



Odczytywanie emocji przez osoby chore na depresję

Decoding of emotion in patients with depression

JOANNA SAWICKA, STANISŁAWA STEUDEN, MARIAN LEDWOCH

Katedra Psychologii Klinicznej Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II

STRESZCZENIE

Cel. Celem pracy było poznanie sposobu odczytywania emocji u osób chorych na depresję.

Metody. Badaniem objęto 56 osób – 28 hospitalizowanych z powodu depresji oraz 28 osób zdrowych. Zastosowano Skalę zdolności odczytywania emocji Kulikowskiej i Steuden, Inwentarz depresji Becka, Skalę empatii Mehrabiana i Epsteina oraz Inwentarz biograficzny pacjenta w opracowaniu Płużek.

Wyniki. Między osobami chorymi na depresję a zdrowymi nie stwierdzono istotnych różnic ilościowych w zakresie wyboru określeń dla grupy zdjęć o charakterze pozytywnym, negatywnym jak i neutralnym. Osoby chore wykazywały tendencję do przeceniania wysycenie emocjonalnego niektórych zdjęć pozytywnych bądź też postrzegały je neutralnie. Osoby zdrowe nieco częściej wybierały określenia pozytywne i neutralne, odnoszące się do poczucia własnej wartości, związane z pozytywnymi lub negatywnymi kontaktami społecznymi. W porównaniu z badanymi o niskim nasileniu depresji, osoby z bardziej nasilonym zaburzeniem istotnie częściej wybierały określenia o zabarwieniu pozytywnym lub negatywnym, dotyczące negatywnego kontekstu społecznego, własnej bezradności i bezsilności, samooskarżania się i poczucia winy

Wnioski. Występują znaczne podobieństwa w odczytywaniu emocji pomiędzy osobami chorymi na depresję a zdrowymi. Zauważa się jednak znaczne różnice w odczytywaniu emocji u osób o wysokim i niskim nasileniu depresji.

SUMMARY

Objectives. The aim of the study was to explore emotion decoding skills in patients with depression.

Method. Participants in the study (N=56) were 28 inpatients with depression and 28 healthy controls. The Scale for Emotion Decoding Skills by Kulikowska & Steuden, the Beck Depression Inventory, the Mehrabian & Epstein Emotional Empathy Scale, and the Patient's Biographic Inventory by Płużek were used.

Results. No significant quantitative differences were found between depressive inpatients and healthy controls regarding their choice of terms to describe positive, negative and neutral photographs. The patients tended to overrate the emotional saturation of some positive photos, or perceived them as neutral. Healthy controls somewhat more often selected positive and neutral terms referring to self-worth, associated with positive or negative social contacts. As compared to those with a low severity of depression, patients with high depression levels significantly more often selected either positive or negative terms referring to a negative social context, their own helplessness and powerlessness, self-accusation, and guilt feelings.

Conclusions. A considerable similarity between persons suffering from depression and healthy individuals was found as regards emotion decoding. However, marked differences in decoding of emotion were noted between those with a high or low depression severity.

Słowa kluczowe: depresja/odczytywanie emocji

Key words: depression/emotion decoding

Trafne odczytywanie emocji innych ludzi, a także świadomość własnych emocji, okazuje się mieć istotne znaczenie dla efektywnego funkcjonowania społecznego osoby oraz dla jej zdrowia psychicznego. Znajomość i umiejętność wyrażania własnych emocji pozwala na aktywne kształtowanie kontaktów z innymi, z kolei rozpoznawanie emocji innych ludzi jest pomocne przy uświadamianiu sobie własnych emocji. Możliwość odróżniania szczyrych przekazów emocjonalnych od nieszczyrych czy adekwatnych od nieadekwatnych to kolejne zalety trafnego odczytywania emocji [5]. Dzięki temu możliwe jest rozumienie innych ludzi oraz bycie wrażliwym na ich potrzeby, a także skuteczne radzenie sobie w różnorodnych sytuacjach społecznych oraz

komunikowanie się w sposób jasny, bezpośredni i spójny, co pomaga w osiągnięciu porozumienia z innymi osobami.

Heszen i Sęk [6] piszą, że Goleman zalicza spostrzeganie emocji innych ludzi oraz uświadamianie sobie własnych do kompetencji emocjonalnych człowieka i podkreśla ich znaczenie dla zdrowia psychicznego osoby. Zaznacza, iż deficyt w tym zakresie wiązać się może z trwałym, negatywnym nastawieniem emocjonalnym, wynikającym z braku optymizmu, nadmiaru depresyjności, dysfunkcji kontroli emocjonalnej czy braku empatii. Cechy te należą do głównych predyktorów licznych zaburzeń.

