

Anna Wendołowska

DEPRESJA ADOLESCENTÓW W ŚWIETLE TEORII PRZYWIĄZANIA

SECURITY OF ATTACHMENT AND ADOLESCENTS' DEPRESSION

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej

**depression
adolescence
attachment**

W prezentowanej pracy badawczej autorka opisuje związek depresji w różnych fazach adolescencji ze stylami przywiązania określonymi na podstawie Wywiadu Przywiązania u Dorosłych AAI. Autorka odwołuje się do prac dotyczących rozpowszechnienia depresji w polskiej populacji adolescentów, jak również wskazuje na możliwość badania stylów przywiązania w różnych grupach nastolatków, kładąc nacisk na specyfikę narzędzia, jakim jest Wywiad Przywiązania u Dorosłych AAI.

Summary

Objectives: The purpose of the study was to investigate the role of internal working models in the prediction of depression. Insecure attachment has been theorized to form a vulnerability factor for the emergence of depressive symptoms.

Methods: This study examined the association of attachment style with depressive symptoms among early adolescents 12–15 years of age (N = 84). For the assessment of attachment style and depressive symptoms, the Adult Attachment Interview (George, Kaplan, Main), and the Child Depression Inventory (Kovacs) were used.

Results: As expected, insecurely attached adolescents more often reported the depressive symptoms (52,3%). 58,8% of the securely attached did not manifest any symptoms of depression. In the group of the continuous secure adolescents, there were 71,4% of non-depressive ones. 50% individuals in the earned secure category did not report any depressive symptoms, and the other 50% expressed light depressive symptoms. There were no cases of severe depression among representants of both: continuous secure and earned secure styles.

Conclusions: Bowlby's attachment theory provides in-depth understanding into the development of working models of the self and the others. Secure attachment is significantly correlated with high self-esteem, effective affect regulation and better adolescence adjustment. The continuous secure category seems to function as a more effective protector against depression comparing to the earned secure one. However no cases of severe depression among earned secure individuals confirm weightiness of the quality of attachment in a healthy development.

Wstęp

Podczas gdy ogólny wskaźnik psychopatologii w okresie adolescencji wzrasta w sposób umiarkowany, częstotliwość występowania depresji rośnie w tym wieku znacząco. Badania wskazują na 5% dzieci i 10–20% adolescentów, którzy doświadczyli objawów depresji [1–5]. Symptomy depresyjne ujawniające się w okresie dzieciństwa lub adolescencji mają

poważny, negatywny wpływ na dalsze funkcjonowanie społeczne, szkolne i rodzinne, ponadto prognozują nawroty depresji w późniejszym życiu [6, 7].

Depresja nie jest jedynie zaburzeniem regulacji nastroju, ale wprowadza istotne zmiany w funkcjonowaniu fizjologicznym i poznawczym. Badania prowadzone nad zapobieganiem i terapią depresji wieku dziecięcego i adolescencji opierają się na zrozumieniu specyfiki okresu dorastania i mechanizmów kierujących rozwojem. Jest to zadanie kompleksowe, wymagające wzięcia pod uwagę różnorodnych elementów. Wśród czynników rozwojowych: genetycznych, psychologicznych i środowiskowych, będących determinantami depresji, wymienia się też wczesne relacje rodzinne. Niniejszy artykuł poświęcony został głównie roli przywiązania w kształtowaniu odporności adolescentów na depresję.

Model rozwojowy Bowlby'ego zakłada, iż w okresie adolescencji zachodzą niezwykle istotne procesy; dwa z nich mogą mieć powiązania z występowaniem symptomów depresyjnych. Pierwszy proces to ukształtowanie wewnętrznego modelu operacyjnego, opartego na mentalnej reprezentacji relacji przywiazaniowej, a drugi to rozwój zdolności regulacji emocjonalnej. Zarówno pozytywny obraz siebie, jak i efektywna kontrola emocjonalna i umiejętności radzenia sobie z problemami, zależą od jakości więzi z figurą przywiązania, wykształconej na bazie doświadczeń wczesnodziecięcych.

Mechanizm wewnętrznych modeli operacyjnych

Przywiązanie zostało określone przez Bowlby'ego [8] jako system behawioralno-kognitywny, wykształcony w pierwotnej relacji społecznej dziecka z opiekunem, mający własną organizację wewnętrzną i określone funkcje. Zachowania przywiazaniowe mają na celu stworzenie „bezpiecznej bazy”, dzięki której możliwa staje się redukcja nieprzyjemnych emocji i eksplorowanie otoczenia. Powtarzające się doświadczenia zostają zakodowane w pamięci jako mentalne modele. Naturalne wyposażenie dziecka oraz naturalna wrażliwość dorosłych na wysyłane przez niego sygnały są szansą rozwojową na prawidłowo ukształtowaną więź emocjonalną, niezbędną dla prawidłowego rozwoju fizycznego i psychicznego [8].

W procesie kształtowania więzi, na poziomie umysłowym, niedojrzały mózg dziecka używa dojrzałych funkcji mózgowych rodzica do organizacji własnych procesów [9]. W umyśle każdego człowieka kształtuje się sieć poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych reprezentacji własnej osoby, figury przywiązania i wzajemnych relacji. Reprezentacje te zostały nazwane modelami operacyjnymi, gdyż uruchamiają się one w sytuacjach zagrożenia jako strategie radzenia sobie z problemem. Pierwotne strategie są efektem modelu dostępnego i responsywnego rodzica oraz siebie jako skutecznego w egzekwowaniu swoich potrzeb. Strategie wtórne lub defensywne uruchamiane zostają, kiedy rodzice postrzegani są jako niedostępni, nieresponsywni i niewrażliwi. Pierwsza strategia wtórna polega na dezaktywacji systemu przywiazaniowego, w powtarzalnym doświadczaniu rodzica jako odrzucającego sygnały przywiazaniowe. Strategia dziecka polega na aktywnym dystansowaniu się od sprawiającej ból relacji, zaprzeczaniu emocjom i minimalizowaniu ich znaczenia. Drugą strategię wtórną rozwijają dzieci nieregularnie dostępnych rodziców poprzez bezustanne zabieganie o uwagę opiekuna, co maksymalnie uaktywnia system przywiązania. Taka strategia hiperaktywacyjna powoduje nadmierną

koncentrację na tematach związanych z przywiązaniem oraz przesadzone reakcje w obliczu stresu [10].

