wszystkich korelacji okazały się zgodne z poczynionymi założeniami.

### III. Strategie regulacji emocji jako predyktory symptomów depresji i lęku w grupie klinicznej i kontrolnej

Celem pogłębienia analizy zależności między strategiami regulacji emocji a depresyjnością i lękowością dokonano próby identyfikacji tych strategii, które warunkują poziom nasilenia symptomów depresji i lęku. Zastosowano metodę analizy regresji wielokrotnej. Na wstępie sprawdzono, czy nie występuje zjawisko współliniowości predyktorów, tzn. czy predyktory nie są ze sobą nawzajem zbyt wysoko skorelowane. Przyjęto, że na współliniowość wskazują korelacje przekraczające 0,8 (Franke, 2010).

Sprawdzono wpływ zmiennych niezależnych (strategii regulacji emocji) na zmienne

**Tabela 3.** Macierz korelacji między skalami strategii regulacji emocji a nasileniem symptomów depresji i lęku w obu grupach

Strategie regulacji emocji – skale FrAGE	Grupa	BDI II	STAI-X1
D/ANE	Kliniczna	-,05	-,06
	Kontrolna	-,30	-,30
T/DNE	Kliniczna	-,10	-,08
	Kontrolna	-,50**	-,57**
D-TNE	Kliniczna	-,08	-,08
	Kontrolna	-,47**	-,52**
D/APE	Kliniczna	-,41**	-,44**
	Kontrolna	-,06	-,20
T/DPE	Kliniczna	-,46**	-,42**
	Kontrolna	-,37*	-,48**
D-TPE	Kliniczna	-,46**	-,46**
	Kontrolna	-,26	-,41*
Ogólny wskaźnik	Kliniczna	-,36**	-,35*
	Kontrolna	-,40*	-,51**

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

Grupa kliniczna:  $N = 74-76$

Grupa kontrolna:  $N = 29$

zależne (symptomy depresji i lęku). Analizy regresji dokonano dla grup klinicznej i kontrolnej.

W tabeli 4 zaprezentowano wyniki analizy regresji dla zmiennej zależnej depresji dla obu grup.

Predyktory w modelu końcowym wyjaśniały łącznie około 22% zmienności nasilenia depresyjności w grupie pacjentów ( $p < ,001$ ) i około 25% w grupie kontrolnej ( $p = ,006$ ). Do modelu zostały włączone następujące predyktory: D-TPE (ujemny w grupie klinicznej) i T/DNE (ujemny w grupie kontrolnej). Otrzymany wynik oznacza, że na podstawie niższego poziomu regulacji emocji pozytywnych mierzonych zbiorczą skalą (D-TPE) można przewidywać wyższy poziom nasilenia symptomów depresji w grupie klinicznej. Z kolei w grupie kontrolnej wyższy poziom depresyjności można przewidywać na podstawie niższego poziomu tłumienia i dewaluacji emocji negatywnych. Ponieważ skala T/DNE jest odwrotna, oznacza to, że na podstawie silniejszego tłumienia i dewaluacji emocji negatywnych można przewidywać wyższy poziom depresyjności w tej grupie.

W tabeli 5 zaprezentowano wyniki analizy regresji dla zmiennej zależnej lęku dla dwóch grup.

W modelu końcowym zmienne niezależne wyjaśniały łącznie około 22% wariancji nasilenia lęku – stanu w grupie klinicznej ( $p < ,001$ )

i około 33% w grupie kontrolnej ( $p = ,001$ ). Do modelu zostały włączone następujące predyktory: D-TPE (ujemny w grupie klinicznej) i T/DNE (ujemny w grupie kontrolnej). Otrzymany wynik oznacza, że niższy poziom regulacji emocji pozytywnych mierzonych zbiorczą skalą (D-TPE) pozwala przewidywać wyższy poziom symptomów lęku w grupie klinicznej. Na podstawie niższego poziomu tłumienia i dewaluacji emocji negatywnych można przewidywać wyższy poziom symptomów lęku w grupie kontrolnej.

Podsumowując, nasilenie symptomów depresji i lęku można przewidywać poprzez analizę strategii regulacji emocji. W grupie klinicznej predyktorami były strategie regulacji emocji pozytywnych zarówno w zakresie dopuszczenia i akceptacji, jak i tłumienia i dewaluacji. Z kolei w grupie osób zdrowych zwiększa się ryzyko nasilenia objawów depresji i lęku w sytuacji silniejszego tłumienia i dewaluacji negatywnych emocji.