O wpływie stanu zdrowia, a także nastroju na zdolność odczytywania emocji, dowodzą badania przeprowadzone

w grupie osób zdrowych, które w sposób naturalny znajdowały się w nastroju negatywnym bądź pozytywnym, lub też negatywny nastrój został im zaindukowany.

Lukaszewski [7] przytacza wyniki Forgasa i Browera, którzy zauważyli, iż osoby będące w dobrym nastroju w porównaniu z osobami w nastroju negatywnym poświęcają więcej czasu na przetwarzanie informacji pozytywnych. Ponadto pamiętają one lepiej informacje o pozytywnym zabarwieniu i są w stanie sobie ich więcej przypomnieć. Badania te dały predykcje co do tego, iż skoro osoby skupiają swą uwagę częściej na informacjach zgodnych z ich nastrojem, mogą także w różny sposób, w zależności od przeżywanego nastroju, odczytywać emocje innych ludzi.

Przewidywania te potwierdzają badacze Bryne i Eysenck [8], stwierdzając, iż gdy osoby badane próbują rozpoznać emocje z twarzy oglądanych na zdjęciach, ich negatywny nastrój koreluje ze zwiększoną zdolnością do rozpoznawania ekspresji złości i agresji, nie wpływając przy tym na zdolność do rozpoznawania twarzy wyrażającej zadowolenie. Co ciekawe, Łukaszewski [7] podaje, iż Smith i Petty stwierdzają, iż oglądając zdjęcia przedstawiające neutralny wyraz twarzy, badani przejawiają tendencję do odczytywania emocji ze zdjęcia zgodnych z własnym nastrojem. W przypadku tym jednakże sposób odczytywania emocji zależy od samooceny. Gdy więc osoby charakteryzują się wysoką samooceną, nie odpowiadają negatywnie mimo zaindukowanego im nastroju o negatywnym zabarwieniu. Jeśli natomiast badani posiadają niską samoocenę, są skłonni do odpowiedzi zgodnych z własnym nastrojem.

Analiza przeprowadzonych rezultatów badań pozwala na postawienie pytania jak odczytują emocje innych ludzi osoby chore na depresję i czy ich sposób różni się od tego, który charakteryzuje osoby zdrowe. Skoro sam negatywny nastrój bądź niska samoocena nawet u osób zdrowych jest w stanie modyfikować odczytywanie emocji, to w jaki sposób odczytują emocje osoby, u których negatywny nastrój przybiera postać chorobową i których niska samoocena, poczucie beznadziejności oraz negatywne oczekiwania dotyczące komunikacji interpersonalnej związane są z objawami ich choroby [9, 10]? W teorii wyuczonej bezradności Seligman [11] podkreślał, iż osoba depresyjna spodziewa się przykrych zdarzeń, jest przekonana o niemożności ich uniknięcia, podkreślając iż powód negatywnej sytuacji jest stały, nie zmienia się w przyszłości i odnosi się do wielu zdarzeń [12], a styl atrybucji jawi się bardziej jako symptom depresji niż czynnik ryzyka [13]. Można więc sądzić, iż osoba depresyjna będzie skłonna także do ogólnie negatywnego, pesymistycznie zabarwionego odczytywania emocji innych ludzi. Zgłębienia tego tematu podjęli się kolejni badacze.

W celu uzyskania dokładniejszych informacji na temat sposobu, w jaki osoby z depresją mogą rozpoznawać emocje innych osób, stosuje się przede wszystkim techniki eksperymentalne, jednakże wyniki tak prowadzonych badań okazują się być niejednoznaczne. Brotman [15] podaje wyniki badań Mandala i in., które wskazują na błędy popełnione przez osoby chore na depresję przy rozpoznawaniu smutnych wyrazów twarzy. Rubinow i inni podkreślają także, iż osoby cierpiące na zaburzenie nastroju posiadają wybiórczy deficyt w rozpoznawaniu emocjonalnego wyra-

zu twarzy. Podobne stanowisko zajmuje George z innymi badaczami. Zaznacza on jednak, iż defekt w rozpoznawaniu emocji twarzy zależy od stanu nasilenia depresji, co oznacza, iż osoby w fazie depresyjnej popełniają więcej błędów w nazywaniu emocji mimicznych w porównaniu z osobami znajdującymi się w fazie remisji. Z kolei Kan i współpracownicy oraz Kaporow i in. mówią o negatywnym przesunięciu przy rozpoznawaniu emocji innych ludzi przez osoby chore na depresję, zaznaczając, iż przyczyny tego zjawiska nadal są nie poznane. Badania na tym gruncie nie są ponadto jednoznaczne – na przykład Bedion i in. wskazują brak istotnej różnicy w tym zakresie między cierpiącymi na depresję a osobami zdrowymi [14]. Najnowsze badania amerykańskie dowodzą jednak, iż osoby z depresją posiadają deficyty w zakresie identyfikowania emocji innych ludzi, a co więcej, deficyty takie posiadają także osoby w grupie ryzyka [15].