Reprezentacje wykształcone w dzieciństwie są relatywnie stałe i działają bez udziału świadomości [11, 12], choć w sytuacjach ekstremalnych mogą ulegać rekonstrukcjom. Traumatyczne doświadczenia i zaburzone relacje mogą wpłynąć na obniżenie jakości więzi, natomiast oddziaływania terapeutyczne czy pozytywne związki osobowe potrafią mieć dobroczynny wpływ na zmianę stylu przywiązania na model bezpieczny. Kategoria stylu przywiązania „bezpieczny zdobyty” w nomenklaturze Kwestionariusza Stylów Przywiązania Dorosłych AAI (Adult Attachment Interview) charakteryzuje osoby, które mimo niesprzyjających doświadczeń w dzieciństwie, na podstawie prawidłowych przekonań przywiązaniowych, klasyfikowane są w dorosłości jako bezpiecznie przywiązane (earned-secure). Badania wskazują na 43–65% takich osób w grupie osób o więzi bezpiecznej [14]. Badani adolescenty w 64% wykazali taki sam styl przywiązania, jak podczas badań w Procedurze Nieznanej Sytuacji (Strange Situation) w niemowlęctwie, natomiast wśród badanych, którzy nie byli narażeni na negatywne doświadczenia, stałość stylów przywiązania wynosiła 78%. W pozostałych przypadkach obecność stresorów życiowych wiązała się z obniżeniem jakości więzi z bezpiecznej na pozabezpieczną [14–16].

Znacząco wzrastająca zdolność regulacji emocjonalnej oraz niezależność od figury przywiązania to elementy rozwojowe, które są podwaliną formowania nowych, ważnych relacji przywiązaniowych. Pojawiają się na przełomie okresów późnego dzieciństwa i dojrzewania. Dzieje się to w oparciu o zintegrowaną strategię, pozwalającą na bardziej zgeneralizowaną niż w dzieciństwie postawę w odniesieniu do relacji przywiązaniowych. To z kolei stwarza możliwość przeformułowania organizacji systemu przywiązania tak, że staje się on przewidywalny w późniejszych związkach partnerskich oraz w relacji z potomstwem. Wiele jednak wskazuje na to, że transformacje więzi, zapoczątkowane często w okresie późnodziecięcym, mają szansę się ujawnić dopiero w adolescencji, wraz z wykształconą zdolnością myślenia operacyjnego, logicznego, abstrakcyjnego rozumowania i procesami indywiduacji. Nastolatek ma możliwość oceny figur przywiązania z większej niż dotąd perspektywy (również cudzej), a jednocześnie jego postrzeganie siebie w relacji przywiązaniowej już nie jest tak scentralizowane wokół konkretnych relacji („Moja mama zawsze mi pomaga”), a staje się bardziej zinternalizowane („Mogę poprosić innych o pomoc, kiedy będę w potrzebie i ją otrzymam, ale muszę być ostrożny, nie z każdym mogę wchodzić w bliskie relacje”). Wydaje się, że stworzony w okresie adolescencji dystans, fizyczny i emocjonalny, daje szansę na reewaluację relacji przywiązaniowych, które we wcześniejszym okresie większej zależności były zbyt zatrzważające, aby je uznać i otwarcie wyrażać. Co więcej — właściwe, przemyślane oceny doświadczeń relacji z rodzicami, które niejednokrotnie są powodem pogorszenia relacji z nimi, jednocześnie dają szansę na rozwiązanie trudności i formowanie bardziej bezpiecznych relacji w przyszłości [17].

Depresja adolescentów

Psychiatrzy słusznie podkreślają swoistość depresji młodzieńczej, gdyż w jej przebieg uwikłane są dodatkowo problemy procesu rozwojowego i kryzysu adolescencji [18]. Adolescencja to okres rozwojowy pomiędzy dzieciństwem i dorosłością. Okres ten charakteryzuje się konfliktami o charakterze intra- i interpersonalnym związanymi z dynamicznymi

zmianami i przeobrażeniami w psychice i relacjach z otoczeniem. Wyniki badań wskazują, że wraz ze zmianami rozwojowymi, zmieniają się symptomy depresyjne. U dzieci i młodzieży są one o wiele bardziej zróżnicowane niż u dorosłych [19]. Zaburzenia, jakie wtedy występują, mogą być trojakiemu rodzaju: mogą być kontynuacją zaburzeń z dzieciństwa, mogą być typowe dla okresu dorastania lub typowe dla dorosłych, ale mające swój początek w adolescencji. Depresję młodzieńczą charakteryzuje złożony zespół symptomów, z których podstawowym nie jest obniżony nastrój, jak się powszechnie uważa, ale drażliwość i trudności z regulacją i kontrolą emocjonalną.

Styl przywiązania a depresja w okresie dorastania

Jakość stylu przywiązania wyznacza możliwości adaptacyjne jednostki. Jeśli proces kształtowania więzi przebiega prawidłowo, budowane jest poczucie ufności i bezpieczeństwa. Jeśli więzi są zagrożone, pojawia się poczucie samotności, wrogość w stosunku do rówieśników, niska samoocena i wysoki poziom lęku [20]. W przypadku więzi pozabezpiecznych, dziecko poddawane sytuacjom stresowym, narażone jest na nadprodukcję kortyzolu. Ponieważ opiekun nie wycisza emocji dziecka, a tym samym nie reguluje poziomu tego hormonu, jego ilość we krwi wzrasta na tyle, że dziecko staje się nadwrażliwe na minimalne nawet trudności, co prowadzi do hiperaktywności lub depresji [21–23]. Brak strategii samoregulujących w sytuacjach stresowych jest powodem dysocjacji systemu behawioralnego, który wydaje się pasywny, i systemu fizjologicznego, który jest wysoce pobudzony [24]. Osoby depresyjne stosują bierne techniki radzenia sobie w sytuacjach trudnych, gdyż nie oczekują efektywności użytych strategii, co jest przeświadczeniem wyniesionym z dzieciństwa, decydującym o rozwoju struktur depresogennych. Tak jak dla osób bezpiecznie przywiązanych pierwotne strategie przywiązaniowe pełnią adaptacyjne funkcje radzenia sobie ze stresem, tak strategie defensywne u osób wykształcających pozabezpieczne więzi powodują, że każdy stres wywołuje lęk związany z niedostępnością figury przywiązania i prowadzi do symptomatycznych i zniekształconych ekspresji [25, 26].

