

Natéżenie empatii u młodzieży leczonej w oddziale dziennym – doniesienia wstępne

The intensity of empathy in adolescents treated in a day unit – preliminary reports

Renata Modrzejewska¹, Anna Wasik¹, Paulina Cofór-Pinkowska²,
Agnieszka Pac³, Marcin Siwek¹

¹ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,
Zakład Zaburzeń Afektywnych

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,
Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki

³ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum,
Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej

Summary

Aim. The aim of the pilot study was to compare the level of empathy among adolescents treated in a psychiatric day unit in groups with varied age, gender and type of disorder (conduct and emotional disorders and depressive-anxiety disorders).

Method. The study was carried out in a group of 117 adolescents (69 girls and 48 boys) aged 13–20, treated in the Clinical Day Unit of the Department of Adult, Child and Adolescent Psychiatry of the University Hospital in Kraków between 2016–2021. The Davis *Empathy Scale* and the Cohen *Empathy Scale* were used for the study.

Results. Girls scored significantly higher compared to boys on the Cohen and Davis *Empathy scales* and on the Davis subscale: *Personal Distress*. Statistically significant interactions were observed for the factors of gender and age, as well as age and disorder type. Older boys had statistically significantly higher scores on the Davis *Empathy Scale* compared to younger boys, while the reverse pattern was observed for girls (non-significant). Older patients with conduct disorders had significantly lower Cohen's *Empathy Scale* scores compared to younger patients; the opposite pattern was observed in the group of patients with anxiety-depressive disorders (non-significant).

Conclusions. Girls exhibit higher levels of affective and cognitive empathy than boys. The intensity of empathy increases with age in the group of boys, while for girls the obtained differences are not statistically significant. The intensity of empathy is significantly lower in the group of older adolescents (versus younger) with conduct and emotional disorders. Among depressive-anxiety disorders, the opposite pattern was noted (non-significant). The unique

results obtained indicate a different trajectory of empathy development in the group of patients with conduct disorders and with depressive-anxiety disorders.

Słowa kluczowe: adolescencja, empatia, zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia depresyjno-lękowe

Key words: adolescence, empathy, conduct and emotional disorders, depressive-anxiety disorders

Wstęp

Jedną z najpopularniejszych definicji empatii, zaproponowaną przez Davisa [1], jest opisanie jej jako poznawczej i afektywnej/emocjonalnej odpowiedzi na zachowania innych ludzi. Empatia poznawcza w tym ujęciu obejmuje zdolność przyjmowania perspektywy innych ludzi (inaczej jest to tendencja do psychologicznego przyjmowania punktu widzenia innych ludzi) czy tworzenie fantazji na temat ich sytuacji, natomiast na empatię emocjonalną składają się emocjonalna troska czy poczucie personalnego dystresu. Empatyczna troska/zatroskanie odnosi się do zorientowanych na innych uczuć sympatii i troski o ludzi doświadczających nieszczęśliwych zdarzeń [1]. Gonzalez-Lienres i wsp. [2] traktują empatię afektywną jako zdolność odczuwania tego, co czują inni, a empatia poznawcza ich zdaniem opisuje umiejętność rozumienia tego, co inni myślą, zamierzają, pragną w kontekście ich uczuć. Część badaczy uważa, że oba wymiary empatii są ze sobą połączone – umiejętność podzielenia stanów emocjonalnych innych osób wymaga umiejętności rozumienia emocji innych ludzi [2]. Są też jednak autorzy, według których współodczuwanie i rozumienie stanów emocjonalnych innych ludzi to dystynktywne konstrukty, tzn. występowanie jednego wymiaru empatii nie jest predyktorem do wystąpienia drugiego, a empatyczna odpowiedź jednostki na innych ludzi będzie zawierać jeden bądź oba komponenty, w zależności od kontekstu społecznego i rozwojowego [3].

Za tym drugim stanowiskiem przemawia obserwacja mówiąca o różnicy w czasie w występowaniu obu rodzajów empatii – empatia afektywna rozwija się już w pierwszych miesiącach życia, natomiast empatia poznawcza znacznie później. Wyniki badań opisujące zmiany w obrębie empatii wraz z wiekiem wskazują, że poznawcze aspekty empatii zmniejszają się od wczesnej do późnej dorosłości. Dane na temat empatii afektywnej nie są jednoznaczne [4–6]. Z kolei w okresie adolescencji zdolność do współodczuwania i wnioskowania na temat stanów emocjonalnych znacznie się rozwija w porównaniu z okresem dzieciństwa, a ich wyższe natężenie wiąże się z lepszymi kompetencjami interpersonalnymi, zachowaniami prospołecznymi oraz mniejszym ryzykiem występowania zachowań agresywnych i konfliktowości [7]. Co ważne, im niższy poziom empatii w okresie dzieciństwa i we wczesnej fazie adolescencji, tym wyższe prawdopodobieństwo występowania zachowań antyspołecznych w późnej adolescencji i we wczesnej młodości [8].

Dostępne badania osób w okresie rozwojowym opisują deficyty w umiejętności współodczuwania stanów emocjonalnych innych ludzi u nastoletnich pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi, opozycyjno-buntowniczymi, zaburzeniami zachowania [9] czy u młodych ludzi przejawiających zachowania i cechy antyspołeczne

[10]. Nadal niewiele jest doniesień koncentrujących się na badaniu i porównywaniu empatii u nastolatków leczonych z powodu zaburzeń internalizacyjnych (zaburzenia lękowe) i eksternalizacyjnych (zaburzenia zachowania i emocji). Wyniki badań przeprowadzonych w populacji dorosłych pacjentów z zaburzeniami nastroju wskazują na związek empatyzowania z natężeniem objawów depresyjnych. Schreiter i wsp. [11] przeprowadzili przegląd systematyczny, z którego wynika, że wyższe natężenie empatycznego dystresu wiąże się z większym nasileniem objawów depresyjnych. Z kolei dla empatii poznawczej zaobserwowano odwrotną zależność. U pacjentów z rozpoznaniem depresji lub obecnością objawów depresyjnych umiejętność rozpoznawania i rozumienia stanów emocjonalnych innych ludzi jest zaburzona.