Na gruncie polskim nie przeprowadzono wielu badań w tej dziedzinie. Drat-Ruszczak [16] przytacza wyniki badań Sęk, które wskazują jednak, iż pacjenci depresyjni zauważają mniej gestów oraz czynności obserwowalnych w porównaniu z osobami chorymi na schizofrenię. Łukaszewski [7] zwraca uwagę na to, iż osoby cierpiące na depresję mają trudności z eliminacją rzeczy nieistotnych, cechuje je także wydłużenie procesu podejmowania decyzji bądź też tendencja do czynienia pochopnych uogólnień na podstawie pojedynczych faktów. Z kolei Lewczuk [17] podaje wyniki badań Dolaty i Czerniawskiej, które wskazują, iż osoby w depresji charakteryzują się brakiem spostrzegania twarzy neutralnej jako sygnału emocjonalnej neutralności, oceniając ją jako wyraz smutku czy szczęścia (w stanach remisji). Osoby te ujawniają deficyty w rozpoznawaniu szczęścia, podczas gdy wskaźniki identyfikacji smutku i wstrętu są u nich podwyższone.

Jedne z ostatnich badań zostały zrealizowane pod kierunkiem Raczkowiak i wsp. [14]. Badała ona osoby zdrowe i chore na depresję, jednakże swoje badanie eksperymentalne ograniczyła do odczytywania sześciu podstawowych emocji oraz wyrazu neutralnego twarzy. Jej badania okazały się być jednak cenne jeśli chodzi o odczytywanie emocji przez osoby chore na depresję w okresie rzutu choroby oraz remisji. Okazuje się bowiem, iż w obu tych przypadkach odczytywanie emocji jest upośledzone, a u badanych zmienia się jedynie subiektywna ocena własnych zdolności dotyczących odczytywania emocji – w czasie remisji oceniają jej poziom jako wyższy niż w czasie rzutu choroby.

Niejednoznaczność wyników badań oraz brak pogłębionych analiz dotyczących odczytywania emocji przez osoby chore na depresję w polskiej literaturze przedmiotu skłoniła autorów niniejszego opracowania do zajęcia się tym zagadnieniem.

CEL

Celem przeprowadzonych badań było poznanie sposobu odczytywania emocji przez osoby chore na depresję. Obszar badawczy wyznaczony został poprzez postawienie następujących pytań badawczych:

1. Czy osoby chore na depresję różnią się od osób zdrowych zdolnością odczytywania emocji?
2. Czy występują różnice w odczytywaniu emocji przez osoby o różnym stopniu nasilenia depresji?

OSOBY BADANE

Aby uzyskać odpowiedź na powyższe pytania, zbadanych zostało 56 osób, w tym 28 osób hospitalizowanych z powodu depresji w szpitalach psychiatrycznych na terenie województwa lubelskiego oraz 28 osób zdrowych.

Proporcja kobiet oraz mężczyzn w badanych grupach była zbliżona do 50% – wśród osób chorych było 15 kobiet i 13 mężczyzn, w grupie osób zdrowych liczba kobiet i mężczyzn wynosiła po 14. Średni wiek osoby badanej wynosił 51 lat (odchylenie standard. dla osób chorych =12,54, dla zdrowych =12,85). Przedziały wieku badanych przedstawia tabl. 1. W obydwu grupach najwięcej osób było zamężnych/zonatych (ponad 60%). Większość osób chorych, jak i zdrowych (około 54%) posiadała wykształcenie średnie.

Tabela 1. Przedziały wiekowe osób badanych
Table 1. Distribution of the subjects across age groups

Wiek	Osoby chore		Osoby zdrowe	
	N	%	N	%
26-35	5	18	5	18
36-45	3	11	5	18
46-55	9	32	7	25
56-65	8	29	7	25
66-75	3	11	4	14
Ogółem	28	100	28	100

Do grupy eksperymentalnej zostały przydzielone osoby z rozpoznaną przez psychiatrów depresją. Byli to chorzy, których stan psychiczny według oceny lekarskiej pozwalał na przeprowadzenie badań. Większość badanych chorych, to jest 20 osób (ok. 72%) cierpiała na depresję nawracającą. U 6 osób (21%) rozpoznano epizod depresyjny, a 2 osoby (7%) zmagaly się z depresją w przebiegu zaburzeń dwubiegunowych. Osoby cierpiące z powodu depresji w momencie przeprowadzania badań zmagaly się ze swoją chorobą średnio 7 lat. Wszystkie z nich oceniły swe samopoczucie jako złe.