Osoby o więziach pozabezpiecznych albo zafałszowują afekt (typ zdystansowany), albo poznanie (typ zaabsorbowany). Jeśli zaprzeczają emocjom, będą w swoich poszukiwaniach rozwiązań nadmiernie ostrożne, starając się odwrócić uwagę od prawdziwego problemu. Natomiast osoby broniące się przed poznaniem będą impulsywnie manifestować swoje emocje, agitować problem i na nim skupiać swoją i otoczenia uwagę, ale na wszelkie próby racjonalnej pomocy z zewnątrz będą reagować podejrzliwością i agresją. Nieskuteczność obu powyższych strategii może przejawiać się pogłębianiem się depresji [27].

Cel badań

Przeprowadzone badania miały na celu analizę siły związku pomiędzy symptomami depresyjnymi występującymi u młodzieży w wieku adolescencji a jakością więzi rozumianej jako „stan mentalny w kontekście doświadczeń przywiązaniowych” [13]. Są również próbą odpowiedzi na pytanie, czy bezpieczny styl przywiązania jest czynnikiem chroniącym przed wystąpieniem symptomów depresyjnych w okresie adolescencji?

Wyniki dotychczasowych badań pozwalają na sformułowanie następującej hipotezy:

W grupie adolescentów manifestujących symptomy depresyjne przeważają osoby o pozabezpiecznym (zaabsorbowanym, zdystansowanym i zdezorganizowanym) stylu przywiązania.

Grupa badana

Po uzyskaniu zgody rodziców oraz samych uczniów, przebadano 84 gimnazjalistów w wieku 12–15 lat. Dane z Kwestionariusza Stylów Przywiązania Dorosłych AAI (Adult Attachment Interview) i Inwentarza Depresyjności Dziecka (CDI) gromadzone były na przełomie 2005 i 2006 roku. Grupa badana była niemal równoliczna pod względem płci (51,2% dziewcząt i 48,8% chłopców). Przewagę stanowili adolescenty w wieku 14–15 lat (88,1%), z rodzin pełnych (86,9%), mający dwoje rodzeństwa (47,6%), będący najstarszym dzieckiem w rodzinie (48,8%). Zarówno ojciec (53,7%), jak i matka (48,8%) znacznej części badanych gimnazjalistów mieli wykształcenie średnie.

Metoda i narzędzia

Kwestionariusz Stylów Przywiązania Dorosłych AAI (Adult Attachment Interview) jest cenionym na świecie narzędziem badawczym o wysokiej rzetelności i trafności [12]. Służy ocenie „stanu mentalnego” osób od 12. roku życia, „w kontekście doświadczeń przywiązaniowych” („state of mind with respect to attachment”) [13, s. 44].

AAI powstał na początku lat 80. ubiegłego stulecia. W swoim zamierzeniu miał służyć badaniom osób dorosłych w nieklinicznych populacjach. Jego rzetelność została jednakże potwierdzona w badaniach adolescentów, dzieci młodszych w wieku 10–14 lat, w grupach wysokiego ryzyka oraz populacjach klinicznych [13, 28].

Badanie AAI ma na celu uzyskanie informacji dotyczących relacji z rodzicami i innymi ważnymi osobami z okresu dzieciństwa. Badacz zadaje pytania o istotne wydarzenia wczesnodziecięce, straty osób ważnych, separacje i obecny poziom relacji z rodzicami. Semi-ustrukturyzowany kwestionariusz, będący podstawą do przeprowadzenia wywiadu AAI, zawiera 18 głównych pytań otwartych oraz pytania pomocnicze, stosowane w wymagających doinformowania sytuacjach.

Wywiady nagrywane są na dyktafon. Całościowy ich zapis podlega transkrypcji, według ściśle określonych reguł [13, 28], a następnie każdy transkrypt, przy użyciu umownych symboli i kolorów, podlega kodowaniu i szczegółowemu opisowi, zamieszczanemu w arkuszu klasyfikacyjnym.

Decyzję o klasyfikacji do określonej kategorii przywiązania badacz podejmuje, opracowując dane z transkryptu w oparciu o dwie podstawowe skale:

- doświadczenia okresu dzieciństwa,
- rodzaj używanego języka do opisu tych doświadczeń (narracja) oraz zdolność do jasnego, zwięzłego i sensownego ich opisu (koherencja).

Pierwsza skala (doświadczenia wczesnodziecięce) pozwala na ocenę figury przywiązania (kochająca, odrzucająca, zaniedbująca, zaborcza, kontrolująca). Druga — określa stan umysłu badanego i styl przekazu narracyjnego (całościowa spójność transkryptu, przekonania, idealizacje, braki we wspomnieniach, złość, derogacje figury przywią-

zania oraz samej więzi, lęk przed stratą, metakognitywne monitorowanie, bierność wypowiedzi).

Te równolegle przeprowadzone analizy i ich spójność są podstawą zakwalifikowania badanych do trzech podstawowych grup przywiązania: zdystansowany/odrzucający (Ds.), całkowicie/przesadnie zaangażowany/ zaabsorbowany w przeszłe i obecne doświadczenia przywiązaniowe (E), autonomiczny/bezpiecznie przywiązany (F). Kategoria osób bezpiecznie przywiązanych/autonomicznych jest przyznawana niezależnie od pozytywnych czy też negatywnych doświadczeń we wczesnych relacjach. Powoduje to rozróżnienie na styl bezpieczny nabyty („originally/ continuous secure”) i bezpieczny zdobyty („earned secure”) oceniane na podstawie wysokich lub niskich wyników, jakie osiągają rodzice badanego w skali „kochający” [13].

Zakłócenia logiki wypowiedzi, problemy w monitorowaniu przebiegu wywiadu lub zachowania osoby badanej podczas omawiania traumatycznych lub związanych ze stratą wydarzeń, są wskaźnikami narracyjnymi i behawioralnymi dającymi podstawę do klasyfikacji typu U — nierozwiązany żal po stracie/ nierozwiązana trauma. Osoby trudne do sklasyfikowania odrzuca się z badań jako CC — niesklasyfikowane. W każdej klasyfikacji występują też subkategorie, zaznaczające różnice w obrębie poszczególnych typów: Ds1-4, F1-5, E1-3 [28]. Stosowanie AAI wymaga specjalnych kwalifikacji uzyskanych w drodze specjalistycznego szkolenia we wskazanych ośrodkach naukowych oraz procedury weryfikacji poprzez uzyskanie zgodności klasyfikacji 30 przypadków. Takie uprawnienia autorka badań uzyskała.