Badania przeprowadzone w populacji nastolatków wskazują, że wysoki poziom empatii wśród adolescentów może ich czynić bardziej podatnymi na występowanie zaburzeń internalizacyjnych [12], w tym zaburzeń nastroju [13]. Tone i Tully [14] w przeprowadzonym przez siebie przeglądzie badań poświęconym związkowi empatii i zaburzeń psychicznych dowodzą, że w określonych warunkach większe umiejętności empatyzowania łączą się z większym ryzykiem występowania zaburzeń internalizacyjnych. W badaniach Gambin i Sharp [15] opublikowanych w 2018 roku, przeprowadzonych na grupie 403 nastolatków w wieku 12–17 lat, zaobserwowano istotną statystycznie zależność między empatią afektywną a nasileniem objawów lękowych (tj. lęku separacyjnego, lęku przed odrzuceniem, lęku panicznego i przed upokorzeniem). Z kolei natężenie empatii poznawczej było negatywnie związane z lękiem społecznym i panicznym.

Z badań wynika, że zarówno deficyty w umiejętności empatyzowania, jak i wyższe niż przeciętnie natężenie empatii korelują z występowaniem objawów depresyjnych u młodzieży i osób dorosłych. Badacze zajmujący się badaniem empatii wśród adolescentów zaobserwowali, że dziewczęta cechują się wyższym niż chłopcy natężeniem empatii i częściej rozwijają zaburzenia internalizacyjne [16]. Lepsze rozpoznanie wzajemnych powiązań umiejętności współodczuwania i rozumienia stanów emocjonalnych innych osób oraz zaburzeń internalizacyjnych (depresyjnych i lękowych) może usprawnić leczenie i psychoterapię młodych pacjentów.

Cel badań

Celem artykułu było opisanie i porównanie nastoletnich pacjentów leczonych psychiatrycznie z powodu zaburzeń zachowania i emocji oraz zaburzeń lękowo-depresyjnych pod względem poziomu empatii. Pytanie badawcze, jakie postawiono, dotyczyło potencjalnych różnic w natężeniu empatii między nastolatkami z zaburzeniami zachowania i emocji i zaburzeniami lękowo-depresyjnymi. Oceniano także różnice w poziomie empatii w zależności od płci i okresu rozwojowego (wczesna vs. środkowa adolescencja).

Material i metody

Do badania włączono 117 adolescentów leczonych w Oddziale Dziennym Klinicznym Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2016–2021 z rozpoznaniem zaburzeń zachowania (69 osób) oraz z rozpoznaniem zaburzeń depresyjno-lękowych (48 osób). Wstępna diagnoza, jako jedno z kryteriów włączenia do badania, była oceniana przez lekarza specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży, który kwalifikował pacjenta skierowanego do leczenia w oddziale. Diagnoza była weryfikowana w ciągu następnych tygodni leczenia, podczas konsultacji psychiatrycznych.

Kryteria wykluczające z leczenia w strukturze oddziału dziennego, jak i wyłączenia z badania, to: ciężkie zaburzenia zachowania, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, epizod psychotyczny, zaburzenia jedzenia z BMI poniżej 16, niepełnosprawność intelektualna. Badanych podzielono na dwie grupy wiekowe: młodszą (do 16 lat) i starszą (17 lat i starsi). Podział badanych ze względu na wiek opracowano, opierając się na koncepcji faz rozwojowych w adolescencji Petera Blosa (wczesna i środkowa adolescencja) [17]. W badaniu uczestniczyło 75 dziewcząt oraz 42 chłopców w wieku 13–20 lat (średnia 16,5; $SD = 1,44$). Badani byli uczniami krakowskich liceów.

Uczestnicy wypełnili kwestionariusz empatii Cohena. U części badanych uzyskano również wyniki dotyczące *Skali Empatii Davisa*. Każdy pacjent oraz jego rodzina uzyskali informację o celu, metodzie i czasie trwania badania. Od każdego pełnoletniego pacjenta, a w wypadku osób niepełnoletnich również od rodziców, uzyskano pisemną zgodę na przeprowadzenie badania kwestionariuszowego.

Opisy skal

Skala Empatii Davisa

Skala Empatii Davisa (inaczej *Test Reaktywności Emocjonalnej* Marka H. Davisa) została stworzona do badania empatii rozumianej jako wielowymiarowy konstrukt [18]. Kwestionariusz obejmuje 4 skale: *Fantazji* (F), *Przyjmowania Perspektywy* (PP), *Empatycznej Troski* (EP) oraz *Osobistej Przykrości* (OP), a każda z nich składa się z 7 pozycji (łącznie 28 pozycji). Skale OP oraz EP mierzą afektywny aspekt empatii, przyjmowanie perspektywy uważane jest za złożony proces poznawczy, natomiast umiejscowienie skali F na wymiarze „afektywny – poznawczy” nie jest jednoznaczne. Ma ona służyć do pomiaru skłonności do wyobrażania sobie samego siebie w roli bohaterów filmów i książek. Co istotne, podskala *Empatycznej Troski* ma się wiązać z uczuciami, które są ukierunkowane na innych (*other-oriented*), takimi jak współczucie czy troska o los drugiej osoby; z kolei podskala *Osobistej Przykrości* dotyczy emocji związanych z własnym „ja” jednostki (*self-oriented*): lęku, niepokoju, dyskomfortu, które pojawiają się w kontekście interpersonalnym. Ich doświadczenie może – i często tak się dzieje – popychać jednostkę do podejmowania działań mających na celu udzielenie pomocy, jednak głównym motorem tych działań jest prawdopodobnie pragnienie zminimalizowania własnego cierpienia czy przykrości [1].

