

EWELINA CICHON<sup>a</sup>  
RADOSŁAW KRYCIŃSKI<sup>a</sup>  
MARCIN FLORKOWSKI<sup>b</sup>  
REMIGIUSZ SZCZEPANOWSKI<sup>a</sup>

<sup>a</sup>SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny  
Wydział Zamiejscowy we Wrocławiu  
II Wydział Psychologii

<sup>b</sup>Uniwersytet Zielonogórski  
Instytut Psychologii

## METAPOZNANIE NASILA DEPRESJĘ POPRAZEC CECHĘ LĘKU: BADANIA W POPULACJI OSÓB ZDROWYCH PSYCHICZNIE

Wyniki dotychczasowych badań wskazują, że nieadaptacyjne przekonania metapoznawcze mogą być przyczyną objawów psychopatologicznych w postaci nadmiernego lęku i depresji. Ponadto ostatnie badania pokazują również, że lęk może nasilać objawy depresji. W naszym badaniu kwestionariuszowym sprawdzaliśmy hipotezę, czy czynnik lęku może być mediatorem zależności między nieprawidłowymi przekonaniem metapoznawczymi a objawami depresyjnymi u osób zdrowych. W badaniach udział wzięło 208 osób zdrowych, które odpowiadały na pytania Kwestionariusza Przekonań Metapoznawczych (MCQ), Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) i Skali Depresji Becka (BDI). W celu zbadania zależności między lękiem jako mediatorem a metapoznaniem i objawami depresji wykorzystano analizę mediacji. Na podstawie badań stwierdzono, że czynniki, takie jak pozytywne przekonania o zamartwianiu się, negatywne przekonania o myślach odnoszących się do braku kontroli i zagrożenia, niska pewność poznawcza, negatywne przekonania dotyczące konsekwencji braku kontroli nad myślami oraz samoświadomość poznawcza, były zależne od poziomu lęku związanego z nasileniem objawów depresji. Ponadto analiza mediacji

---

Adres do korespondencji: REMIGIUSZ SZCZEPANOWSKI – SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział Zamiejscowy we Wrocławiu, II Wydział Psychologii, ul. Ostrowskiego 30b, 53-238 Wrocław; e-mail: [rszczepanowski@swps.edu.pl](mailto:rszczepanowski@swps.edu.pl)

Publikacja została sfinansowana ze środków Narodowego Centrum Nauki, przyznanych w ramach grantu o numerze 2014/15/B/HS6/03834.

wskazała, że jedynie przekonania o pewności poznawczej miały bezpośredni wpływ na nasilenie się objawów depresji.

**Słowa kluczowe:** depresja; lęk; metapoznanie; analiza mediacji.

## WPROWADZENIE

Ryzyko wystąpienia ciężkich zaburzeń depresyjnych (*major depressive disorder*, MDD) w ciągu życia jest stosunkowo wysokie i może sięgać 21% w populacji kobiet i 13% w populacji mężczyzn (Kessler i in., 1994). Okazuje się, że zaburzenia nastroju mogą występować 10-20 razy częściej niż schizofrenia, a ponadto częstość ich występowania porównuje się z zachorowalnością na wszelkie typy zaburzeń lękowych (Carson, Mineka i Butcher, 1998). Dlatego wszelkie badania naukowe mające na celu ustalenie przyczyn psychopatologii zaburzeń nastroju są istotne ze względu na możliwość zapobiegania tym istotnym problemom zdrowia psychicznego, a także dla procesu zdrowienia w przypadku tego typu zaburzeń.

Liczne badania empiryczne dotyczące depresji sugerują, że charakterystyka związanych z nią objawów leży na kontinuum (Cox, Enns i Larsen, 2001). Z tego powodu niektórzy badacze wskazują na podobieństwo występowania objawów depresyjnych u osób zarówno z łagodną, jak i ciężką formą depresji (Cox i in., 2001). Tego typu wyniki mogą sugerować, że przypadki depresji nieklinicznej i klinicznej różnią się nasileniem, ale nie różnią się specyfiką objawów (Cox i in., 2001). Okazuje się, że koncepcja kontinuum objawów depresji została poparta przez wyniki analizy skupień (*cluster analysis*) opartej na wynikach w Inwentarzu Depresji Becka (BDI) (Beck, Alford, Mendelson, Mock i Erbaugh, 1961), która wskazuje, że charakterystyki objawów depresji dla populacji klinicznej i analogicznej próby nieklinicznej są jakościowo tożsame. Dlatego czynniki powstawania ryzyka objawów depresyjnych w populacji osób zdrowych, zidentyfikowane za pomocą kwestionariusza BDI, mogą być przydatne w zrozumieniu czynników psychopatologicznych leżących u podłoża ciężkich przypadków depresji.

Co ciekawe, istnieje wiele dowodów wskazujących na to, że nasilenie objawów lęku może poprzedzać zaburzenia depresyjne (Beck i Alford, 2009). Przykładowo, stwierdzono, że ciężkim zaburzeniom depresyjnym towarzyszą zaburzenia lękowe w 47,5% przypadkach, natomiast 26,1% pacjentów z zaburzeniami lękowymi cierpi jednocześnie na ciężką formę depresji (Beekman i in., 2000). Ważne badania podłużne przeprowadzone przez Wittchena i jego współpracowników (Wittchen, Kessler, Pfister, Höfler i Lieb, 2000) na bardzo dużej próbie

osób ( $N = 3021$ ) wykazały, że lęk w większości przypadków okazał się zasadniczym czynnikiem powstawania i utrzymywania objawów depresyjnych.