Inwentarz Depresyjności Dziecka CDI M. Kovacs jest narzędziem przeznaczonym do badania depresji u dzieci od 7. do 17. roku życia. Inwentarz zawiera 27 twierdzeń badających emocjonalne, poznawcze i behawioralne symptomy depresji. Charakteryzuje się wysoką wartością diagnostyczną i psychometryczną [29]. Badania depresji adolescentów wyodrębniają pięć niezależnych czynników, stanowiących zarazem podskale zastosowanego tu Inwentarza Depresyjności: obniżony nastrój, problemy interpersonalne, nieefektywność, utrata zainteresowania (anhedonia) i negatywna samoocena.

Wyniki badań

Badaną grupę adolescentów podzielono za pomocą wyników uzyskanych w wywiadzie AAI na grupy o różnych stylach przywiązania. Równolegle osoby te zostały na podstawie CDI zdiagnozowane pod kątem przejawianych symptomów depresyjnych (Tabela 1).

Tabela 1. Liczebność osób badanych w kategoriach symptomy depresyjne i styl przywiązania

Symptomy depresyjne		Styl przywiązania				Ogółem
		bezpieczny	zdystansowany	zaabsorbowany	zdezorganizowany	
Brak depresji	Liczebność	30	6	0	4	40
	procent osób z depresja	75,0%	15,0%	0,0%	10,0%	100,0%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

	procent osób ze stylem przywiązania	58,8%	28,6%	0,0%	44,4%	47,6%
Depresja lekka i ciężka	Liczebność	21	15	3	5	44
	procent osób z depresją	47,7%	34,1%	6,8%	11,4%	100,0%
	procent osób ze stylem przywiązania	41,2%	71,4%	100,0%	55,6%	52,4%
Ogółem	Liczebność	51	21	3	9	84
	procent osób z depresją	60,7%	25,0%	3,6%	10,7%	100,0%
	procent osób ze stylem przywiązania	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 2. Wyniki testu χ^2 dla zmiennych styl przywiązania i symptomy depresyjne

	Wartość	df	Istotność asymptotyczna (dwustronna)
Chi-kwadrat Pearsona	8,385	3	0,039
N Ważnych obserwacji	84		

Dla weryfikacji hipotezy zależnościowej, zakładającej związek między stylem przywiązania a występowaniem symptomów depresyjnych u adolescentów, zastosowany został test niezależności dla danych nominalnych χ^2 . Wyniki testu χ^2 (Tabela 2), przy $df = 3$ i istotności asymptotycznej $p = 0,039 < 0,05$, dają podstawę do przyjęcia założonej hipotezy.

Wśród adolescentów niemanifestujących symptomów depresyjnych, 75% to osoby o bezpiecznym stylu przywiązania.

W grupie osób depresyjnych większość (52,3%) to reprezentanci pozabezpiecznych stylów przywiązania, a pozostałe 47,7% to osoby bezpiecznie przywiązane.

Dość wysoki procent osób o bezpiecznym stylu przywiązania w grupie adolescentów prezentujących symptomy depresyjne skłonił do bardziej szczegółowych analiz statystycznych. Aby przyjrzeć się bliżej związkowi zachodzącemu pomiędzy zmiennymi, zmienna „style przywiązania” została rozpatrzona jako przywiązanie „bezpieczne nabyte w dzieciństwie”, „bezpieczne zdobyte pomimo trudnego dzieciństwa” i „pozabezpieczne”, natomiast symptomy depresyjne rozłożono na „brak depresji”, „depresja lekka” i „depresja ciężka” (Tabela 3).

Tabela 3. Liczebność osób badanych w kategoriach: depresja lekka, ciężka i brak depresji oraz style przywiązania: bezpieczny nabyty, bezpieczny zdobyty i pozabezpieczny

Symptomy depresyjne		Przywiązanie bezpieczne/pozabezpieczne			Ogółem
		Bezpieczne nabyte	Bezpieczne zdobyte	Pozabezpieczne (Ds, E, U)	
Brak depresji	Liczebność	15	15	10	40
	procent osób z depresją	37,5%	37,5%	25,0%	100,0%
	procent osób z przywiązaniem bezpiecznym/pozabezpiecznym	71,4%	50,0%	30,3%	47,6%
	Ogółem	17,9%	17,9%	11,9%	47,6%
Depresja lekka	Liczebność	6	15	15	36
	procent osób z depresją	16,7%	41,7%	41,7%	100,0%
	procent osób z przywiązaniem bezpiecznym/pozabezpiecznym	28,6%	50,0%	45,5%	42,9%
	Ogółem	7,1%	17,9%	17,9%	42,9%
Depresja ciężka	Liczebność	0	0	8	8
	procent osób z depresją	0,0%	0%	100,0%	100,0%
	procent osób z przywiązaniem bezpiecznym/pozabezpiecznym	0,0%	0%	24,2%	9,5%
	Ogółem	0,0%	0%	9,5%	9,5%
Ogółem	Liczebność	21	30	33	84
	procent osób z depresją	25,0%	35,7%	39,3%	100,0%
	procent osób z przywiązaniem bezpiecznym/pozabezpiecznym	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Ogółem	25,0%	35,7%	39,3%	100,0%

Tabela 4. Test Kruskala-Wallisa dla zmiennych: depresja i przywiązanie

	symptomy depresyjne
Chi-kwadrat	9,509
df	2
Istotność asymptotyczna	0,009

Wyniki testu Kruskala-Wallisa: $\chi^2 = 9,509$, $df = 2$, $p = 0,009 < 0,05$ (Tabela 4), potwierdzają siłę związku między rozpatrywanymi zmiennymi.

W badanej grupie adolescentów niezgłaszających symptomów depresyjnych było 37,5% osób o stylu bezpiecznym zdobyтым i nabyтым oraz 25% reprezentantów stylów pozabezpiecznych.

W grupie sygnalizującej symptomy lekkiej depresji, osób o stylu przywiązania bezpiecznym nabyтым było 16,7%, bezpiecznym zdobyтым 41,7% i pozabezpiecznym również 41,7%.

Wszyscy adolescenti zgłaszający symptomy depresji ciężkiej to osoby o pozabezpiecznym stylu przywiązania.