Skala Empatii Cohena

Skala Empatii Cohena, inaczej *Skala Zachowania Cambridge (Cambridge Behaviour Scale)*, to kwestionariusz do pomiaru współczynnika empatii (*Empathy Quotient* – EQ) autorstwa Simona Barona-Cohana i Sally Wheelwright w polskim tłumaczeniu Agnieszki Wainaina-Woźnej (pobranym ze strony internetowej Autism Research Centre) [19]. Podobnie jak IRI (*Interpersonal Reactivity Index*) mierzy wymiar emocjonalny i poznawczy empatii. Zadanie badanego polega na ustosunkowaniu się do 40 twierdzeń przez określenie, w jakim stopniu każde z nich jest w jego wypadku prawdziwe. EQ jest skalą, która ma implikacje kliniczne, w przeciwieństwie do wielu innych istniejących przed nią narzędzi. Służy temu, by wykrywać niedorozwój lub brak empatii będący cechą psychopatologii.

Analiza statystyczna

Rozkłady zmiennych (wyniki poszczególnych skal) opisano za pomocą wartości średnich i odchylenia standardowego (*SD*). Porównanie wyników poszczególnych skal w grupach przeprowadzono na podstawie testu *t*-Studenta. Aby ocenić, czy istnieją interakcje między płcią a wiekiem, przeprowadzono dwuczynnikową analizę wariancji z włączeniem interakcji. W wypadku oceny istotności statystycznej w podgrupach wykorzystano testy *post-hoc* z poprawką Bonferroniego. Analiza statystyczna została przeprowadzona w pakiecie SPSS ver. 26 (IMAGO PRO 6, Predictive Solutions Sp. z o.o.). Jako istotne statystycznie uznane zostały zależności, dla których $p < 0,05$.

Wyniki

Empatia a płeć

W analizie wykazano, że dziewczęta cechowały się wyższymi wynikami na skalach empatyczności – zarówno tej mierzonej *Skalą Empatii Cohena*, jak i *Skalą Empatii Davisa*. W *Skali Empatii Cohena* w grupie dziewcząt średni wynik wynosił 39,7 (11,3) w porównaniu z 32,9 (9,8) w grupie chłopców ($p = 0,001$). Dziewczęta uzyskały również wyższe wyniki w *Skali Empatii Davisa* (70,7 vs. 64,0; $p = 0,028$), w szczególności istotnie wyższe wyniki zaobserwowano dla podskali *Osobistej Przykrości* (18,0 vs. 14,2; $p < 0,001$). W wypadku pozostałych podskal skali Davisa nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między dziewczętami a chłopcami (tab. 1).

Tabela 1. Wyniki dla skal empatii w grupie dziewcząt i chłopców

Skala	Płeć						Wartość p
	Dziewczęta			Chłopcy			
	N	Średnia	SD	n	Średnia	SD	
Skala Empatii Cohena	75	39,7	11,3	42	32,9	9,8	0,001
Skala Empatii Davisa	51	70,7	13,0	23	64,0	9,4	0,028

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Podskala Fantazji	53	18,9	6,1	23	15,9	6,5	0,052
Podskala Empatycznej Troski	55	16,9	5,3	24	17,0	3,9	0,937
Podskala Przyjmowania Perspektywy	53	17,5	5,3	24	17,3	4,5	0,901
Podskala Osobistej Przykrości	53	18,0	3,9	24	14,2	3,7	<0,001

Empatia a rodzaj zaburzenia

Średni wynik w *Skali Empatii* Cohena w grupie z rozpoznaniem zaburzeń zachowania i emocji wynosił 35,9 (11,4), nieznacznie mniej niż w grupie z rozpoznaniem zaburzeń depresyjno-lękowych (39,2 (10,9)). W *Skali Empatii* Davisa nastolatki z rozpoznaniem zaburzeń zachowania osiągnęły średnio wynik 68,4 (12,4); badani z rozpoznaniem zaburzeń depresyjno-lękowych uzyskali porównywalne wyniki (69,0 (12,5)). Porównując wyniki skal w grupach wyodrębnionych na podstawie typu zaburzeń, nie zaobserwowano żadnych statystycznie istotnych różnic w wynikach (zarówno w skalach Cohena i Davisa, jak i w podskalach *Skali Empatii* Davisa) w całej badanej grupie (tab. 2).