W kolejnych badaniach związków między lękiem a depresją wskazuje się na znaczenie podejścia metapoznawczego w rozumieniu powstawania zaburzeń emocjonalnych, zaproponowanego przez Wellsa i Matthews (1996). Zgodnie z takim modelem przetwarzania informacji związku między metapoznaniem a zaburzeniami emocjonalnymi mogą wynikać z nieprawidłowych wzorców emocjonalno-poznawczych (Wells i Matthews, 1996; Wells, 2009) oraz dysfunkcyjnych strategii i przekonań metapoznawczych, które przyczyniają się istotnie do rozwoju lęku oraz depresji (Papageorgiou i Wells, 2001, 2003). W ramach teorii metapoznawczej wyróżnia się dwa typy dysfunkcyjnego metapoznania w postaci pozytywnych oraz negatywnych przekonań na temat własnych procesów poznawczych (Wells, 2009). Osoby wyrażające pozytywne przekonania uważają, że ruminacje i zamartwianie się są użytecznymi strategiami radzenia sobie ze stresem (Papageorgiou i Wells, 2001, 2003), jednakże takie przekonania w długoterminowej perspektywie są odpowiedzialne za nasilenie uporczywego negatywnego sposobu myślenia (Papageorgiou i Wells, 2001). Negatywne przekonania metapoznawcze obejmują przekonania o braku możliwości kontroli myśli i doświadczeń poznawczych, które mogą powodować szkodliwe skutki interpersonalne, społeczne lub też przedłużające się cierpienie psychiczne (Papageorgiou i Wells, 2003; Wells, 2009). Dlatego zgodnie z teorią metapoznawczą uaktywnienie negatywnych przekonań i ocen dotyczących ruminaacji lub zamartwiania się jest faktycznie głównym czynnikiem powodującym nasilenie objawów lęku i depresji (Papageorgiou i Wells, 2003; Wells i Matthews, 1996).

Warto wspomnieć, że w wielu badaniach empirycznych próbuje się określać psychopatologiczne czynniki metapoznawcze prowadzące do objawów depresyjnych (Papageorgiou i Wells, 1999, 2001). W szczególności dysfunkcje metapoznania, przyczyniające się do psychopatologii zaburzeń lękowych i depresyjnych, zostały szeroko omówione w ramach opracowanego Kwestionariusza Przekonań Metapoznawczych (*Metacognitions Questionnaire*, MCQ; Cartwright-Hatton i Wells, 1997). Skala ta przeznaczona jest do pomiaru pięciu dysfunkcyjnych czynników metapoznawczych: (1) pozytywne przekonania o zamartwianiu się odnoszące się do osób, które uważają, że persewatywne myślenie jest użyteczne (*positive worry beliefs*) (MCQ1); (2) negatywne przekonania o myślach dotyczących braku kontroli i zagrożenia (*negative beliefs about uncontrollability of thoughts and danger*) (MCQ2), które odnoszą się do przekonań jednostek o tym, że natrętne myśli są niekontrolowalne i groźne; (3) niska pewność

poznawcza (*beliefs about cognitive confidence*) (MCQ3), czyli obniżone zaufanie do własnych procesów poznawczych pod względem uwagi i pamięci; (4) negatywne przekonania dotyczące konsekwencji braku kontroli nad myślami (*general negative beliefs – including responsibility, superstition, and punishment*) (MCQ4), związane z przekonaniem, że myśli muszą być kontrolowane; (5) samoświadomość poznawcza (*cognitive self-consciousness*) (MCQ5), oznaczająca monitorowanie własnych myśli i skupienie uwagi na doświadczeniach wewnętrznych. Wyniki badań pokazały, że wszystkie dysfunkcyjne czynniki metapoznawcze, mierzone za pomocą kwestionariusza MCQ, są diagnostyczne zarówno w przypadku nasilenia objawów depresji, jak i lęku (Spada, Nikčević, Moneta i Wells, 2008a). W szczególności w badaniu tym stwierdzono, że czynnik MCQ2 jest głównym predyktorem obu zaburzeń. Inne badanie (Spada, Mohiyeddini i Wells, 2008b) z wykorzystaniem pomiarów MCQ również wykazało, że zarówno lęk, jak i depresja są związane z niektórymi czynnikami MCQ. Naukowcy Ci zastosowali modelowanie strukturalne w celu zweryfikowania hipotezy badawczej, czy występowanie depresji i lęku jest wyjaśniane przez przekonania metapoznawcze. Przede wszystkim stwierdzono, że czynnik MCQ2 jest determinantem pojawiania się zarówno lęku, jak i depresji. Wyniki wskazują jednak, że czynniki takie, jak MCQ3, MCQ4 i MCQ5 pozwalają przewidywać nasilenie depresji, ale nie objawów lęku (Spada i in., 2008b). Co ciekawe, wyniki te wskazują, że metapoznanie wyjaśnia około 61% wariancji wyników dla lęku i 31% wariancji wyników depresji (Spada i in., 2008b).