Grupę kontrolną stanowiły osoby o podobnej charakterystyce demograficznej co do wieku i wykształcenia. Kryterium doboru osób do grupy kontrolnej była ich subiektywna ocena swojego samopoczucia jako dobrego. Na tej podstawie zrezygnowano z przeprowadzenia wśród osób zdrowych badania *Skala depresji* Becka.

W celu porównania sposobu odczytywania emocji osób o różnym nasileniu depresji, na podstawie wyników uzyskanych w *Skali depresji* Becka, wyodrębniono dwie grupy skrajne. W ten sposób 6 osób z najwyższymi wynikami przydzielono do podgrupy chorych z nasiloną depresją, a 7 osób z najniższymi wynikami – do podgrupy osób nienasiloną depresją.

METODY

W badaniach empirycznych zastosowano następujące metody.

Inwentarz biograficzny pacjenta w opracowaniu Z. Płużek [4] – do zebrania danych socjodemograficznych oraz informacji dotyczących rodziny pochodzenia oraz rodziny prokreacyjnej, ze zwróceniem uwagi na przeżywane uczucia osoby badanej do innych ludzi oraz subiektywnie odczuwane emocje kierowane względem badanych przez członków ich rodzin.

Skala empatii Mehrabiana i Epsteina [3] – w celu oszacowania ogólnego nasilenia empatii osoby badanej oraz zbadania jej struktury dzięki siedmiu następującym podskalom: Podatność na emocjonalne zarażanie, Rozumienie uczuć osób nieznanymi i dalekimi, Ekstremalna wrażliwość emocjonalna, Tendencja do wzruszania się doświadczeniami emocjonalnymi negatywnie przeżywanymi przez innych, Tendencja do wzruszania się doświadczeniami emocjonalnymi pozytywnie przeżywanymi przez innych, Gotowość do zawierania kontaktów z osobami potrzebującymi pomocy.

Skala zdolności odczytywania emocji w opracowaniu Kulikowskiej i Steuden [1] – metoda ta została po raz pierwszy wykorzystana do badań osób chorych na schizofrenię, realizowanych w Katedrze Psychologii Klinicznej KUL pod kierunkiem S. Steuden. Skala składa się z 13 zdjęć pojedynczych osób, które podzielone zostały ze względu na ich zabarwienie emocjonalne na zdjęcia o charakterze pozytywnym, negatywnym oraz neutralnym. Materiał badawczy prezentuje nie tylko twarze, ale również sylwetki i kontekst, co wydaje się bardziej naturalnym bodźcem. Do każdego ze zdjęć osoba badana otrzymuje listę określeń i jej zadaniem jest wybrać te, które według niej najlepiej opisują to, co odczuwa osoba przedstawiona na zdjęciu. Oprócz nazw emocji i uczuć, na stworzonej liście zauważyć można także nazwy czynności i stanów. Badany może zaznaczyć dowolną liczbę pozycji, a listy z określeniami różnymi dla każdego zdjęcia podawane są na osobnych kartkach. Podkreślić należy, iż zdjęcia te zawierają spontaniczne ekspresje emocji. Analiza materiału badawczego obejmowała porównane częstości wybierania każdego z określeń przez osoby chore na depresję oraz zdrowe przy pomocy testu χ^2 . Obliczono również średnie (M) oraz odchylenia standardowe (S) dla poszczególnych grup zdjęć (pozytywne, negatywne, neutralne), dla każdego z trzynastu zdjęć, a także dla każdego z określeń. Przeprowadzono również analizę jakościową uzyskanych danych empirycznych.

Skala depresji Becka [2] – ten test wykonywały tylko osoby chore na depresję i został on zastosowany w celu wyodrębnienia dwóch grup osób – o wysokim i niskim nasileniu depresji.

Komisja Etyczna udzieliła zgody na przeprowadzenie badań. Każda z osób badanych wyraziła zgodę na udział w badaniu oraz została poinformowana o jego celu i anonimowości. Osoby zdrowe wykonywały testy samodzielnie, natomiast większość chorych potrzebowała pomocy przy wypełnianiu arkusza odpowiedzi. Niektórym

osobom czytano protokoły oraz tłumaczono znaczenie pytań. Badani nie byli ograniczeni czasowo. Wykonanie testu zajmowało osobom chorym od 45 minut do półtorej godziny. Osoby zdrowe potrzebowały na to około pół godziny. Badani wypełniali metody w następującym porządku: *Inwentarz biograficzny pacjenta, Skala zdolności odczytywania emocji, Skala empatii*. Na koniec osoby chore dodatkowo wypełniały *Skalę depresji*.