Tabela 2. Wyniki dla skal empatii w zależności od typu zaburzeń

Skala	Rodzaj zaburzenia						Wartość p
	Zaburzenia zachowania (F92)			Zaburzenia depresyjno-lękowe (F41/F42/F43)			
	N	Średnia	SD	n	Średnia	SD	
Skala Empatii Cohena	69	35,9	11,4	48	39,2	10,9	0,125
Skala Empatii Davisa	43	68,4	12,4	31	69,0	12,5	0,840
Podskala Fantazji	45	17,7	6,3	31	18,5	6,5	0,570
Podskala Empatycznej Troski	47	17,4	5,3	32	16,4	4,2	0,378
Podskala Przyjmowania Perspektywy	45	17,1	5,2	32	17,9	5,0	0,473
Podskala Osobistej Przykrości	45	17,3	3,9	32	16,1	4,5	0,227

Empatia a wiek

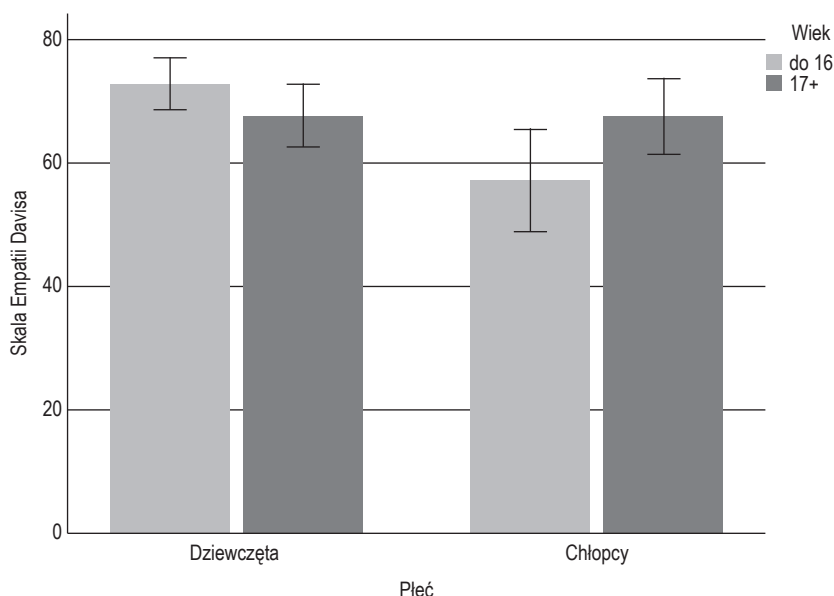
Średni wynik w *Skali Empatii* Cohena w grupie wczesnej adolescencji (do 17. roku życia) wynosił 37,8 (11,9), nieznacznie więcej niż w grupie starszych nastolatków (36,7 (10,6)). W *Skali Empatii* Davisa młodsze nastolatki osiągnęły średnio wynik 69,6 (13,7), starsi badani otrzymali porównywalne wyniki (67,7 (11,0)). W badaniach nie zaobserwowano istotnych zależności nasilenia empatii, mierzonej skalami Davisa i Cohena oraz podskalami skali Davisa, od wieku badanych osób.

Tabela 3. Wyniki skal empatii w zależności od wieku badanych

Skala	Wiek						Wartość p
	< 17 lat			≥ 17 lat			
	N	Średnia	SD	n	Średnia	SD	
Skala Empatii Cohena	60	37,8	11,9	57	36,7	10,6	0,583
Skala Empatii Davisa	37	69,6	13,7	37	67,7	11,0	0,514
Podskala Fantazji	38	18,1	6,7	38	17,9	6,1	0,929
Podskala Empatycznej Troski	40	17,6	5,3	39	16,3	4,5	0,235
Podskala Przyjmowania Perspektywy	38	17,4	5,5	39	17,4	4,6	0,992
Podskala Osobistej Przykrości	39	17,1	4,4	38	16,4	4,0	0,461

Empatia a wiek i płeć

W analizie dwuczynnikowej zaobserwowano istotną statystycznie interakcję między płcią a wiekiem w odniesieniu do wyników *Skali Empatii Davisa* (p dla interakcji = 0,013) (rys. 1). W grupie starszych dziewcząt poziom empatii mierzony skalą Davisa był nieco niższy niż w wypadku młodszych dziewcząt (67,8 (12,3) vs. 73,0 (13,4); $p = 0,120$), natomiast w grupie starszych chłopców poziom empatii był wyższy w porównaniu z młodszą grupą chłopców (67,5 (9,1) vs. 57,3 (5,7); $p = 0,048$). Nie



Rysunek 1. Poziom empatii w skali Davisa w zależności od płci i wieku badanych

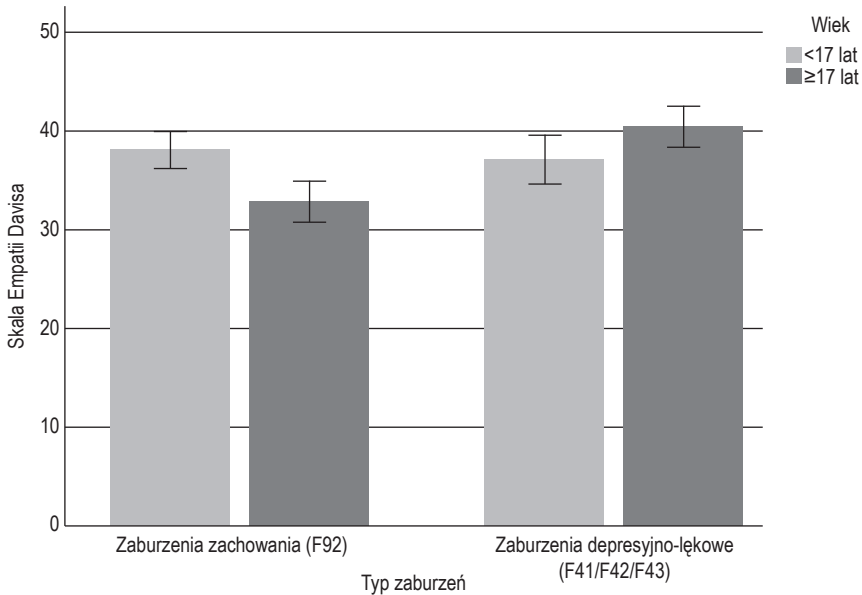
zaobserwowano istotnych interakcji między płcią a wiekiem badanych w odniesieniu do podskali skali Davisa ani też *Skali Empatii* Cohena.