Dyskusja i wnioski

1. W badanej populacji 60,7% adolescentów charakteryzował bezpieczny styl przywiązania, 25% to osoby o stylu zdystansowanym, 3,6% — osoby o stylu zaabsorbowanym, a 10,7% to osoby o stylu zdeorganizowanym. W kategorii osób przywiązanych bezpiecznie 41,2% to adolescenti o stylu bezpiecznym nabyтым, a 58,8% to reprezentanci stylu bezpiecznego zdobytego. Oba rozkłady pokrywają się z rozkładami stylów przywiązania w innych krajach.
2. U młodzieży we wczesnym okresie adolescencji (12–13 lat) występuje częściej styl przywiązania pozabezpieczny zdystansowany (50%) w porównaniu z młodzieżą w późniejszym okresie adolescencji (15–16), w której to grupie 66,2% stanowią osoby przywiązane bezpiecznie. Grupa adolescentów starszych wykazuje rozkład przywiązania, który pokrywa się z rozkładem powszechnie spotykanym w każdej populacji zdrowej: 66,2% bezpiecznie przywiązanych, 21,6% zdystansowanych, 2,7% zaangażowanych i 9,5% o stylu zdeorganizowanym. Adolescenti u progu dojrzewania prezentują odmienny układ: 20% bezpiecznie przywiązanych, 50% zdystansowanych, 10% zaabsorbowanych i 20% typ zdeorganizowany.

W badaniach przeprowadzonych przez zespół Ammanitiego [28] wykazano, że rozłożenie stylów przywiązania badanych za pomocą AAI dziesięciolatek, nie różni się od takiego rozkładu w porównywalnych, ale starszych populacjach. Ponadto zaobserwowano stabilność stylu przywiązania u 10-letnich dzieci, badanych ponownie AAI w wieku lat 14 [28]. Nie znalazło to potwierdzenia w badaniach autorki artykułu.

Niestandardowy rozkład stylów przywiązania w populacji 12/13-latków może wynikać ze specyfiki okresu wczesnej adolescencji, kiedy determinacja budowania własnej niezależności nie tyle stoi w sprzeczności z celami systemu przywiązaniowego, co jej celem staje się minimalizacja systemu przywiązaniowego w odniesieniu do figury przywiązania, głównie w kontekście zmniejszania zależności emocjonalnej od rodzica. Ponadto stres towarzyszący wyzwaniom okresu dojrzewania, wysiłek wkładany w ustanowienie autonomii, mogą czasowo powodować zakłócenia albo samego systemu przywiązaniowego, albo dostępu do jego struktur. Potwierdzeniem tej tezy były wyniki badań Allena i Land [17], z których wynika, że zgodność stylów przywiązania pomiędzy nastolatkami a ich matkami jest większa u starszych niż u młodszych adolescentów. Małomówność

młodszych adolescentów podczas wywiadów AAI, w porównaniu ze starszymi, może też być potwierdzeniem powyższej interpretacji. Stawiałoby to pod znakiem zapytania zasadność stosowania AAI u osób w wieku 10–13 lat, pomimo potwierdzonej w tym zakresie rzetelności narzędzia. Należy jednak równocześnie wziąć pod uwagę możliwe błędy na etapie przeprowadzania wywiadu AAI. Pomimo odpowiedniego przeredagowania kwestionariusza pod kątem młodszych respondentów, mógł być on w swojej formie przekazu niedostosowany do wieku badanych osób.

3. Wskaźnik depresji lekkiej i ciężkiej w badanej populacji adolescentów okazał się bardzo wysoki i wynosił 52,4%. Przy rozłożeniu zmiennej „symptomy depresyjne”, na depresję lekką, ciężką i brak symptomów, depresję ciężką reprezentowało 9,5% populacji, 47,6% to osoby zdrowe, a 42,9% wykazało lekkie symptomy depresyjne. Badania wskazują na wyniki depresji u adolescentów sięgające 20% [30], 30% [31], a w przypadku połączenia z innymi zaburzeniami (zaburzenia lękowe, zaburzenia zachowania, zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych), wskaźniki te są jeszcze wyższe i wynoszą 57% [29]. W badaniach adolescentów rumuńskich, w wieku od 10 do 21 lat stwierdzono 24,4% depresji lekkiej, 11,8% depresji umiarkowanej i 5% ciężkiej (razem 41,2%) [32]. Wyniki badań polskich, autorstwa Bomby [29], świadczą o bardzo wysokim rozpowszechnieniu objawów o nasileniu co najmniej subklinicznym, wśród dzieci młodszych — 38,1%. Dane z 1986 roku wskazują na 28,15% przypadków depresji w grupie 13-latków i 19,25% w grupie 17-latków. W 1988 roku wynik 13-latków wzrósł do 31,65% (42,41% dziewcząt i 22% chłopców). Jednocześnie badania dziesięciolatków krakowskich szkół wykazały, że wskaźnik rozpowszechnienia depresji w badanej populacji spadł z 38,2% w 1984 roku i 27,7% w roku 2001 (w grupie chłopców z 46,6% do 31,0%) [33]. W 2005 roku objawy depresyjne prezentowało 21,6% uczniów pierwszej klasy gimnazjum, z czego 28,7% dziewcząt. Podobne badania w 2008 roku przeprowadziła prof. Hanna Jaklewicz, stwierdzając silne tendencje wzrostowe w rozprzestrzenianiu się depresji w grupie licealistów i ich rówieśników ze szkół zawodowych [34, 35]. W badaniach 17-latków Modrzejewskiej i Bomby z 2010 roku objawy depresyjne oceniane na podstawie skali Becka wyniosły dla dziewcząt 33,6%, a dla chłopców 18,2% [36]. W związku z tak dużym rozrzutem publikowanych wyników, trudno odnieść badania własne do literatury. Trudność porównania może polegać na, nie do końca jasnym, rozróżnieniu między symptomem, syndromem i zaburzeniem. Symptomy depresyjne, rozumiane za Nurcombe jako zły nastrój, reprezentuje 15–40% populacji. Przedłużający się czas występowania zespołu symptomów depresyjnych wskazywać może na syndrom — 5–6% populacji. Zaburzenia depresyjne, zarówno depresja wielka, jak i nerwicowa (dystymia), objawiają się u 1–3% populacji [37]. Autorzy badań stosują różne narzędzia do pomiaru depresji adolescentów, ponadto nie zawsze precyzują, jakiego rodzaju depresje zawierają w publikowanych wynikach badań: niektórzy mówią o epizodzie depresji wielkiej, inni łączą depresje jednobiegunowe i dystymie, inni jednobiegunowe i dwubiegunowe. Jedni rozróżniają depresje od ich korelatów (zaburzenia lękowe, ADHD, fobie szkolne z zachowaniami unikającymi, zaburzenia zachowania, lęk separacyjny, trudności w funkcjonowaniu społecznym, syndrom chronicznego zmęczenia), inni traktują je wspólnie. Inwentarz CDI jest narzędziem różnicującym jednostki depresyjne i niedepresyjne. Depresja