Podsumowując powyższe wyniki badań można oczekiwać, że dysfunkcje metapoznania mogą wyjaśniać podatność na lęk lub depresję. Ponadto istnieje wiele dowodów na to, że zaburzenia lękowe współwystępują z objawami depresyjnymi (Wittchen, 1996). Dodatkowo niektórzy badacze sugerują, że lęk zwiększa ryzyko rozwoju depresji (Wittchen i in., 2000). Oznacza to, że współwystępowanie lęku i depresji może być faktycznie wyjaśniane przez dysfunkcyjne procesy metapoznawcze (Papageorgiou i Wells, 2001). Wobec powyższego można założyć, że lęk stanowi ważny czynnik przyczyniający się do pogłębienia objawów depresyjnych. Zgodnie z założeniem teoretycznym, mówiącym o tym, że obydwie zaburzenia mogą mieć identyczne źródła psychopatologii (Wittchen, 1996), można poszukiwać wspólnych przyczyn wystąpienia nieadaptacyjnych mechanizmów metapoznawczych i badać pośredniczącą rolę lęku w nasilaniu się objawów depresyjnych. W naszej opinii w niniejszym badaniu po raz pierwszy analizuje się wpływ dysfunkcyjnych przekonań metapoznawczych na nasilenie objawów depresyjnych poprzez cechę lęku za pomocą analizy mediacji. W naszym badaniu postawiliśmy następujące hipotezy badawcze: (1) istnieje

bezpośredni związek między metapoznaniem a depresją; (2) istnieje związek między metapoznaniem a lękiem; (3) lęk jest czynnikiem wyjaśniającym nasilenie objawów depresyjnych; (4) lęk jest mediatorem relacji między metapoznaniem a depresją.

## METODA

### Osoby badane

W badaniu wzięło udział 280 uczestników, w tym studenci II Wydziału Psychologii SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego we Wrocławiu, osoby zdrowe nie będące studentami ( $n = 6$ ), mieszkających na terenie Wrocławia, oraz studenci Instytutu Psychologii Uniwersytetu Zielonogórskiego; łącznie 161 kobiet i 47 mężczyzn, w wieku od 18 do 53 lat; średnia = 26,45;  $SD = 7,34$ . Wszyscy uczestnicy badania podpisali świadomą zgodę na badanie; studenci SWPS otrzymali punkty kredytowe za uczestnictwo w badaniu. Z analiz wykluczono osoby z historią zaburzeń psychicznych lub neurologicznych. Badanie zostało zatwierdzone przez lokalne komitety ds. etyki.

### Narzędzia badawcze

**Skala Depresji Becka** (*Beck's Depression Inventory*, BDI) (Beck i in., 1961). Polska wersja kwestionariusza BDI użyta w tym badaniu (Parnowski i Jernajczyk, 1976) składa się z 21 pozycji i jest narzędziem samoopisowym, służącym do oceny obecności i nasilenia objawów depresji. Każde stwierdzenie kwestionariusza jest oceniane przy użyciu 4-punktowej skali Likerta (od 0 do 3) na podstawie poziomu nasilenia objawów depresyjnych respondenta doświadczanych w okresie ostatnich dwóch tygodni. Każda pozycja kwestionariusza obejmuje cztery stwierdzenia, opisujące coraz większe nasilenie danego objawu depresji.

**Kwestionariusz Metapoznania** (MCQ) (Cartwright-Hatton i Wells, 1997). Kwestionariusz MCQ składa się z 65 pozycji, które służą do oceny dysfunkcjonalnych przekonań metapoznawczych. Za pomocą tego narzędzia mierzy się pięć czynników metapoznawczych: (1) pozytywne przekonania o zamartwianiu (MCQ1, np. „Zamartwianie się pomaga mi uniknąć problemów w przyszłości”,  $\alpha = 0,87$ ); (2) negatywne przekonania o myślach dotyczących braku kontroli i zagrożenia (MCQ2, np. „Jeśli nie będę kontrolować moich obaw, one przejmą kontrolę nade mną”,  $\alpha = 0,89$ ); (3) przekonania dotyczące pewności poznawczej

(MCQ3, np. „Mam słabą pamięć”,  $\alpha = 0,84$ ); (4) negatywne przekonania dotyczące konsekwencji braku kontroli nad myślami (MCQ4, np. „Źle jest myśleć niektóre rzeczy”,  $\alpha = 0,74$ ); (5) samoświadomość poznawcza (skłonność skupiania uwagi na procesie myślenia, MCQ5, np. „Monitoruję swoje myśli”,  $\alpha = 0,72$ ).

Stwierdzenia są oceniane na skali od 1 („nie zgadzam się”) do 4 („całkowicie się zgadzam”). W niniejszym badaniu wykorzystano polską wersję skali (zob. Gawęda i Kokoszka, 2014).