WYNIKI

Prezentację wyników podzielono na dwie części: zdolność odczytywania emocji osób chorych na depresję oraz zdrowych, a także osób o różnym stopniu nasilenia depresji.

Zdolność odczytywania emocji osób chorych na depresję oraz zdrowych

Między osobami chorymi na depresję a zdrowymi nie stwierdzono istotnych różnic (test t Studenta) w zakresie częstości wybierania określeń dla grupy zdjęć o charakterze pozytywnym, negatywnym, jak i neutralnym. Zauważa się znaczne podobieństwa sposobu odczytywania emocji pozytywnych, negatywnych i neutralnych przez osoby chore na depresję oraz zdrowe, przy czym najwięcej różnic w ocenie zdjęć dokonanej przez te grupy występuje przy opisie zdjęć neutralnych.

Tabela 2. Częstość określeń wybieranych wobec zdjęć pozytywnych, negatywnych lub neutralnych przez chorych na depresję i zdrowych.

Table 2. Frequency of terms selected by depressed patients and healthy controls to describe positive, negative or neutral photographs

Zdjęcia	Chorzy na depresję		Osoby zdrowe		Test t Studenta	
	M	S	M	S	t	p
Pozytywne	28,9	8,62	32,0	9,3	-1,2	0,22
Negatywne	224,3	7,65	26,4	7,68	-1,1	0,30
Neutralne	19,7	7,6	21,1	7,16	-0,7	0,47

M średnia, S odchylenie standardowe, t statystyka testu Studenta, p poziom ufności

Wśród zdjęć o charakterze pozytywnym podobnie odczytane zostały emocje: euforia i zadowolenie, wśród emocji negatywnych: zamyślenie, podenerwowanie i smutek, a przy zdjęciach neutralnych – powaga. Podczas gdy osoby chore i zdrowe określały zdjęcia o charakterze pozytywnym podobnymi emocjami, to częściej identyfikowały te pozytywne emocje osoby zdrowe. Z kolei przy podobnej ocenie zdjęć o charakterze negatywnym przez obie grupy, to osoby chore częściej identyfikowały emocje negatywne.

Okazuje się, iż osoby chore przeceniały wysycenie emocjonalne niektórych zdjęć pozytywnych bądź też postrzegały je raczej neutralnie (zaangażowanie oceniają jako podekscytowanie, zadowolenie – jako radość, a ciekawość i zainteresowanie – postrzegają bardziej jako myślenie). Mówić tu można jednakże jedynie o tendencji, gdyż nie zawsze występowała taka prawidłowość.

Tabela 3. Różnice częstości wyboru różnych określeń emocji między chorymi na depresję a zdrowymi

Table 3. Differences between depressed patients and healthy controls in the frequency of various emotional terms they selected

Analizowane zmienne	Chorzy na depresję		Osoby zdrowe		Test χ^2	
	%	%	χ^2	p		
Określenia do zdjęć pozytywnych:						
Radość	78,6	96,4	4,08	0,043		
Ucieszenie	60,7	85,7	4,46	0,035		
Duma	60,7	85,7	4,46	0,035		
Przekonywanie	46,4	78,6	6,17	0,013		
Zaangażowanie	46,4	82,1	7,78	0,05		
Określenia do zdjęć negatywnych:						
Wyciszenie	57,1	82,1	4,14	0,042		
Refleksyjność	39,3	75,0	7,29	0,07		
Pretensja	32,1	64,3	5,79	0,016		
Określenia do zdjęć neutralnych:						
Zamyślenie	100,0	85,7	4,31	0,038		
Znudzenie	67,9	92,9	5,54	0,019		
Stagnacja	46,4	78,6	6,17	0,013		
Surowość	28,6	75,0	12,09	0,001		
Zdenerwowanie	14,3	39,3	4,46	0,035		

Jeśli chodzi o różnice istotne statystycznie pomiędzy częstością wybieranych stwierdzeń przez osoby chore na depresję oraz zdrowe, zauważa się, iż większe bogactwo opisu występuje u osób zdrowych. Najwięcej różnic pomiędzy grupą osób chorych i zdrowych było w przypadku oceny zdjęć neutralnych i pozytywnych. Osoby zdrowe znacząco częściej w porównaniu z badanymi chorymi na depresję wybierały określenia:

- zawierające emocje pozytywne,
- neutralne,
- odnoszące się do poczucia własnej wartości,
- związane z pozytywnymi jak i negatywnymi kontaktami społecznymi.

Zdolność odczytywania emocji u osób o różnym nasileniu depresji

Porównanie grup osób chorych wyodrębnionych ze względu na poziom depresji wskazuje na istniejące pomiędzy nimi różnice w zakresie zdjęć przedstawionych sytuacji o zabarwieniu pozytywnym, negatywnym i neutralnym.