## Dyskusja i wnioski

Uzyskane wyniki potwierdzają założenie o różnicach w poziomie symptomów depresji i lęku między badanymi grupami. Oczekiwanie, że wszyscy badani pacjenci będą prezentować wyższy poziom symptomów, wydawało się naturalne. Jest to bowiem charakterystyczna

**Tabela 4.** Analiza regresji dla zmiennej zależnej: depresji

Grupa	Strategie regulacji emocji	B	Beta	$r_{semi}$	% wariancji	t	p
Kliniczna	(Stała)	56,92				8,32	<,001
	D-TPE	-,38	-,47	-,47	22,09	-3,83	<,001
Kontrolna	(Stała)	17,57				4,37	<,001
	T/DNE	-,34	-,50	-,50	25,00	-2,98	,006

**Tabela 5.** Analiza regresji dla zmiennej zależnej: lęku

Grupa	Strategie regulacji emocji	B	Beta	$r_{semi}$	% wariancji	t	p
Kliniczna	(Stała)	81,97				11,58	<,001
	D-TPE	-,38	-,47	-,47	22,09	-3,76	<,001
Kontrolna	(Stała)	56,87				9,46	<,001
	T/DNE	-,62	-,57	-,57	32,49	-3,64	,001



cecha obrazu klinicznego zaburzeń o charakterze depresyjno-lękowym.

Ponadto badana grupa kliniczna różni się od grupy kontrolnej we wszystkich wymiarach regulacji emocjonalnej. Liczne badania nad regulacją emocji – niezależnie od samej konceptualizacji konstruktów i wykorzystanych metod – jednoznacznie wskazują na różnice występujące między osobami z diagnozą zaburzenia psychicznego a populacją osób zdrowych (Kring i wsp., 2004; Aldao i wsp., 2010). Regulacja emocji u pacjentów ujawniających zaburzenia psychiczne charakteryzuje się najczęściej wieloma deficytami. Ich reakcje emocjonalne są zazwyczaj nadmiarowe, gwałtowne, naznaczone długo utrzymującymi się stanami emocjonalnymi o znaku ujemnym, niewystarczająco spełniają funkcję adaptacyjną, a najczęściej są wyraźnie dysfunkcjonalne dla danego kontekstu sytuacyjnego. Wyniki zamieszczone w kolejnych publikacjach jednoznacznie wskazują na obniżony poziom akceptacji emocji, nasilone tłumienie, częstsze ruminacje, znikome korzystanie ze strategii pozytywnego przeformułowania w grupie pacjentów w porównaniu z osobami zdrowymi (Campbell-Sills i wsp., 2006; Amstadter, 2008; Kovacs i wsp., 2008). Brak akceptacji doświadczanych emocji ogranicza możliwość wglądu we własny stan zdrowia, odbiera kontrolę nad możliwą poprawą. Badania dowodzą również, że tłumienie pozytywnych emocji wiąże się z anhedonią, wzrostem negatywnych emocji i zwiększonym poziomem depresyjności (Gross i Levenson, 1997; Nezlek i Kuppens, 2008; Beblo i wsp., 2012). Badanie Beblo i jego zespołu było pierwszym, w którym porównano regulację emocji negatywnych i pozytywnych w grupie pacjentów z diagnozą zaburzeń depresyjnych oraz osób zdrowych (Beblo i wsp., 2012). Wymienione mechanizmy są niekorzystne dla pacjenta i jego procesu zdrowienia.

Podsumowując, uzyskane wyniki są zgodne z wnioskami z badań przeprowadzonych w różnych grupach osób z zaburzeniami psychicznymi, stwierdzającymi, że pomiędzy grupą pacjentów a grupą kontrolną występują

różnice zarówno w nasileniu symptomów depresji i lęku, jak i w strategiach regulacji emocji.

Literatura przedmiotu jest bogata w doniesienia na temat związku nieadaptacyjnych (jeśli używanych w nadmiarze) strategii regulacji emocji z nasileniem objawów psychopatologicznych (Gross, Muñoz, 1995; Campbell-Sills i wsp., 2006; Nolen-Hoeksema, Aldao, 2011; Beblo i wsp., 2012). Empirycznie ustalono negatywny wpływ tłumienia emocji (*emotion suppression*) na stan zdrowia, wyrażający się wzrostem poziomu objawów psychopatologicznych. Jednocześnie dowiedziono, że akceptacja emocji (*emotion acceptance*) redukuje nasilenie symptomów. Strategie, które są uważane za mniej adaptacyjne (wśród nich tłumienie emocji, ich dewaluacja oraz reagowanie lękiem na silne stany emocjonalne), w istocie współwystępowały z symptomami lęku i depresji. Wiadomo, że tłumienie emocji jest związane z poziomem symptomów depresji i prowadzi do wzrostu negatywnych emocji (Gross i Levenson, 1997; Nezlek i Kuppens, 2008).

Uzupełnieniem dotychczasowych analiz są wnioski płynące z aktualnego badania: wyższy poziom symptomów lęku i depresji związany był z mniejszą akceptacją emocji pozytywnych i częstszym ich tłumieniem w grupie pacjentów. Analogiczny związek, lecz dotyczący regulacji emocji negatywnych i symptomów depresji i lęku występował w grupie kontrolnej. Analiza krokowa potwierdziła wyniki uzyskane drogą korelacji. W grupie klinicznej 22% zmienności nasilenia symptomów depresji i lęku było wyjaśniane przez strategie regulacji emocji pozytywnych, w tym zarówno akceptację, jak i dewaluację. Natomiast w grupie kontrolnej nasilenie symptomów wyjaśniane było najczęściej tłumieniem negatywnych emocji. Otrzymane wyniki wskazują na pewne istotne zależności psychopatologiczne występujące w grupie klinicznej. Brak (ewentualnie znikome) współzależności między poziomem symptomów a strategiami regulacji emocji pozytywnych w grupie kontrolnej jest prawdopodobnie związana z bardziej funkcjonalnymi, adaptacyjnymi sposobami

regulacji emocji. Negatywne emocje są najczęściej przyjmowane z pewną ostrożnością (również przez zdrowe osoby), tzn. mniej akceptowane, tłumione i mogą budzić lęk. Pozytywne emocje natomiast nie wiążą się w grupie kontrolnej z takim napięciem. Sytuacja przedstawia się inaczej w grupie klinicznej. Emocje pozytywne pociągają za sobą podobne reakcje jak te, które powstają w wyniku emocji negatywnych.