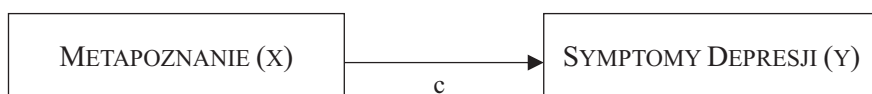
**Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI** (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg i Jacobs, 1983). Kwestionariusz STAI służy do pomiaru cechy i stanu lęku. Lęk-stan jest rozumiany jako uwarunkowany sytuacyjnie i przejściowy stan jednostki, który ocenia się, pytając badanego o uczucia, które odczuwa „teraz”. Lęk-cecha ocenia stosunkowo stabilne skłonności do odczuwania lęku. Skala STAI składa się z dwóch podskal lęku; każda zawiera 20 pozycji, ocenianych za pomocą 4-punktowej skali Likerta. W badaniu zastosowaliśmy polską adaptację STAI (Sosnowski, Wrześniewski, Jaworowska i Fecenec, 2002).

### Analiza statystyczna

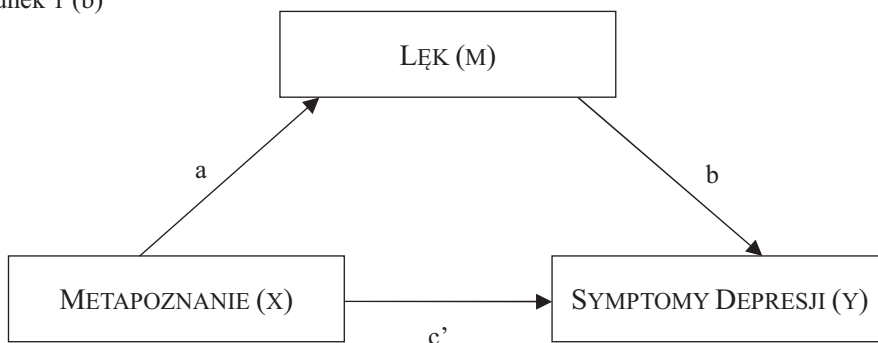
Analizy danych dokonano przy użyciu programu SPSS (wersja 20, IBM SPSS). W pierwszej kolejności obliczono korelacje Pearsona, aby określić związek między lękiem, depresją a przekonaniem metapoznawczymi. W kolejnym kroku sprawdzano wpływ mediacyjnej roli cechy lęku na zależność między przekonaniem metapoznawczymi a objawami depresyjnymi. W tym celu przeprowadzono analizę mediacji przy użyciu metody bootstrappingu w programie SPSS zaproponowanej przez Hayes (2012). W ten sposób analiza mediacji umożliwiła oszacowanie efektów całkowitych, bezpośrednich i pośrednich według metod zalecanych przez Preachera i Hayes (2004). Zgodnie z tą metodą, aby stwierdzić występowanie efektu mediacji, należy kolejno sprawdzić prawdziwość szeregu założeń. Po pierwsze, zmienna niezależna (czynniki metapoznawcze) powinna istotnie przewidywać nasilenie zmiennej zależnej (objawy depresji; zob. ścieżka *c* na wykresie). Zgodnie z takim modelem oczekuje się, że zmienna niezależna będzie przewidywała zmienną w postaci mediatora (*M* – lęk; zob. ścieżka *a* na Rysunku 1). Po trzecie, mediator musi w istotny sposób przewidywać zmienną *Y*, przy jednoczesnej kontroli zmiennej niezależnej (ścieżka *b*). Dlatego przyjmuje się, że mediacja występuje w sytuacji, gdy zmienna *X* przewidyuje zmienną *Y* w modelu regresji za pomocą mediatora, a wartość ścieżki *c* zostaje wyeleminowana lub istotnie zredukowana (Baron i Kenny, 1986) (zob. Rysunek 1).

W metodzie mediacji (Hayes, Preacher i Myers, 2011; Preacher i Hayes, 2004) przyjmuje się założenie, że istnieje bezpośredni wpływ zmiennej  $X$  na  $Y$  (ścieżka od  $X$  do  $Y$ ), a także efekt pośredni, w ramach którego zmienna  $X$  wpływa na czynnik  $M$ , który z kolei wpływa na czynnik  $Y$ . W celu oszacowania współczynników dla efektów pośrednich, bezpośrednich i całkowitych przeprowadzono analizę mediacji, losując 5000 próbek metodą bootstrappingu. Następnie wyznaczono dla każdego efektu skorygowane 95-procentowe przedziały ufności. Założono, że efekt mediacji występuje wówczas, gdy przedziały ufności nie zawierają wartości zerowych, co w rezultacie wskazuje na wystąpienie istotnego efektu pośredniego.

Rysunek 1 (a)



Rysunek 1 (b)



Rysunek 1. Model zależności między metapoznaniem a objawami depresyjnymi (a); model mediacyjny zależności między metapoznaniem a objawami depresyjnymi poprzez lęk (b).

## WYNIKI

### Charakterystyka demograficzna i psychologiczna grup

W pierwszym kroku, z tego powodu, że nasza próba obejmowała zarówno ochotników, jak i studentów, sprawdziliśmy, czy obie populacje różnią się pod względem zmiennych demograficznych i psychologicznych. Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy grupą studentów i zdrowych ochotników pod wzglę-

dem płci ( $\chi^2(1, 208) = 2,65; p > 0,10$ ) i wieku ( $U = 475,5; p > 0,30$ ). Nie zaobserwowano również różnic w stopniu nasilenia wymiarów MCQ (MCQ1:  $U = 503; p > 0,40$ , MCQ2:  $U = 550,5; p > 0,70$ , MCQ3:  $U = 504; p > 0,40$ , MCQ4:  $U = 604; p > 0,90$ ; MCQ5:  $U = 588,5; p > 0,90$ ). Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy studentami a ochotnikami w zakresie nasilenia lęku ( $U = 537; p > 0,60$ ) i depresji ( $U = 390,5; p > 0,10$ ).