ciężka, oszacowana na podstawie wysokości wyników ankiety samoopisowej, oddaje zabarwienie kliniczne symptomów, ale nie różnicuje dobrze pomiędzy dziećmi z lekkim nasileniem symptomatologii depresyjnej a dziećmi manifestującymi symptomy depresyjne, towarzyszące ich innym zaburzeniom [38, 39]. Niezależnie od problemów natury definicyjno-diagnostyczno-metodologicznej, trzeba potwierdzić, iż wskaźniki depresji u adolescentów są wysokie i korespondują z powszechnymi trendami wzrastającymi dla zaburzeń depresyjnych oraz z efektem rocznika.

4. Młodzież we wczesnym okresie adolescencji (12–13 lat) charakteryzuje się większą statystycznie częstością występowania symptomów depresyjnych od młodzieży w późniejszym okresie adolescencji (14–15 lat). Badania wykazały, że 90% osób z grupy wczesnej adolescencji i 47,3% osób z grupy starszej charakteryzowało się symptomami depresyjnymi. Młodsza grupa była mało liczna, stąd mogło nastąpić przekłamanie w wysokości wskaźników, ale mimo to można stwierdzić większą podatność na depresję młodzieży u progu dorastania niż u ich starszych kolegów. Większość badań wskazuje na czterokrotnie niższe wskaźniki depresji u dzieci w wieku 8–12 lat (2%), w porównaniu z 17-latkami (4–8%) [2, 3, 40, 41], co nie zostało potwierdzone w badaniach prezentowanych w niniejszym artykule. Dane Gunnell wskazują na poziom symptomów depresyjnym u dzieci od 21% do 50% [42]. Wyzwania okresu wczesnej adolescencji mogą być znacznym obciążeniem, szczególnie u progu dojrzałości, kiedy to nasilenie wielorakich zmian współwystępuje z ograniczonymi czynnikami wsparcia. Nieumiejętność poradzenia sobie z procesem indywidualizacji, zmiana szkoły (12/13-latkowie to pierwszoklasiści gimnazjalni) i środowiska rówieśniczego, przy gwałtownym wzroście jakości i ilości wymagań otoczenia, a przy tym ograniczenie starych, sprawdzonych metod wsparcia, potęgują zagrożenia okresu dojrzewania. Niższe, choć nadal stosunkowo wysokie wyniki depresji dla starszych adolescentów, tłumaczone mogą być bardziej zaawansowanymi procesami adaptacyjnymi, bardziej efektywnymi strategiami wypracowanymi na bazie nowych doświadczeń, wyraźniejszym zarysem tożsamości i silniejszą siecią wsparcia.
5. 58,8% osób przywiązanych bezpiecznie nie wykazywało symptomów depresyjnych. W grupie osób o bezpiecznym nabytym w dzieciństwie stylu przywiązania przeważały osoby niedepresyjne (71,4%). Wśród osób o stylu bezpiecznym zdobytym 50% nie zgłaszało symptomów depresyjnych, a pozostałe 50% manifestowało symptomy depresji lekkiej. Zarówno wśród adolescentów o stylu bezpiecznym nabytym, jak i zdobytym, nie stwierdzono symptomów depresji ciężkiej. Osoby o pozabezpiecznym stylu przywiązania, częściej prezentowały symptomy depresji lekkiej i ciężkiej (52,3%). Wysoki wynik prezentowanych symptomów depresyjnych w grupie osób o bezpiecznym stylu przywiązania (41,2%) może wynikać z następujących przyczyn:
 - a. Próbką populacji badanej miała charakter subkliniczny — grupa osób depresyjnych nie była grupą zdiagnozowaną klinicznie, a symptomy charakteryzujące depresję lekką, badane za pomocą CDI, mogły okazać się tendencjami do zmienności nastrójów okresu dojrzewania.
 - b. 71,4% osób bezpiecznie przywiązanych wykazujących symptomy depresyjne reprezentowało styl bezpieczny zdobyty mimo trudnego dzieciństwa. Wyniki potwierdzają ogólną tezę o bezpiecznym stylu przywiązania jako czynniku chro-

niącym przed depresją. Kategoria przywiązania bezpiecznego nabytego wydaje się jednak pełnić funkcję ochronną w bardziej skuteczny sposób. Również w kategorii bezpiecznej nabytej brak przypadków depresji ciężkiej potwierdza znaczenie jakości więzi dla zdrowego rozwoju psychicznego. Wysoki wynik w tej kategorii osób przejawiających symptomy depresji lekkiej może świadczyć o tym, że być może w sytuacjach silnie emocjonujących, stresujących, aktywują się automatycznie elementy starego systemu, zwiększając tym samym podatność na depresję. W przypadku adolescencji, proces integracyjny oparty o rozwój zdolności poznawczych jeszcze jest w toku, a nasilenie różnych elementów zagrażających jego spójności wysokie, stąd istnieje duże ryzyko dla nowo powstających struktur. Prawdopodobnie dlatego młody, przeorganizowany system nie jest jeszcze na tyle stabilny, aby skutecznie chronić jednostkę przed czynnikami ryzyka dla depresji.

Związek przywiązania z depresją ma swoje szerokie udokumentowanie w literaturze. Wyniki dostępnych badań wskazują na związek przywiązania typu zaabsorbowanego z depresją [43]. Inne potwierdzają hipotezę o silniejszej korelacji depresji z przywiązaniem typu zdystansowanego [44]. Istnieją też dane łączące depresję z typem zdezorganizowanym [45, 46]. Niektóre badania sugerują różnice płciowe w tym względzie i mówią, że ambiwalentne kobiety (typ zaabsorbowany) i unikający mężczyźni (typ zdystansowany) są bardziej podatni na depresję [17]. Większość jednak badaczy zgadza się z ogólną tezą, iż depresja wiąże się z przywiązaniem pozabezpiecznym [47–51].