Empatia – rodzaj zaburzenia i płeć

Analiza dwuczynnikowa nie wykazała żadnych istotnych interakcji dla czynnika płci i rodzaju zaburzenia w odniesieniu do wszystkich analizowanych skal mierzących poziom empatii.

Empatia – rodzaj zaburzenia i wiek

Natomiast w wypadku analizy interakcji między wiekiem badanych a grupą zaburzeń jedyne istotne statystycznie interakcje zaobserwowano dla poziomu empatii mierzonego skalą Cohena (p dla interakcji = 0,042) (rys. 2). W grupie adolescentów z zaburzeniami zachowania u starszych badanych obserwowano niższy poziom empatii na skali Cohena (32,9 (9,7) vs. 38,2 (12,1); $p = 0,053$), natomiast w grupie adolescentów z zaburzeniami depresyjno-lękowymi osoby starsze charakteryzowały się nieznacznie wyższym poziomem empatii na skali Cohena w porównaniu ze swoimi młodszymi kolegami (40,6 (10,3) vs. 37,2 (11,6); $p = 0,294$).



Rysunek 2. Poziom empatii w skali Cohena – interakcja rodzaju zaburzenia i wieku badanych

Dyskusja

W przeprowadzonym badaniu porównywano różnice w nateżeniu empatii, mierzonej *Skalą Empatii Davisa* i *Skalą Empatii Cohena*, w zależności od rodzaju zaburzenia, płci biologicznej oraz wieku (okresu adolescencji – wczesna vs. środkowa adolescencja). Czynnikiem istotnie różnicującym wyniki użytych kwestionariuszy była płeć biologiczna. Dla pozostałych głównych czynników nie odnotowano istotności statystycznej. Zaobserwowano jednak istotną interakcję między płcią a wiekiem badanych. Wykazano, że poziom empatii inaczej zmienia się z wiekiem u chłopców niż u dziewcząt niezależnie od rozpoznania (u chłopców rośnie). Zaobserwowano także istotną interakcję dla czynnika wieku i rodzaju zaburzenia w wynikach *Skali Empatii Cohena* (niższy poziom u starszych nastolatków z rozpoznaniem zaburzeń zachowania i emocji).

W niniejszym badaniu wykazano, że dziewczęta charakteryzują się wyższym poziomem empatii niż chłopcy. Otrzymane wyniki są zgodne z doniesieniami innych autorów. W przeglądzie piśmiennictwa przeprowadzonym przez Christov-Moore'a i wsp. [20] zgromadzono dane potwierdzające różnice płciowe w poziomie empatii oraz wskazujące na ich filo – i ontogenetyczne podłoże. Dodatkowe badania przeprowadzone w populacji nastolatków potwierdzają te obserwacje. W podłużnym badaniu zrealizowanym przez Mestre i wsp. [21] w grupie 505 nastolatków w wieku od 13 do 16 lat wykazano, że dziewczęta osiągają istotnie wyższe wyniki w kwestionariuszu mierzącym empatię (skala Davisa) niż chłopcy. Dodatkowo obserwowane różnice pogłębiały się wraz z wiekiem [21]. Garaigordobil [22] w badaniu przeprowadzonym w populacji 313 nastolatków w wieku 10–14 lat odnotowała wyższy poziom empatii, zachowań prospołecznych czy asertywności wobec negatywnych myśli w grupie dziewcząt w porównaniu z chłopcami. Dodatkowo badaczka ujawniła istotną pozytywną korelację między empatią a zachowaniami prospołecznymi mierzonymi w każdym z punktów czasowych (dla wieku 10–14 lat) [22]. Arango-Tobón i wsp. [23] porównywali dziewczęta ($N = 18$) i chłopców ($N = 28$) w wieku 16–17 lat z rozpoznaniem zaburzeń zachowania (*conduct disorder*) pod kątem empatii (kognitywnej, afektywnej), teorii umysłu oraz nasilenia objawów psychopatologicznych. Zaobserwowali, że dziewczęta cechowały się istotnie wyższym poziomem empatii afektywnej i poznawczej mierzonych *Skalą Empatii Davisa*, w tym ich składowych, tj. empatycznej troski, osobistej przykrości, umiejętności przyjmowania cudzej perspektywy. Nie odnotowano natomiast różnic w podskali *Fantazji* [23].

Empatia a wiek

Badania oceniające zmiany empatii wraz z wiekiem wskazują na zmiany umiejętności współodczuwania i przyjmowania cudzej perspektywy od okresu dzieciństwa przez adolescencję do wczesnej młodości [4]. Hawk i wsp. [24] wykazali, że starsi adolescenti (średnia wieku 18 lat) osiągnęli istotnie wyższe wyniki w podskali *Przyjmowania Perspektywy* niż młodsi badani (średnia wieku 13 lat). W cytowanym badaniu nie zaobserwowano natomiast znamiennej statystycznie różnicy między grupami