### Związki między przekonaniem metapoznawczym, lękiem a objawami depresji

Wyniki analizy korelacji przedstawiono w Tabeli 1. Stwierdzono, że najsilniejszy związek zachodzi między czynnikami MCQ2 a MCQ4. Okazało się również, że objawy depresyjne były umiarkowane i dodatnio skorelowane z czynnikami MCQ1, MCQ2, MCQ3 i MCQ4. Pomędzy objawami depresyjnymi a czynnikiem MCQ5 zachodziła słaba korelacja o wartości dodatniej. Ponadto wystąpiły umiarkowane i dodatnie korelacje pomiędzy lękiem a czynnikami MCQ1, MCQ2, MCQ3, MCQ4, a także pozytywne i słabe związki między lękiem a czynnikiem MCQ5. Stwierdzono również silną, dodatnią korelację między depresją a lękiem.

Tabela 1

Związki między przekonaniem metapoznawczym, lękiem i objawami depresji (N = 208)

	Metapoznanie					Lęk	Depresja
	MCQ1	MCQ2	MCQ3	MCQ4	MCQ5	STAI-T	BDI
MCQ1	–	0,650***	0,516***	0,739***	0,599***	0,462***	0,342***
MCQ2		–	0,638***	0,777***	0,555***	0,595***	0,490***
MCQ3			–	0,593***	0,339**	0,489***	0,434***
MCQ4				–	0,633***	0,450***	0,369***
MCQ5					–	0,216**	0,161*
STAI-T						–	0,705***
BDI							–

*Uwaga.* BDI – Skala Depresji Becka; STAI-T – Lęk-cecha; MCQ1 – pozytywne przekonania dotyczące zmartwienia się; MCQ2 – negatywne przekonania o myślach odnoszących się do braku kontroli i zagrożenia; MCQ3 – niska pewność poznawcza; MCQ4 – negatywne przekonania dotyczące konsekwencji braku kontroli nad myślami; MCQ5 – samoświadomość poznawcza; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .



### Analiza mediacji

Na początku przeprowadzono wstępną analizę za pomocą testu t Studenta, aby stwierdzić, czy zachodzi wpływ czynnika płci na zmienne zależne i niezależne. Nie wykazano różnic w zakresie wymiarów metapoznania, depresji i cechy lęku w odniesieniu do płci (zob. Tabela 2); dlatego też zmienną płć pominięto w modelu mediacyjnym. W następnym kroku sprawdzano wpływ wieku na zmienne niezależne i zależne. W tym celu została przeprowadzona analiza korelacji między wszystkimi zmiennymi a czynnikiem wieku. Ponieważ nie było żadnych istotnych związków pomiędzy wiekiem a objawami depresyjnymi, metapoznaniem oraz cechą lęku (zob. Tabela 2), zmienna wiek nie została uwzględniona w modelu.

Tabela 2

*Korelacje między wiekiem, zmiennymi zależnymi i niezależnymi (depresja, lęk-cecha i metapoznanie) oraz różnice płciowe dotyczące zmiennych zależnych i niezależnych*

Zmienne		Wiek		Płeć					
		N = 208		Mężczyźni (n = 47)		Kobiety (n = 161)			
		r Pearsona	Wartość p	M	SD	M	SD	t	Wartość p
Dysfunkcjonalne metapoznanie	MCQ1	-0,061	p > 0,30	33,68	12,63	33,14	12,08	-0,269	p > 0,70
	MCQ2	0,049	p > 0,40	33,08	10,06	33,84	12,50	0,379	p > 0,70
	MCQ3	0,003	p > 0,90	19,77	6,06	19,24	6,96	-0,472	p > 0,60
	MCQ4	-0,026	p > 0,70	24,06	7,38	24,22	7,92	0,119	p > 0,90
	MCQ5	-0,036	p > 0,60	16,79	3,85	17,66	4,60	1,184	p > 0,20
Lęk-Cecha	STAI	0,000	p > 0,90	40,06	9,11	40,51	9,47	1,666	p > 0,09
Depresja	BDI	-0,046	p > 0,50	7,53	6,68	6,26	7,18	-1,083	p > 0,20

*Uwaga.* MCQ1 – pozytywne przekonania dotyczące zamartwiania się; MCQ2 – negatywne przekonania o myślach odnoszących się do braku kontroli i zagrożenia; MCQ3 – niska pewność poznawcza; MCQ4 – negatywne przekonania dotyczące konsekwencji braku kontroli nad myślami; BDI – Skala Depresji Becka; \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

Przeprowadzona przez nas analiza wykazała, że wszystkie dysfunkcjonalne przekonania metapoznawcze, obejmujące takie czynniki, jak MCQ1, MCQ2, MCQ3, MCQ4 i MCQ5, istotnie wyjaśniały występowanie objawów depresyjnych u osób zdrowych. Czynniki cecha lęku spełniała założenia dla zmiennej typu

mediatora w odniesieniu do tych związków. Współczynniki ścieżek i błędy standardowe analizowanych efektów pośrednich przedstawiono w Tabeli 3.