Tabela 4. Częstość określeń wybieranych wobec zdjęć pozytywnych, negatywnych lub neutralnych przez chorych na depresję o mniejszym i większym nasileniu.

Table 4. Frequency of terms selected by patients with higher or lower depression severity to describe positive, negative or neutral photographs

Zdjęcia	Chorzy na depresję		Osoby zdrowe		Test t Studenta	
	M	S	M	S	t	p
Pozytywne	32,8	7,33	18,4	6,78	-3,76	0,003
Negatywne	28	7,69	16,3	5,68	-3,16	0,009
Neutralne	24,2	9,30	12,3	4,82	-2,96	0,013

M średnia, S odchylenie standardowe, t statystyka testu Studenta, p poziom ufności

Osoby z różnym nasileniem depresji w odmienny sposób odczytały wszystkie prezentowane im zdjęcia negatywne oraz większość pozytywnych jak i neutralnych. W każdej z tych grup więcej określiły osoby z wysokim poziomem depresji, przy czym wielorakość określiły uważa się szczególnie przy zdjęciach neutralnych.

Badani z obu porównywanych grup byli podobni przy wyborze najbardziej charakterystycznych emocji dotyczących dwóch zdjęć: jednego o charakterze pozytywnym, które zostało odczytane jako zadowolenie, oraz jednego neutralnego, które zostało zinterpretowane jako zamyślenie.

Osoby z wysokim poziomem depresji, w przypadku zdjęć o charakterze negatywnym, dokonały opisu o silniejszym zabarwieniu emocjonalnym. I tak, emocja odczytana przez osoby z niskim nasileniem choroby jako tęsknota, została zinterpretowana przez osoby z wysoką depresją jako żal. Z kolei zdjęcie przedstawiające według badanych z niskim poziomem choroby smutek, osoby z wysokim nasileniem choroby postrzegają bardziej jako tęsknotę i pretensję.

Ponadto, grupa osób z wysokim poziomem depresji podobny sposób oceniała dominującą emocję przy każdym ze zdjęć zarówno pozytywnych, negatywnych jak i neutralnych. W grupie osób z niskim nasileniem choroby taką prawidłowość zauważa się jedynie w opisie zdjęć o charakterze negatywnym.

Tabela 5. Różnice częstości wyboru różnych określeń emocji między chorymi na depresję o mniejszym i większym nasileniu

Table 5. Differences between patients with higher or lower depression severity in the frequency of various emotional terms they selected

Analizowane zmienne	Silniejsza depresja		Słabsza depresja		Test χ^2	
	%	%	χ^2	p		
Określenia do zdjęć pozytywnych:						
Podekscytowanie	100,0	42,9	4,95	0,026		
Radość	100,0	42,9	4,95	0,026		
Ucieszenie	100,0	42,9	4,95	0,026		
Zadowolenie	100,0	42,9	4,95	0,026		
Energia	83,3	28,6	3,90	0,048		
Fascynacja	83,3	28,6	3,90	0,048		
Natchnienie	50,0	0,0	4,55	0,033		
Określenia do zdjęć negatywnych:						
Głębokie przeżywanie	100,0	28,6	6,96	0,008		
Tęsknota	100,0	28,6	6,96	0,008		
Zdumienie	100,0	42,9	4,95	0,026		
Bezsilność	83,3	28,6	3,90	0,048		
Cierpienie	83,3	28,6	3,90	0,048		
Rozczarowanie	83,3	14,3	6,20	0,013		
Zachwył	83,3	28,6	3,90	0,048		
Niechęć	66,7	0,0	6,74	0,009		
Bezradność	50,0	0,0	4,55	0,033		
Określenia do zdjęć neutralnych:						
Znużenie	100,0	42,9	4,95	0,026		
Bezsilność	83,3	0,0	9,48	0,002		
Poczucie winy	66,7	0,0	6,74	0,009		
Surowość	50,0	0,0	4,55	0,033		
Wyjaśnianie	50,0	0,0	4,55	0,033		
Zdenerwowanie	50,0	0,0	4,55	0,033		

Osoby z wysokim poziomem depresji w porównaniu z badanymi o jej niskim nasileniu znacząco częściej wybierały określenia:

- zabarwieniu pozytywnym,
- zabarwieniu negatywnym,
- dotyczące negatywnego kontekstu społecznego,
- dotyczące przekonania o własnej bezradności i bezsilności,
- dotyczące samooskarżania się i poczucia winy.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Choć zauważa się znaczne podobieństwa w odczytywaniu emocji pomiędzy osobami chorymi na depresję a zdrowymi, okazuje się, że osoby zdrowe mają większą łatwość w odczytaniu emocji o charakterze pozytywnym, z kolei osoby depresyjne – negatywnym. Odnosząc to do wyników uzyskanych w *Inwentarzu biograficznym pacjenta* okazuje się, iż osoby zdrowe w opisie swoich rodziców znacząco częściej odnoszą się do ich pozytywnego nastroju. Zauważa się więc współwystępowanie trafności w odczytywaniu emocji o danym charakterze z nastrojem, jaki wiążą badani z ich domem rodzinnym.