w zakresie wartości podskali *Empatycznej Troski* [24]. Kim i wsp. [25] porównywali natężenie empatii w grupie nastolatków w wieku 13–15 lat i młodych dorosłych (19–29 lat) oraz aktywność mózgu w funkcjonalnym rezonansie magnetycznym podczas wykonywania zadań mierzących nasilenie empatii afektywnej i kognitywnej. W badaniu wykazano, że oba wymiary empatii były istotnie niższe u adolescentów w porównaniu z grupą dorosłych. Dodatkowo w badaniu fMRI w grupie młodszych uczestników zaobserwowano istotnie większą aktywność w prawym zakręcie poprzecznym skroniowym (BA 41), prawej wyspie (BA 13), prawym płacie ciemieniowym górnym (BA 7), prawym zakręcie przedśrodkowym (BA 4) i prawym wzgórzem w porównaniu ze starszymi osobami uczestniczącymi w badaniu. Ponadto w grupie nastolatków wynik podskali *Fantazji* opisujący empatię poznawczą istotnie negatywnie korelował z aktywnością w prawym płacie ciemieniowym górnym. Autorzy badania konkludują, że u nastolatków (w porównaniu z osobami dorosłymi) dochodzi do kompensacyjnej hiperaktywności obszarów mózgu związanych z empatią, która to kompensacyjna hiperaktywność jest z kolei skorelowana z niższą empatią poznawczą [25]. Natomiast w badaniach oceniających zmiany zachodzące w poziomie empatii wraz z wiekiem u nastolatków leczonych psychiatrycznie z rozpoznaniem zaburzeń zachowania (CD) nie zaobserwowano istotnej statystycznie korelacji między wiekiem badanych a natężeniem empatii [26].

W prezentowanym badaniu nie wykazano istotnej różnicy w natężeniu empatii u nastolatków obojga płci w zależności od rozpoznania. Odnotowano natomiast istotne interakcje wieku badanych i płci, opisujące inny wzorzec zmiany natężenia empatii między wczesną a środkową adolescencją. Stwierdzono, że starsi chłopcy (17–20 lat) zgodnie z przewidywaniami osiągnęli istotnie wyższe wyniki w *Skali Empatii* Davisa niż młodszy chłopcy (13–17 lat). U dziewcząt zaobserwowano odwrotny efekt – starsze dziewczęta (17–20 lat) przejawiały niższe natężenie empatii emocjonalnej i poznawczej w porównaniu z dziewczętami młodszymi (otrzymane wyniki nie były statystycznie istotne). W cytowanym już badaniu Mestre i wsp. [21] zaobserwowano istotną interakcję dla wieku i płci badanych. Ujawniono, że zarówno u dziewcząt, jak i u chłopców natężenie empatii rośnie wraz z wiekiem dla obu komponentów empatii, przy czym wielkość efektu dla wzrostu empatii afektywnej była wyższa od wielkości efektu dla empatii poznawczej [21]. Z kolei w badaniach Van der Graaff i wsp. [7] mierzących zmiany w rozwoju empatycznej troski u nastolatków obojga płci w wieku 13–18 lat wykazano, że u dziewcząt natężenie empatycznej troski jest stabilne na przestrzeni lat, a u chłopców maleje między wczesną a środkową fazą adolescencji.

Gdy porównamy wyniki prezentowanego badania z wynikami Mestre i wsp. [21], zastanawia fakt, że u starszych dziewcząt nie zaobserwowano istotnych różnic w skalach mierzących empatię w porównaniu z młodszymi dziewczętami, a u chłopców te zmiany są zgodne z prawidłowościami rozwojowymi. Istnieje kilka przypuszczalnych wyjaśnień otrzymanych różnic. Po pierwsze, istotne mogą być różnice w doborze grupy badanej. Badania są prowadzone na grupie młodzieży leczonej psychiatrycznie, głównie z zaburzeniami zachowania i emocji i zaburzeniami depresyjno-lękowymi, natomiast doniesienia Mestre i wsp. [21] dotyczą populacji osób nieleczonych psychiatrycznie. Po drugie, cytowane wcześniej badania Van der Graaff i wsp. [7] wskazują, że u dziewcząt

poziom empatycznej troski nie zmienia się istotnie w okresie dojrzewania. Po trzecie, nasilenie objawów depresyjnych, ich przebieg w toku rozwoju inaczej się zmienia u chłopców i dziewcząt. Z badań wynika, że do 13. roku życia częstość i nasilenie objawów depresyjnych są porównywalne między przedstawicielami obu płci [27]. W późniejszej fazie adolescencji te różnice się pogłębiają, a dodatkowo dziewczęta cechują się większą reaktywnością przeżyć negatywnych oraz wyższą reaktywnością układu nerwowego na bodźce stresogenne w środkowej i późnej fazie adolescencji [28]. Rubin i wsp. [29] podkreślają w tym kontekście wpływy kultury, które predysponują dziewczęta do bycia bardziej wrażliwymi i responsywnymi na uczucia innych ludzi, oraz większe znaczenie bliskości w relacjach rówieśniczych dziewcząt. W świetle badań Colarossi i Eccles [30] dziewczęta otrzymują mniej wsparcia i empatii ze strony ojców niż chłopcy, co wpływa na większe nasilenie objawów depresyjnych.

W badaniu Klimecki i wsp. [31] wykazano, że wyższy poziom empatycznej troski może działać jako czynnik chroniący przed rozwojem zaburzeń nastroju. W prezentowanym badaniu dziewczęta starsze mają niższe wartości w podskali *Empatycznej Troski* niż młodsze dziewczęta oraz niż starsi chłopcy. W badaniach Tully i wsp. [32] zaobserwowano, że zarówno bardzo niskie, jak i bardzo wysokie natężenie empatii poznawczej wiąże się z większym nasileniem objawów depresyjnych u nastolatków (średnia wieku 19 lat) niezależnie od poziomu regulacji emocjonalnej. Z kolei w badaniach Calandri i wsp. [12] zaobserwowano, że w okresie wczesnej adolescencji wyższe wyniki w skali mierzącej empatię poznawczą korelują istotnie z większym nasileniem objawów zaburzeń internalizacyjnych (objawów depresyjnych) przy jednoczesnym niskim wsparciu emocjonalnym ze strony ojców. W innym badaniu przeprowadzonym wśród nastolatków we wczesnej fazie adolescencji wykazano, że wysokie natężenie empatii i niskie poczucie emocjonalnej samoskuteczności wiążą się ze zwiększonym odczuwaniem samotności i objawów depresyjnych [13]. Podsumowując, można wysnuć hipotezę, że dziewczęta, szczególnie starsze, leczone psychiatrycznie, w porównaniu z chłopcami są bardziej narażone na występowanie zaburzeń internalizacyjnych, które w świetle niektórych badań korespondują ze słabszymi umiejętnościami przyjmowania perspektywy innych osób, jak również dzielenia ich stanów emocjonalnych.