Tabela 3

*Analiza mediacyjna. Współczynniki ścieżek i błędy standardowe testujące istotność efektu pośredniego dla związku pomiędzy MCQ a mediatorem STAI-T, a także zmienną zależną BDI*

Zmienna niezależna (X)	Mediator (M)	Zmienna zależna (Y)	Med. Schem.	Współczynniki ścieżek	t/Z	Oszacowanie	Bootstrap 95% PU	
							dolna granica	górna granica
MCQ1		BDI	c	0,199 (0,038)	5,22***			
MCQ1	STAI-T		a	0,348 (0,047)	7,47***			
(MCQ1)	STAI-T	BDI	b	0,536 (0,043)	12,44***			
MCQ1	(STAI-T)	BDI	c'	0,012 (0,032)	0,37 n.s.	0,186 (0,04)	0,122	0,264
MCQ2		BDI	c	0,290 (0,03)	8,06***			
MCQ2	STAI-T		a	0,456 (0,04)	10,62***			
(MCQ2)	STAI-T	BDI	b	0,493 (0,05)	10,45***			
MCQ2	(STAI-T)	BDI	c'	0,065 (0,04)	1,79 n.s.	0,225 (0,04)	0,159	0,301
MCQ3		BDI	c	0,455 (0,06)	6,92***			
MCQ3	STAI-T		a	0,664 (0,08)	8,05***			
(MCQ3)	STAI-T	BDI	b	0,499 (0,04)	11,51***			
MCQ3	(STAI-T)	BDI	c'	0,123 (0,06)	2,09*	0,331 (0,06)	0,229	0,455
MCQ4		BDI	c	0,335 (0,06)	5,70***			
MCQ4	STAI-T		a	0,531 (0,07)	7,24***			
(MCQ4)	STAI-T	BDI	b	0,521 (0,04)	12,20***			
MCQ4	(STAI-T)	BDI	c'	0,059 (0,05)	1,18 n.s.	0,276 (0,05)	0,177	0,397
MCQ5		BDI	c	0,256 (0,11)	2,34*			
MCQ5	STAI-T		a	0,446 (0,14)	3,18**			
(MCQ5)	STAI-T	BDI	b	0,542 (0,04)	13,84***			
MCQ5	(STAI-T)	BDI	c'	0,014 (0,08)	0,17 n.s.	0,242 (0,09)	0,091	0,436

*Uwaga.* MCQ1 – pozytywne przekonania dotyczące zamartwiania się; MCQ2 – negatywne przekonania o myślach odnoszących się do braku kontroli i zagrożenia; MCQ3 – niska pewność poznawcza; MCQ4 – negatywne przekonania dotyczące konsekwencji braku kontroli nad myślami; BDI – Skala Depresji Becka; STAI-T – Lęk-cecha; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Wyniki wyraźnie pokazują, że cztery typy metapoznawczych przekonań (MCQ1, MCQ2, MCQ4 i MCQ5) pośrednio wpływają na występowanie objawów depresyjnych. Ponadto stwierdzono, że cecha lęku może pośredniczyć związek między nasileniem objawów depresyjnych a dysfunkcjonalnymi przekonaniem metapoznawczymi (zob. Tabela 3). Co więcej, okazało się, że czynnik MCQ3 wpływa na nasilenie objawów depresyjnych zarówno w sposób bezpośredni, jak i pośrednio poprzez cechę lęku. W szczególności badania efektów

pośrednich wskazały, że związki między dysfunkcjonalnymi przekonaniem metapoznawczymi MCQ1 (95% CI: 0,122 do 0,264), MCQ2 (95% CI: 0,159 do 0,301), MCQ3 (95% CI: 0,229 do 0,455), MCQ4 (95% CI: 0,177 do 0,397) i MCQ5 (95% CI: 0,091 do 0,436) a nasileniem objawów depresyjnych były mediowane przez cechę lęku. Zaobserwowano również bezpośredni związek między metapoznaniem a objawami depresyjnymi w przypadku czynnika MCQ3 ( $t = 2,09; p < 0,05$ ).

## DYSKUSJA

W zaprezentowanym badaniu uzyskano istotne wyniki potwierdzające występowanie związków między cechą lęku a dysfunkcjami metapoznania w populacji ogólnej. Otrzymane wyniki wskazują, że zmienne MCQ1, MCQ2, MCQ3, MCQ4 i MCQ5 mogą wpływać na nasilenie się objawów w postaci długotrwałego lęku. Ponadto analiza mediacji pokazuje, że zaobserwowany wpływ zmiennych MCQ1, MCQ2, MCQ4 i MCQ5 na objawy depresyjne był w pełni zależny od efektu nasilania cechy lęku, podczas gdy zmienna MCQ3 wpływała na występowanie objawów depresyjnych zarówno poprzez cechę lęku, jak i w sposób bezpośredni. W związku z tym wyniki naszych badań wnoszą szerszą perspektywę rozumienia psychopatologii obu zaburzeń i pokazuje, że metapoznanie może mieć znaczący wpływ na nasilenie objawów depresyjnych u ludzi przy wyższym poziomie lęku.