Pogłębiający się kryzys rodzinny, rosnąca mobilność społeczna, mniejsza stabilność rodziny osłabiają zasoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Osoby startujące z „bezpiecznej bazy” zmierzają w kierunku bezpiecznym, w przeciwieństwie do tych, które tej bazy nie mają. Oczywiście ani jedni nie mają gwarancji na zdrowie psychiczne, ani drudzy nie są skazani na psychopatologię, ale typ przywiązania może być dla nich albo buforem zabezpieczającym przed czynnikami ryzyka, albo kolejnym czynnikiem ryzyka, intensyfikującym negatywne wpływy innych.

Podsumowanie

Niewątpliwym walorem niniejszej pracy jest przedstawienie problemu depresji adolescentów z perspektywy jakości więzi. Uzyskane wyniki ilustrują wartość zaprezentowanego modelu w zrozumieniu różnych wzorców ekspresji symptomów depresyjnych oraz wagi przywiązania w przeciwdziałaniu psychopatologii. Są to, według wiedzy autorki, pierwsze badania w Polsce z wykorzystaniem wywiadu AAI, który jako cenione narzędzie do badań w obszarze przywiązania jest szeroko stosowany na świecie. Jednocześnie ze względu na wysokie koszty szkoleń, wysoki stopień trudności uzyskania uprawnień oraz czasochłonność, nie jest ono w naszym kraju popularne.

Należy wspomnieć także o ograniczeniu wynikającym z niepopularności narzędzia w Polsce. Autorce nie jest znany żaden zweryfikowany, polskojęzyczny koder AAI, dlatego badania oparte na jednym tylko badaczu oceniającym wywiady mogą być obciążone błędem z powodu braku obiektywizmu. Autorka wspomagała się konsultacjami z koderem anglojęzycznym, w przypadku pojawiających się wątpliwości w procesie kodowania, ale

wymagało to dodatkowego nakładu pracy związanej z przełożeniem wywiadów na język angielski i dotyczyło jedynie wybranych przypadków.

Metoda badawcza zastosowana przy ocenie poziomu reprezentowanych symptomów depresyjnych jest metodą samoopisową, a więc opiera się na danych, które przekazują badane osoby. Nie jest to metoda doskonała i zawsze zakłada pewien stopień błędu, szczególnie w przypadku młodszych badanych, choć CDI jest narzędziem powszechnie stosowanym, o wysokiej rzetelności.

Kolejnym ograniczeniem może być dobór badanej populacji, która składała się tylko z mieszkańców dużego miasta, jakim jest Wrocław, i nie była odpowiednio w liczbie reprezentowana przez młodszych adolescentów, przez co może nie być reprezentatywna i nie dawać podstaw do formułowania uogólnionych tez. Z pewnością warto by było powtórzyć badania, poszerzając badaną populację o mieszkańców wsi, małych miast oraz włączyć do badań większą liczbę 12/13-latków.

Umożliwiając dogłębne przyjrzenie się zarówno czynnikom ryzyka w występowaniu symptomów depresyjnych u adolescentów, jak i stosowanym strategiom, typowym dla przedstawicieli poszczególnych stylów przywiązania, przedstawione badania mogą okazać się wartościowe dla badaczy, klinicystów i terapeutów. Pozwalają ujrzeć problem depresji adolescentów z innej perspektywy, co może stanowić zachętę do dalszej eksploracji w kierunku poszukiwania sposobów jej zapobiegania oraz wypracowywaniu optymalnych metod interwencji.

Piśmiennictwo

1. McCauley E, Pavlidis K, Kendall K. Developmental precursors of depression: the child and the social environment. W: Goodyer IM, red. *The depressed child and adolescent*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001, s. 46–78.
2. Bemporad JR. Dynamic and interpersonal theories of depression. W: Reynolds WM, Johnson HM, red. *Handbook of depression in children and adolescents*. New York & London: Plenum press; 1994, s. 81–96.
3. Essau, CA, Dobson KS. Epidemiology of depressive disorders. W: Essau CA, Petermann F, red. *Depressive disorders in children and adolescents. Epidemiology, risk factors and treatment*. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson Inc; 1999, s. 69–104.
4. Nottelmann ED, Jensen PS. Comorbidity of depressive disorders: rates, temporal sequencing, course, and outcome. W: Essau CA, Petermann F, red. *Depressive disorders in children and adolescents. Epidemiology, risk factors and treatment*. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson Inc; 1999, s. 137–194.
5. Reynolds WM, Johnson HF. The nature and study of depression in children and adolescents. W: Reynolds WM, Johnson HM, red. *Handbook of depression in children and adolescents*. New York & London: Plenum Press; 1994, s. 3–18.
6. Fonagy P, Target M, Cottrell D, Phillips J, Kurtz A. *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents*; New York, London: The Guilford Press; 2005.
7. Eisen AR, Schaefer CE. *Separation anxiety in children and adolescents*. New York, London: The Guilford Press; 2005.
8. Bowlby J. *Attachment and Loss, vol. 1. Attachment*. London: Pimlico; 1997.