Empatia a rodzaj zaburzenia

W badaniu nie wykazano różnic w natężeniu empatii między nastolatkami z objawami zaburzeń zachowania a objawami depresyjno-lękowymi. W badaniach Gambin i wsp. [33] oceniano korelację między empatią afektywną a zaburzeniami zachowania w populacji 505 nastolatków. Wykazano w nich, że empatia afektywna pozytywnie i istotnie statystycznie korelowała z zaburzeniami internalizacyjnymi, natomiast takiego powiązania nie zaobserwowano dla zaburzeń eksternalizacyjnych. Ponadto odnotowano silną pozytywną korelację między oboma rodzajami empatii a zaburzeniami lękowymi [33]. Zaburzenia zachowania należą do zaburzeń eksternalizacyjnych, zaburzenia lękowo-depresyjne zaś do internalizacyjnych. W prezentowanym badaniu nie odnotowano istotnych różnic w poziomach empatii między nastolatkami z zaburzeniami zachowania i emocji a nastolatkami z zaburzeniami depresyjno-lękowymi. Ujawniono

z kolei istotną interakcję dla czynnika wieku i rodzaju zaburzenia, wskazującą na odmienną prawidłowość w natężeniu empatii w grupie nastolatków z zaburzeniami zachowania i emocji oraz zaburzeniami lękowo-depresyjnymi w zależności od wieku. U nastolatków z zaburzeniami zachowania w środkowej fazie adolescencji natężenie empatii było istotnie niższe niż w grupie młodszych osób.

Ograniczenia badania

Niniejsze badanie stanowi pilotaż do dalszych pogłębionych badań. W kolejnym badaniu warto uwzględnić pomiar empatii w grupie nastolatków o prawidłowym rozwoju, dokonać analizy wewnątrzgrupowej w badaniu prospektywnym oraz uwzględnić historię dotychczasowego leczenia, która może modyfikować nasilenie objawów oraz umiejętność przyjmowania perspektywy innych osób.

Wnioski

Zgodnie z przewidywaniami w prezentowanym badaniu obserwowano różnicę w zakresie poziomu empatii między płciami. Spodziewany wzrost empatii wraz z wiekiem wykazano wyłącznie w grupie chłopców. Nie stwierdzono istotnych statystycznie zmian w zakresie empatii zachodzących wraz z wiekiem w grupie dziewcząt, co może wynikać z częstego występowania zaburzeń internalizacyjnych u dziewcząt przyjmowanych do Oddziału Dziennego – zgodnie z niektórymi badaniami koreluje to ze słabszymi umiejętnościami przyjmowania perspektywy innych osób. Ujawniono natomiast istotną interakcję dla czynnika rodzaju zaburzenia oraz wieku, co może sugerować dystynktywne zmiany w rozwoju empatii w zależności od wieku wśród młodzieży z zaburzeniami zachowania i emocji oraz zaburzeniami lękowo-depresyjnymi. Otrzymane wyniki sugerują możliwy inny rozwój empatii u młodzieży leczonej psychiatrycznie – z zaburzeniami zachowania i emocji i zaburzeniami depresyjno-lękowymi – w porównaniu z nastolatkami o prawidłowym rozwoju i wskazują na potrzebę oceny i konieczność oddziaływań skierowanych na umiejętności empatyzowania wśród tej grupy.

Badanie przeprowadzono dzięki funduszom własnym UJ CM (grant N41/DBS/000646). Badanie przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UJ CM (1072.6120.175.2021).

Piśmiennictwo

1. Davis MH. *Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach*. J. Pers. Soc. Psychol. 1983; 44(1): 113–126.
2. Gonzalez-Liencre C, Shamay-Tsoory SG, Brüne M. *Towards a neuroscience of empathy: Ontogeny, phylogeny, brain mechanisms, context and psychopathology*. Neurosci. Biobehav. Rev. 2013; 37(8): 1537–1548.
3. Jones AP, Happé FGE, Gilbert F, Burnett S, Viding E. *Feeling, caring, knowing: Different types of empathy deficit in boys with psychopathic tendencies and autism spectrum disorder*. J. Child Psychol. Psychiatry 2010; 51(11): 1188–1197.

