Małgorzata
Starzomska[1]

Nieprzystosowanie społeczne jednostki czy rodziny – dyskusja nad przyczynami zaburzeń jedzenia w świetle wyników badań własnych

Social maladjustment of an individual or family – a discussion on causes of eating disorders in the light of results of empirical studies

1) Dr M. Starzomska – Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, Wyższa Szkoła Nauk Społecznych im. ks. J. Majki w Mińsku Mazowieckim

Streszczenie

Anoreksja i bulimia to bardzo poważne, a niekiedy śmiertelne choroby. Charakteryzują się nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi, które mogą obejmować albo niewystarczające, albo nadmierne spożywanie żywności. Anoreksja charakteryzuje się odmową utrzymania zdrowej wagi ciała i obsesyjny strach przed przybraniem na wadze. Bulimia charakteryzuje się nadmiernym jedzeniem oraz zwracaniem (np. wywoływanie wymiotów, nadmierne stosowanie środków przeczyszczających / moczopędnych lub nadmierny wysiłek). Mimo że czynniki te są zazwyczaj uważane za zaburzenia w odżywianiu, czasem, zwłaszcza w przypadku bulimii, można w nich dopatrzyć się aspektów niedostosowania społecznego wśród tych osób. Artykuł sprawdza, czy zaburzenia odżywiania mogą być spowodowane ograniczeniami rodziny w różnych sferach funkcjonowania. Wyniki badań wykazały, że pacjenci z bulimią zgłosili więcej ograniczeń niż pacjenci z anoreksją i są podobne w tym względzie do chorych na schizofrenię. Wyniki te zostały omówione w świetle hipotezy i uwag na temat niedostosowania społecznego pacjentów z bulimią.

Abstract

Anorexia and bulimia are very grave and sometimes fatal disorders. They are characterized by abnormal eating habits that may involve either insufficient or excessive food intake. Anorexia is characterized by refusal to maintain a healthy body weight and an obsessive fear of gaining weight. Bulimia is characterized by binge eating followed by compensatory behaviors such as purging (for example, self-induced vomiting, excessive use of laxatives/diuretics, or excessive exercise). Although these conditions are generally deemed as eating disorders, sometimes, especially in the case of bulimia nervosa, one can notice social maladjustment among these individuals. The authors of this article tried to verify if eating disorders may be caused by family restrictions in various spheres of functioning. Results of research showed that bulimic patients reported more restrictions than anorexic patients and are similar in this regard to schizophrenic patients. These results were discussed in the light of hypotheses and considerations about social maladjustment of bulimic patients.

Wprowadzenie

Chociaż zaburzenia jedzenia nie są postrzegane w kategoriach nieprzystosowania społecznego, jednak wydaje się, że przynajmniej niektóre z kryteriów tego ostatniego mogą być zastosowane w przypadku anoreksji i bulimii. Niniejszy artykuł z jednej strony podejmuje próbę przedstawienia zaburzeń jedzenia jako formy nieprzystosowania społecznego, z drugiej zaś strony próbuje odpowiedzieć na pytanie, czy można uznać, że przyczyną tych zaburzeń, w tym także nieprzystosowania społecznego w ich przebiegu, są czynniki rodzinne.

Nieprzystosowanie społeczne

Nieprzystosowanie społeczne według Lesława Pytki jest definiowane poprzez następujące określenia:

– odmiana rozwoju społecznego dziecka pociągająca za sobą złe skutki dla samego dziecka i jego otoczenia społecznego;

– brak podatności dzieci i młodzieży na normalne (stosowane powszechnie) metody wychowawcze, co skłania rodziców oraz instytucje wychowawcze do poszukiwania specjalnych metod wychowawczych, medyczno-psychologicznych i medycznych. Rodzaj zaburzeń w zachowaniu, który jest spowodowany negatywnymi warunkami środowiskowymi bądź zaburzeniami równowagi procesów ośrodkowego układu nerwowego;

– zaburzenie emocjonalne, wyrażające się w trudności lub niemożliwości współżycia jednostki z innymi ludźmi;

– zaburzenie charakterologiczne spowodowane niekorzystnymi zewnętrznymi lub wewnętrznymi warunkami rozwoju, będące przyczyną wzmożonej trudności w dostosowaniu się do uznawanych norm społecznych oraz w realizacji zadań życiowych;

– złożone zjawisko (psychologiczno-społeczne) wyrażające się w zachowaniu sprawiającym wiele kłopotów, trudności jednostce i jej otoczeniu oraz jednocześnie powodujące subiektywne poczucie nieszczęścia;

– swoista rozbieżność między systemem norm i wartości uznawanych przez jednostkę i przez grupę, do której przynależy;

– zespół zachowań świadczący o nieprzestrzeganiu przez jednostkę pewnych podstawowych zasad postępowania obowiązujących młodzież w danym wieku, przy założeniu, że zachowania te powtarzają się, czyli są względnie trwałe.