9. Siegel DJ. *The developing mind. How relationships and the brain interact to shape who we are.* New York, London: The Guilford Press; 1999.
10. Kamkar K, Doyle AB, Markiewicz D. Insecure attachment to parents and depressive symptoms in early adolescence: mediating roles of attributions and self-esteem. *Int. J. Psychol. Studies* 2012; 4 (2), s. 3–18.
11. Czub T. *Od przywiązania do tożsamości — prawidłowości i zaburzenia rozwoju.* Niepublikowane materiały: SWPS; 2001.
12. Crowell JA, Fraley RC, Shaver PR. Measurement of individual differences in adolescents and adult attachment. W: Cassidy J, Shaver PR, red. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications.* New York, London: The Guilford Press; 1999, s. 434–468.
13. Main M, Goldwyn R, Hesse E. *Adult attachment scoring and classification systems.* Unpublished manuscript: Regents of the University of California. 2002.
14. Waters E, Hamilton CE, Weinfield, NS. The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General introduction. *Child Dev.* 2000; 71(3):. 678–668.
15. Goldberg S. *Attachment and development.* London: Arnold; 2004.
16. Main M. *Recording and transcribing the Adult Attachment Interview.* Unpublished manuscript. Berkeley: University of California, 1999.
17. Allen JP, Land D. Attachment in adolescents. W: Cassidy J, Shaver PR, red. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications.* New York, London: the Guilford Press; 1999, s. 319–335.
18. Radochoński M. *Podstawy psychopatologii dla pedagogów.* Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego; 2001.
19. Shafii M, Lee Shafii S. *Clinical Manifestation and developmental psychopathology of depression.* W: Shafii M, Lee Shafii S, red. *Clinical guide to depression in children and adolescents.* Washington, London: American Psychiatric Press, Inc; 1992, s. 3–42.
20. Bowlby J. *A secure base. Clinical applications of attachment theory.* Hove, New York: Brunner-Routledge; 2004.
21. Goodyer IM. The influence of recent life events on the onset and outcome of major depression in young people. W: Essau C.A, Petermann F, red. *Depressive disorders in children and adolescents. Epidemiology, risk factors and treatment.* Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson Inc; 1999, s. 237–260.
22. Harrington R, Dubicka B. *Natural history of mood disorders in children and adolescents.* W: Goodyer IM, red. *The depressed child and adolescent.* Cambridge: Cambridge University Press; 2001, s. 353–381.
23. Beatson J, Taryan S. Predisposition to depression. The role of attachment. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2003; 37(2): 219–225.
24. Dawson G, Hessel D, Frey K. Social influences on early developing biological and behavioral systems related to risk for affective disorder. *Dev. Psychopath.* 1994; 6: 759–779.
25. Carnelley KB, Arbor A, Pietromonaco PR, Jaffe K. Depression working models of others, and relationship functioning. *J. Person. Soc. Psychol.* 1994; 66(1): 127–140.
26. Ingram RE. Origins of cognitive vulnerability to depression. *Cogn. Ther. Res.* 2003; 27(1): 77–88.
27. Shaw SK, Dallos R. Attachment and adolescent depression: the impact of early attachment experiences. *Attach. Hum. Dev.* 2005; 7(4): 409–424.
28. Hesse E. *The Adult Attachment Interview. Historical and current perspectives.* W: Cassidy J, Shaver PR, red. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications.* New York, London: the Guilford Press; 1999, s. 395–433.

29. Rola J. Depresja u dzieci. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, 2001.
30. Brooks-Gun J, Auth JJ, Petersen AC, Compas EC. Physiological processes and the development of childhood and adolescent depression. W: Goodyer I. M, red. *The depressed child and adolescent*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001, s. 79–118.
31. Koszewska I, Habrat-Pragłowska E. O depresji, o manii, o nawracających zaburzeniach nastroju. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2003.
32. Mustata A-E. The risk of eating disorders in adolescence and its association with the value of the body mass index, level of anxiety and level of depression. *Proc. Soc. Beh. Sci.* 2015; 187: 141–146.
33. Modrzejewska R, Bomba J. Porównanie objawów depresji w populacji uczniów krakowskich szkół podstawowych w latach 1984 i 2001. *Psychiatr. Pol.* 2009, tom XLIII, 2, s. 167–174.
34. Namysłowska I. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce — stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość. *Post. Nauk Med.* 2013, t. XXVI, nr 1, s. 4–9.
35. Iniewicz G. The specific features of adolescent depression – from developmental reaction to clinical syndrome. *Polish Psychol. Bull.* 2008, 39(3): 154–157.
36. Modrzejewska R, Bomba J. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych i używania substancji psychoaktywnych w populacji 17-letniej młodzieży wielkomejskiej. *Psychiatr. Pol.* 2010, tom XLIV, numer 4, s. 579–592.
37. Kolvin I, Sadowski H. Childhood depression: clinical phenomenology and classification. W: IM. Goodyer, red. *The depressed child and adolescent*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001, s. 119–142.
38. Reynolds WM. Assessment of depression in children and adolescents by self-report questionnaires. W: Reynolds W, Johnson HM, red. *Handbook of depression in children and adolescents*. New York & London: Plenum Press, 1994, s. 209–234.
39. Compas BE, Oppedisano G. Mixed anxiety/depression in childhood and adolescents. W: Sameroff AJ, Lewis M, Miller S, red. *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers. 2000, s. 531–548.
40. Kendall PC. Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Mechanizmy zaburzeń i techniki terapeutyczne. Gdańsk: GWP, 2004.
41. Hammen, C. Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne. Gdańsk: GWP, 2004.
42. Gunnell KE, Flament MF, Buchholz A, Henderson KA, Obeid N, Schubert N i inn. Examining the bidirectional relationship between physical activity, screen time, and symptoms of anxiety and depression over time during adolescence. *Prev. Med.* 2016, 88: 147–152.
43. Simpson JA, Rholes WS, Cambell L, Tran S, Wilson CL. Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. *J. Person. Social Psychol.* 2003; 84(6): 1172–1187.
44. Dozier M, Stovall KC, Albus KE. Attachment and psychopathology in adulthood. W: Cassidy J., Shaver PR, red. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. New York, London: the Guilford Press; 1999, s. 497–519.
45. Lyons-Ruth K, Easterbrooks MA, Cibelli CD. Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: Predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Dev. Psychol.* 1997; 33(4): 681–692.
46. Wei M, Heppner PP, Mallinckrodt B. Perceived coping as mediator between attachment and psychological distress: A structural equation modeling approach. *J. Couns. Psychol.* 2003; 50(4): 438–447.

47. Weinman ML, Buzi R, Smith PB, Mumford DM. Association of family support, resiliency, and depression symptoms among indigent teens attending a family planning clinic. *Psychol. Rep.* 2003; 93(3): 719–731.
48. Oliver LE, Whiffen VE. Perception of parents and partners and men's depressive symptoms. *J. Soc. Person. Relationships* 2003; 20(5): 621–635.
49. Higgins DJ. The relationship of childhood family characteristics and current attachment styles to depression and depressive vulnerability. *Austr. J. Psychol.* 2003; 55(1): 9–14.
50. Safford SM. The relationship of attachment style and cognitive style to depression and negative affectivity. *Diss. Abstr. Intern.: section B.* 2003; Vol. 64 (1B), s. 430.
51. Wautier G, Blume LB. The effects of ego identity, gender role, and attachment on depression and anxiety in young adults. *Identity* 2004; 4(1): 59.

Adres: anna@wendolowska.com