Wyniki naszych badań sugerują również, że czynniki metapoznawcze związane z lękiem i objawami depresyjnymi w próbie nieklinicznej mogą być zróżnicowane. Jak wspomniano wcześniej, Spada i współpracownicy (2008b), posługując się modelem równań strukturalnych, stwierdzili, że zmienne MCQ2, MCQ3, MCQ4 i MCQ5 są istotnymi czynnikami wyjaśniającymi występowanie objawów depresyjnych, ale tylko czynnik MCQ2 przewidywał nasilenie lęku. Jednakże należy dodać, że badacze Ci w miejsce narzędzi BDI i STAI użyli kwestionariusza Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS*) (Zigmond i Snaith, 1983) w celu oceny nasilenia lęku i depresji w próbie osób zdrowych. W ostatnich badaniach przeprowadzonych przez Gawędę i Kokoszkę (2014) użyto skal BDI i STAI do pomiaru depresji i stanu lęku w populacji ogólnej i zaobserwowano, że czynniki MCQ2, MCQ3 i MCQ4 są związane z lękiem i depresją. Takie rozbieżności, w porównaniu z naszymi wynikami, mogą wynikać z różnych podejść metodologicznych do pomiaru depresji i lęku. Ogólnie uważa się, że stan lęku związany jest z tymczasowym stanem odczuwanego lęku, podczas gdy lęk jako cecha może opisywać ogólną i długo-

trwałą tendencję do odczuwania lęku (Spielberger i in., 1983). Na przykład w badaniach Gawędy i Kokoszki (2014) stan lęku nie był związany z czynnikami MCQ1 i MCQ5, natomiast w naszych badaniach okazuje się, że te czynniki metapoznawcze mogą nasilać cechę lęku. Zatem czynniki MCQ1 i MCQ5 mogą mieć specyficzny wpływ na odczuwanie długotrwałego, a nie chwilowego stanu lęku, dlatego też można przypuszczać, że stanowią one istotną przyczynę cierpienia psychicznego w populacji lękowej. Co ciekawe, Wells i Cartwright-Hatton (2004) stwierdzili również, że cecha lęku jest dodatnio skorelowana z podskalami MCQ2 i MCQ3, a także czynnikiem MCQ1. Jednakże w przeprowadzonych przez nas analizach zaobserwowaliśmy, że wpływ czynnika MCQ1 na objawy depresyjne jest całkowicie pośredniczony przez cechę lęku. Wyniki te stanowią dodatkowe wsparcie tezy, że w szczególności czynnik MCQ1 może wpływać na trwałe nasilenie odczuwanego lęku i pogłębienie się objawów depresji.

Mimo iż badania dysfunkcyjnego metapoznania w odniesieniu do lęku i depresji są ogólnie znane, nasze wyniki wydają się poszerzać poznawcze spojrzenie na występowanie zaburzeń depresyjnych. Mianowicie, niniejsze badanie rozbudowuje teoretyczną perspektywę rozumienia psychopatologii obydwu zaburzeń poprzez wykazanie, że metapoznanie ma istotny wpływ na nasilenie objawów depresyjnych przez nasilenie cechy lęku. W szczególności uważamy, że lęk może współtworzyć patologiczny mechanizm łączący procesy metapoznawcze w odniesieniu do nasilenia objawów depresyjnych. Według naszej aktualnej wiedzy na temat tego typu badań zaprezentowane tutaj wyniki po raz pierwszy wykazują, że czynnik w postaci cechy lęku może być mediatorem w zależności między nieprawidłowymi przekonaniem metapoznawczymi a objawami depresji.

Nasze wyniki wskazują również na to, że lęk jest ważnym mediatorem w odniesieniu do związków między wszystkimi czynnikami metapoznawczymi (MCQ1, MCQ2, MCQ3, MCQ4 i MCQ5) a nasileniem się depresji. Zaproponowany model mediacji umożliwiał również ocenę bezpośredniego wpływu nieprawidłowych przekonań metapoznawczych na pojawianie się depresji. Co ciekawe, zaobserwowano, że tylko zmienna MCQ3 miała bezpośredni wpływ na objawy depresyjne, bez występowania pośredniego efektu lęku. Zatem wydaje się, że w sposób oczywisty takie wyniki można interpretować jako potwierdzenie tego, że osoby z dysfunkcyjnymi przekonaniem metapoznawczymi częściej doświadczają patologicznego długotrwałego lęku, co w efekcie powoduje zaostrenie objawów depresyjnych. Należy zauważyć, że zmienna MCQ3, która odnosi się do obniżonych zdolności do poznawczej oceny występowania (lub ich braku) obiektywnych deficytów (Papageorgiou i Wells, 2003), może w specyficzny sposób wpływać na nasilenie się objawów depresyjnych, niezależnie od

poziomu lęku. Doświadczenie obniżonej efektywności procesów pamięci i myślenia może mieć bezpośredni wpływ na doświadczanie negatywnych emocji i trudności w elastycznym rozwiązywaniu problemów, co może mieć kluczowe znaczenie dla skutecznego radzenia sobie (Wells, 2000). Ponadto obniżone zaufanie do własnych zdolności poznawczych może wpływać na całościową niską samoocenę u osób cierpiących na depresję i nawracające, wysoce samokrytyczne sądy dotyczące Ja, takie jak np. „jestem bezużyteczny/bezużyteczna”, które nasilają i podtrzymują objawy depresyjne.