4. Bailey PE, Henry JD. *Growing less empathic with age: Disinhibition of the self-perspective*. J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci. 2008; 63(4): 219–226.
5. Wieck C, Kunzmann U. *Age differences in empathy: Multidirectional and context-dependent*. Psychol. Aging. 2015; 30(2): 407–419.
6. Ziaei M, Oestreich L, Reutens DC, Ebner NC. *Age-related differences in negative cognitive empathy but similarities in positive affective empathy*. Brain Struct. Funct. 2021; 226(6): 1823–1840.
7. Van der Graaff J, Branje S, De Wied M, Hawk S, Van Lier P, Meeus W. *Perspective taking and empathic concern in adolescence: Gender differences in developmental changes*. Dev. Psychol. 2014; 50(3): 881–888.
8. Galán CA, Choe DE, Forbes EE, Shaw DS. *Interactions between empathy and resting heart rate in early adolescence predict violent behavior in late adolescence and early adulthood*. J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip. 2017; 58(12): 1370–1380.
9. Milone A, Cerniglia L, Cristofani C, Inguaggiato E, Levantini V, Masi G i wsp. *Empathy in youths with conduct disorder and callous-unemotional traits*. Neural Plast. 2019; 2019: 9638973.
10. Metcalf S, Dickerson KL, Milojevich HM, Quas JA. *Primary and secondary variants of psychopathic traits in at-risk youth: Links with maltreatment, aggression, and empathy*. Child Psychiatry Hum. Dev. 2021; 52(6): 1060–1070.
11. Schreiter S, Pijnenborg GHM, Aan Het Rot M. *Empathy in adults with clinical or subclinical depressive symptoms*. J. Affect. Disord. 2013; 150(1): 1–16.
12. Calandri E, Graziano F, Testa S, Cattelino E, Begotti T. *Empathy and depression among early adolescents: The moderating role of parental support*. Front. Psychol. 2019; 10: 1447.
13. Calandri E, Graziano F, Cattelino E, Testa S. *Depressive symptoms and loneliness in early adolescence: The role of empathy and emotional self-efficacy*. J. Early Adolesc. 2020; 41(3): 369–393.
14. Tone EB, Tully EC. *Empathy as a “risky strength”: A multilevel examination of empathy and risk for internalizing disorders*. Dev. Psychopathol. 2014; 26(4 Pt 2): 1547–1565.
15. Gambin M, Sharp C. *Relations between empathy and anxiety dimensions in inpatient adolescents*. Anxiety Stress Coping. 2018; 31(4): 447–458.
16. Bell DJ, Foster SL, Mash EJ. *Understanding behavioral and emotional problems in girls*. W: Bell DJ, Foster SL, Mash EJ. red. *Handbook of behavioral and emotional problems in girls*. 2005. S. 1–24.
17. Blos P. *On adolescence*. London: Free Press (Reissue edition); 1966.
18. Davis MH. *A multidimensional approach to individual differences in empathy*. J. Pers. Soc. Psychol. 1980; 10(85): 1–19.
19. Baron-Cohen S, Wheelwright S. *The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences*. J. Autism Dev. Disord. 2004; 34(2): 163–175.
20. Christov-Moore L, Simpson EA, Coudé G, Grigaityte K, Iacoboni M, Ferrari PF. *Empathy: Gender effects in brain and behavior*. Neurosci. Biobehav. Rev. 2014; 46(P4): 604–627.
21. Mestre MV, Samper P, Frias MD, Tur AM. *Are women more empathetic than men? A longitudinal study in adolescence*. Span. J. Psychol. 2009; 12(1): 76–83.
22. Garaigordobil M. *A comparative analysis of empathy in childhood and adolescence: Gender differences and associated socio-emotional variables*. Int. J. Psychol. Psychol. Ther. 2009; 9(2): 217–235.

23. Arango-Tobón OE, David G, Monsalve P, Rosa AO, Juliana S, Serrano O i wsp. *Gender differences in the association between Theory of Mind, Empathy and Conduct Disorder: A cross-sectional study*. *Suma Psicol.* 2020; 27(1): 35–42.
24. Hawk ST, Keijsers L, Branje SJT, Van Der Graaff J, De Wied M, Meeus W. *Examining the Interpersonal Reactivity Index (IRI) among early and late adolescents and their mothers*. *J. Pers. Assess.* 2013; 95(1): 96–106.
25. Kim EJ, Son JW, Park SK, Chung S, Ghim HR, Lee S i wsp. *Cognitive and emotional empathy in young adolescents: An fMRI study*. *J. Korean Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2020; 31(3): 121–130.
26. Basay Ö, Ezber SN, İnci UE, Öztürk M, Soyuguzel MO, Kbukcu Basay B. *The relation of empathy levels with internalizing and externalizing problems among children and adolescents who refer to child psychiatry outpatients*. *Namik Kemal Tıp Derg.* 2021; 9(1): 91–100.
27. Hankin BL, Mermelstein R, Roesch L. *Sex differences in adolescent depression: Stress exposure and reactivity models*. *Child Dev.* 2007; 78(1): 279–295.
28. Chaplin TM, Turpyn CC, Niehaus CE, Timothy W, Sinha R, Ansell EB i wsp. *Difficulties in emotion regulation predict depressive symptom trajectory from early to middle adolescence*. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 2019; 50(4): 618–630.
29. Rubin KH, Bukowski WM, Parker JG. *Peer interactions, relationships, and groups*. W: *Handbook of child psychology social, emotional, and personality development*, 6th ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2006. S. 571–645.
30. Colarossi LG, Eccles JS. *Differential effects of support providers on adolescents' mental health*. *Soc. Work Res.* 2003; 27(1): 19–30.
31. Klimecki OM, Leiberg S, Ricard M, Singer T. *Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training*. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.* 2013; 9(6): 873–879.
32. Tully E, Ames AM, Garcia SE, Donohue MR. *Quadratic associations between empathy and depression and the moderating influence of dysregulation*. *J. Psychol.* 2016; 150(1): 15–35.
33. Gambin M, Sharp C. *The differential relations between empathy and internalizing and externalizing symptoms in inpatient adolescents*. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 2016; 47(6): 966–974.

Adres: Renata Modrzejewska
Zakład Zaburzeń Afektywnych
Katedra Psychiatrii UJ CM w Krakowie
e-mail: renatam@cm-uj.krakow.pl

Otrzymano: 17.05.2022

Zrecenzowano: 27.07.2022

Otrzymano po poprawie: 25.09.2022

Przyjęto do druku: 28.09.2022