Osoby zdrowe w porównaniu z chorymi znacząco częściej wybierały określenia zawierające emocje pozytywne i neutralne, a także odnoszące się do poczucia własnej wartości, dotyczy to także kontaktów społecznych. Mniejszy zakres wybieranych określeń przez osoby chore na depresję spowodowane być mogło niższą motywacją tych osób do aktywności. Jej przyczyną może być zmniejszona aktywność jąder podstawy oraz nadaktywność głębokich warstw układu limbicznego obecnych w depresji [18].

Tendencja osób depresyjnych do silniejszego skupiania uwagi na bodźcach negatywnych niż pozytywnych i neutralnych wynikała zapewne z objawów afektywnych samej choroby, jakimi są skłonność do przygnębienia, smutku i obniżonego nastroju [19].

Beck i in. [20] podkreślali, iż osoby cierpiące na depresję są skłonne do wyrażania negatywnych sądów dotyczących siebie, do samokrytycyzmu oraz samooskarżania, stąd zapewne – na podstawie własnej negatywnej oceny samego siebie – nie przypisywały innym osobom takiej cechy jak wysokie poczucie własnej wartości.

Jak wiadomo, do objawów behawioralnych depresji zalicza się wycofanie z aktywności społecznej, unikanie interakcji społecznych, dystansowanie się od innych [19, 21, 22, 23]. Dodatkowo wyniki uzyskane w *Inwentarzu biograficznym pacjenta* wskazują, iż osoby zdrowe znacząco częściej opisywały swoich rodziców w odniesieniu do kontaktów społecznych, przypisując im takie określenia, jak: towarzyskość, koleżeństwo, serdeczność. Być może z tego powodu osoby cierpiące na depresję znacząco rzadziej wiążą przeżywane przez ludzi emocje z relacjami społecznymi pozytywnymi.

Podkreślić należy, że – jak wynika z badań przeprowadzonych *Skalą empatii* – choć osoby depresyjne jawią się jako bardziej podatne na emocjonalne zarażanie niż osoby zdrowe, to owa tendencja do wzruszania się doświadczeniami innych nie wiąże się z równoczesnym rozumieniem przeżywanych przez nie uczuć.

Okazuje się jednak, iż hospitalizowane osoby depresyjne nie były grupą jednolitą. Tak jak podaje się zróżnicowaną

charakterystykę zachowania i objawów w zależności od nasilenia depresji dzieląc ją na łagodną (gdzie choroba często jest nierozpoznawalna), głęboką (kiedy to pacjent skarży się na brak uczuć i ciężkie cierpienie) i osłupienie depresyjne [24], tak też na podstawie przeprowadzonych badań zauważa się, iż mimo pozornego braku różnic w sposobie odczytywania emocji przez osoby depresyjne i zdrowe, zauważa się je przy podziale osób depresyjnych ze względu na poziom depresji.

Osoby z wysokim poziomem depresji w porównaniu z badanymi o jej niskim nasileniu znacząco częściej przypisywały fotografiom określenia o zabarwieniu pozytywnym, jak i negatywnym, dotyczyły one także negatywnego kontekstu społecznego, przekonania o własnej bezradności i bezsilności oraz samooskarżania się i poczucia winy.

W przypadku częstszego wybierania określeń o pozytywnym zabarwieniu emocjonalnym przez osoby z wysokim poziomem depresji, wnioskować tu można o pewnego rodzaju nadinterpretacji pozytywnych bodźców emocjonalnych i ich znaczenia w tej grupie. Tendencją tą wyjaśnia także porównanie wyników osób o skrajnym nasileniu depresji w skalach bloku emocjonalnego uzyskanych dzięki *Skali empatii* Mehrabiana i Epstaina. Osoby z wysokim natężeniem choroby znacząco częściej wykazywały podatność na emocjonalne zarażanie wskazywane przez Mehrabiana i Epsteina, miały silniejszą tendencję do wzruszania się doświadczeniami emocjonalnymi pozytywnie, jak i negatywnie przeżywanymi przez innych.