Biorąc pod uwagę wyniki naszego badania oraz badań wcześniejszych warto podkreślić, że uzyskane rezultaty sugerują, że metapoznanie, a zwłaszcza negatywne przekonania o niekontrolowaniu myśli i zagrożenia, mogą stanowić bardziej ogólne przyczyny cierpienia psychicznego człowieka, które nie ograniczają się tylko do objawów depresji i lęku. Na przykład czynnik MCQ2 okazał się podstawowym predyktorem wyjaśniającym zachorowalność na psychozy (np. Gawęda, Cichoń i Szczepanowski, 2015; Varese i Bentall, 2011). Co więcej, takie specyficzne następstwa przekonań metapoznawczych, powodujących depresję z powodu nasilenia lęku, stanowią dodatkowe poparcie hipotezy badawczej sugerującej, że lęk i depresja mają wspólne źródła psychopatologii.

Należy również podkreślić, że nasze badania mają pewne ograniczenia metodologiczne. Głównym ograniczeniem jest to, że analizowana próba osób jest stosunkowo mała, dlatego kolejne badania powinno się przeprowadzić na większej liczbie osób. Po drugie, użyta analiza mediacyjna miała charakter korelacyjny, w związku z czym staje się oczywiste to, że interpretacja przyczynowo-skutkowa wyników badania jest ograniczona. Wobec powyższego należy również określić alternatywny model mediacji, w którym jako możliwy mediator traktuje się zmienną w postaci objawów depresyjnych, a lęk wystąpi jako zmienna zależna. W związku z tym, w celu zweryfikowania hipotez wskazanych w naszym badaniu, przyszłe badania należy zaplanować, uwzględniając właśnie model alternatywny dla zależności między zmiennymi. Kolejnym problemem w naszym badaniu jest to, że próba obejmowała głównie studentów psychologii, dlatego trzeba zachować ostrożność przy próbach uogólniania wyników. Warto też podkreślić, że próba badawcza była ograniczona do populacji nieklinicznej, dlatego wnioski z naszych badań powinny być ograniczone do populacji ogólnej. Jednak naszym zdaniem uzyskane wyniki dają się również adekwatnie odnieść do wyjaśniania klinicznych przypadków depresji.

## LITERATURA CYTOWANA

- Baron, R. M. i Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Beck, A. T. i Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment* (2nd ed.). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. i Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 562(4), 53-63.
- Beekman, A. T., de Beurs, E., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R. i van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89-95.
- Carson, R. C., Butcher, J. N. i Mineka, S. (1998). *Abnormal psychology and modern life* (wyd. 10). New York: Longman.
- Cartwright-Hatton, S. i Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(3), 279-296.
- Cox, B. J., Enns, M. W. i Larsen, D. K. (2001). The continuity of depression symptoms: Use of cluster analysis for profile identification in patient and student samples. *Journal of Affective Disorders*, 65(1), 67-73.
- Gawęda, Ł., Cichoń, E. i Szczepanowski, R. (2015). Dysfunctional meta-cognitive beliefs mediate the relation between temperament traits and hallucination-proneness in non-clinical population. *Psychiatry Research*, 229(3), 1047-1051.
- Gawęda, Ł. i Kokoszka, A. (2014). Meta-cognitive beliefs as a mediator for the relationship between Cloninger's temperament and character dimensions and depressive and anxiety symptoms among healthy subjects. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 1029-1037.
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling [Biała księga]. Strona internetowa: <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>
- Hayes, A. F., Preacher, K. J. i Myers, T. A. (2011). Mediation and the estimation of indirect effects in political communication research. W: E. P. Bucy i H. R. Lance (Eds.), *Sourcebook for political communication research: Methods, measures, and analytical techniques* (s. 434-465). New York: Routledge.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. i in. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Papageorgiou, C. i Wells, A. (1999). Process and meta-cognitive dimensions of depressive and anxious thoughts and relationships with emotional intensity. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 156-162.
- Papageorgiou, C. i Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 160-164.
- Papageorgiou, C. i Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 261-273.
- Parnowski, T. i Jernajczyk, W. (1976). Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatria Polska*, 11, 417-421.

- Preacher, K. J. i Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments i Computers*, 36(4), 717-731.
- Sosnowski, T., Wrześniewski, K., Jaworowska, A. i Fecenec, D. (2002). *STAI – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Spada, M. M., Mohiyeddini, C. i Wells, A. (2008a). Measuring metacognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of the Metacognitions Questionnaire 30. *Personality and Individual Differences*, 45(3), 238-242.
- Spada, M. M., Nikčević, A. V., Moneta, G. B. i Wells, A. (2008b). Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1172-1181.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, P. R., Vagg, P. R. i Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Menlo Park, CA: Consulting Psychologists Press.
- Varese, F. i Bentall, R. P. (2011). The metacognitive beliefs account of hallucinatory experiences: A literature review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 850-864.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, United Kingdom: Wiley.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A. i Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385-396.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. i Brewin, C. R. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 291-300.
- Wells, A. i Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The SREF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11), 881-888.
- Wittchen, H. U. (1996). Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 9-16.
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Pfister, H., Höfler, M. i Lieb, R. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(406), 14-23.
- Zigmond, A. S. i Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.