## Wnioski

1. Związek pomiędzy nasileniem określonych strategii regulacji emocji a nasileniem symptomów depresji i lęku jest inny w grupie osób z zaburzeniami depresyjnymi i/lub lękowymi niż w grupie osób zdrowych.

2. W grupie klinicznej im wyższy jest poziom nasilenia depresyjności i lękowości, tym silniejsze jest tłumienie i dewaluacja oraz dopuszczanie i akceptacja emocji pozytywnych. Strategie regulacji emocji pozytywnych są predyktorami nasilenia symptomów depresji i lęku.

3. U osób zdrowych im silniejsze jest tłumienie i dewaluacja emocji negatywnych, tym wyższy jest poziom nasilenia depresyjności i lękowości. Strategie te zwiększają ryzyko nasilenia objawów depresji i lęku.

4. Uzyskane wyniki wskazują na istotną rolę regulacji emocjonalnej jako predyktora nasilenia symptomów zaburzeń depresyjnych i/lub lękowych.

5. Otrzymane wyniki rekomendują podjęcie badań podłużnych, w których regulacja emocji będzie wskaźnikiem monitorującym zmianę w obrazie klinicznym zaburzeń o charakterze depresyjno-lękowym.

## Piśmiennictwo

Aldao A., Nolen-Hoeksema S., Schweizer S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237.

Amstadter A.B. (2008). Emotion Regulation and Anxiety Disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 211–221.

Beblo T., Scheulen C., Fernando S., Griepenstroh J., Aschenbrenner S., Rodewald K., Driessen M. (2011). Psychometrische Analyse eines neuen Fragebogens zur Erfassung der Akzeptanz von unangenehmen und angenehmen Gefühlen (FrAGe). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59 (2), 133–144.

Beblo T., Fernando S., Klocke S., Griepenstroh J., Aschenbrenner S., Driessen M. (2012). Increased suppression of negative but also positive emotions in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 10, 141 (2–3), 474–479.

Campbell-Sills L., Barlow D.H., Brown T.A., Hofmann, S.G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6, 587–595.

Franke G.R. (2010). Multicollinearity. *Wiley International Encyclopedia of Marketing*.

Górska D. (2006). *Uwarunkowania dysregulacji emocjonalnej osób z zaburzeniami osobowości borderline*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.

Gross J.J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224.

Gross J.J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281–291.

Gross J.J., Muñoz R.F. (1995). Emotion Regulation and Mental Health. *Journal of Clinical Psychology*, 2(2), 151–164.

Gross J.J., Levenson R.W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95–103.

Gross J.J., John O.P. (2003). Individual differences in tow emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362.

Herzberg P.Y., Goldschmidt S., Heinrichs N. (2008). TBS-TK Rezension: Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Revision. *Report Psychologie*, 33, 301–302.

Kovacs M., Joormann J., Gotlib I.H. (2008). Emotion (Dys)regulation and Links to Depressive Disorders. *Child Development Perspectives*, 2(3) 149–155.

Kring A.M., Werner K.H., Philippot P., Feldman R.S. (2004). Emotion regulation and psychopathology. P. Philippot, R. S. Feldman (red.), *The regulation of emotion*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, s. 359–385.

- Laux L., Glanzmann P., Schaffner P., Spielberger C.D. (1981). STAI. *Das State-Trait-Angstinventar. Manual*. Weinheim: Beltz.
- Leventhal H., Patrick-Miller L. (2005). Emocje a choroby somatyczne – przyczyny i wskaźniki podatności na zachorowanie. M. Lewis, J.M. Haviland (red.). *Psychologia emocji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 657–675.
- Margraf J. (1994). *Mini-DIPS. Diagnostisches kurz-interview bei psychischen störungen. Interviewleit-faden*. Berlin: Springer-Verlag .
- Nezlek J.B., Kuppens P. (2008). Regulating positive and negative emotions in daily life. *Journal of Personality*, 76(3), 561–579.
- Pastuszek A. (2009). *Strategie regulacji emocji a inteligencja emocjonalna u pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline*. Niepublikowana praca magisterska pod kierunkiem prof. dr. hab. Józefa K. Gierowskiego, Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii. Dostępna w Bibliotece Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pastuszek A. (2012). Strategie regulacji emocji a inteligencja emocjonalna u pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline. (Relationship between emotion regulation and emotional intelligence in borderline personality disorder.) *Psychiatria Polska*, 46(3), 409–420.