Ponadto, mówić można o projekcji uczuć przeżywanymi przez osoby z wysokim poziomie depresji na emocje odczytywane u innych osób. Jak twierdzili Beck i in. [20], negatywne myślenie, przekonanie o własnej bezradności i bezsilności a także samooskarżanie, to odczucia doznawane przez osoby chore na depresję. Z powodu zróżnicowanego nasilenia objawów, jakie przeżywają osoby o różnym nasileniu tej choroby [24], odczytywanie emocji innych osób było także zróżnicowane w grupach o skrajnym natężeniu depresji, a ową projekcją własnych negatywnych uczuć zauważa się znacząco częściej u osób doświadczonych silniejszym nasileniem choroby.

WNIOSKI

1. Występują znaczne podobieństwa w odczytywaniu emocji pomiędzy osobami chorymi na depresję a zdrowymi.
2. Osoby zdrowe mają większą łatwość w odczytywaniu emocji o charakterze pozytywnym, a osoby depresyjne – negatywnym.
3. Osoby zdrowe w porównaniu z chorymi na depresję znacząco częściej wybierają określenia związane z emocjami pozytywnymi i neutralnymi, a także odnoszące się do poczucia własnej wartości i kontaktów społecznych.
4. Zauważa się znaczne różnice w odczytywaniu emocji u osób o wysokim i niskim nasileniu depresji. Osoby z wysokim poziomem depresji projektują przeżywane przez siebie uczucia na emocje odczytywane u innych ludzi

– znacząco częściej wybierają określenia o zabarwieniu pozytywnym jak i negatywnym, dotyczące negatywnego kontekstu społecznego, przekonania o własnej bezradności i bezsilności oraz samooskarżania się i poczucia winy.

PIŚMIENNICTWO

1. Kulikowska A., Steuden S. Skala zdolności odczytywania emocji. Wersja eksperymentalna. Lublin: Katedra Psychologii Klinicznej KUL; 2007.
2. Parnowski T, Jenajczyk W. Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatr Pol.* 1977; 11: 417-425.
3. Mehrabian A, Epstein WA. Skala Empatii. Wersja eksperymentalna. *Journal of Personality.* 1972; 40 (4): 525-543.
4. Pluzek Z. Inwentarz Biograficzny Pacjenta. Lublin: KUL; 1975.
5. Matczak A, Piekarska J, Studniarek E. Skala Inteligencji Emocjonalnej – Twarze. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2005.
6. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
7. Łukaszewski W. Wielkie pytania psychologii. Gdańsk: GWP; 2003.
8. Bryne A, Eysenck MW. Trait anxiety, anxious mood and threat detection. *Cognition and Emotion*; 1995; 9: 549-562.
9. Moore RG, Garland A. Cognitive therapy for chronic and persistent depression. Chichester: Wiley & Sons Ltd; 2003.
10. Ledwoch M. Egzystencjalne aspekty depresji. Lublin: TN KUL; 2005.
11. Seligman MEP. Optymizmu można się nauczyć. Poznań: Media Rodzina; 1993.
12. Rosenhan D, Seligman M. Psychopatologia. Poznań: Zysk i S-ka; 2003. s. 392-395.
13. Ball HA, McGuffin P, Farmer AE. Attributional style and depression. *BJ Psychiatry.* 2008; 192 (4): 275-278.
14. Raczekowiak L, Suchorski M, Suchańska A. Wpływ depresji na rozpoznawanie i nazywanie emocji. *Wiadomości Psychiatryczne.* 2007; 10 (2): 83-39.
15. Brotman MA, Guyer AE, Lawson ES. Facial Emotion Labeling Deficits in Children and Adolescents at Risk for Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry.* 2008; 165 (3): 385-389.
16. Drat-Ruszczak K. Poznanie i emocje w schizofrenii. Różnicujący wpływ kontekstu społecznego. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1995.
17. Lewczuk J. Rozpoznawanie mimicznej ekspresji emocji. *Nowiny Psychologiczne.* 2007; 7 (3): 5-32.
18. Amen DG, Routh LC. Leczenie lęków i depresji. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS; 2005.
19. Hammen C. Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne. Gdańsk: GWP; 2006.
20. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press; 1975.
21. Billings AG, Moos RH. Psychosocial processes of remission in unipolar depression: Comparing depressed patients with matched community controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1985; 53: 314-325.
22. Hinchliffe MK, Hooper D, Roberts FJ. Melancholia małżeńska. Warszawa: PWN; 1987.
23. Tyra TL. Relacje małżeńskie pacjentów depresyjnych. Białystok: Wyd. UW; 1993.
24. Krzyżowski J. Depresja. Warszawa: Medyk; 2002.

Wpłynęło: 22.12.2009. Zrecenzowano: 28.01.2010. Przyjęto: 15.02.2010.

Adres: mgr Joanna Sawicka, Katedra Psychologii Klinicznej KUL Jana Pawła II, Al. Raclawickie 14, 20-950 Lublin