Warto dodać w tym miejscu ważne stwierdzenie K. Pospiszyla i E. Żabczyńskiej, według których nieprzystosowanie społeczne to pod względem logicznym „pojęcie puste, gdyż niedostosowania na dobrą sprawę nie ma

i nie może być. Samo życie, bowiem pośród ludzi wchodzenie w określone interakcje jest formą przystosowania czy dostosowania społecznego”[2].

Zaburzenia jedzenia

Do zaburzeń jedzenia zalicza się między innymi anoreksję i bulimię, zaburzenia te występują przede wszystkim u kobiet.

Anoreksja jest ciężkim zaburzeniem psychicznym, którego następstwem jest wyniszczenie organizmu. W DSM-IV-TR[3] uwzględnione są następujące cztery kryteria tej choroby: skrajne odchudzanie i odmowa przyjmowania jedzenia, silny lęk przed przyrostem wagi ciała, nawet przy niedowadze; zniekształcenie postrzegania swojego ciała (osoba widzi siebie jako otyłą, gdy w rzeczywistości jest wychudzona) oraz zanik cyklów menstruacyjnych, czyli amenorrhea w przypadku kobiet, a utrata libido – w przypadku mężczyzn. Z kolei według dziesiątej rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, znanej pod skróconą nazwą ICD-10[4], anoreksja określana tu jako „jadłowstręt psychiczny” jest przewlekłym zaburzeniem psychicznym, które charakteryzuje celowa utrata wagi wywołana i/albo podtrzymywana przez pacjenta. Chorobie towarzyszą również: lęk przed otyłością i zniekształceniem sylwetki. Lęk ten przybiera postać natrętnej myśli (idei) nadwartościowej, powodującej narzucenie sobie niskiego limitu/standardu masy ciała. Zazwyczaj stwierdza się niedożywienie różnego stopnia z wtórnymi zmianami hormonalnymi, co u kobiet przejawia się zanikiem miesiączek. Chociaż badacze podkreślają wysoką śmiertelność w tej chorobie, znacznie poważniejszym problemem wydaje się być jej negatywny wpływ na jakość życia osób nią dotkniętych. Chociaż często osoby z anoreksją sprawiają wrażenie osób pewnych siebie, aroganckich i zadufanych w sobie (być może powodem tego jest poczucie całkowitej kontroli nad ciałem posuniętej do tego stopnia, że osoby te umierają z wygłodzenia), w rzeczywistości osoby te są bardzo niepewne siebie. Wyniki badań E. Nitendel-Bujakowej[5] wykazały, że dziewczęta z anoreksją uważają, że są nieatrakcyjne społecznie, niepopularne, pogardzane, krytykowane. Autorka podkreśla, że dziewczęta te są wysoce samokrytyczne, tłumią w sobie gniew i oceniają swój nastrój jako depresyjny. Ponadto dosłownie w każdym momencie odczuwają głębokie i nieuzasadnione poczucie winy, zarówno wtedy, kiedy ćwiczą i głodują,

2) K. Pospiszyl, E. Żabczyńska, *Psychologia dziecka niedostosowanego społecznie*, Warszawa 1980, s. 13.
3) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR), Washington 2000.
4) Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja 10 (ICD-10), Kraków – Warszawa 2000.
5) E. Nitendel-Bujakowa, *Obraz dziewcząt chorych na anoreksję w ocenie własnej i w ocenie ich rodziców* [w:] M. Tatala (red.), *Być sobą. Przekraczanie ograniczeń w kierunku wyższej jakości życia*, Lublin 2005, s. 149-165.

jak i wówczas, gdy próbują walczyć z chorobą[6]. Zatem niewątpliwie można mówić o zniekształconym wizerunku własnej osoby u tych dziewcząt. Ponadto dziewczęta te uważają, że nie zasługują na pomoc i nie mają prawa, aby ich istnienie było odczuwane w świecie. W miarę trwania choroby, która w wielu przypadkach przechodzi w postać chroniczną, chorzy wycofują się z aktywnego życia, ich kontakty z otoczeniem prawie całkowicie zanikają a nierzadko jedynym rozwiązaniem wydaje się być samobójstwo lub, co staje się coraz powszechniejsze, prośba o eutanazję. Osoby z anoreksją zazwyczaj nie chcą podjąć leczenia, uważają, że tego nie potrzebują. Zaprzeczają zarówno sobie, jak również otoczeniu. Ich kontakty z innymi są trudne i konfliktowe. Często odsuwają od siebie ludzi, izolują się od nich[7].

W DSM-IV-TR wymienionych jest pięć kryteriów diagnostycznych bulimii. Jako pierwsze z nich podaje się nawracające epizody żarłoczności, które charakteryzuje zjedzenie w określonym czasie, znacznie większej ilości jedzenia niż większość ludzi mogłaby zjeść w takim samym czasie i w podobnych okolicznościach oraz poczucie braku kontroli w trakcie epizodu związane z uczuciem, że nie można przestać jeść lub z uczuciem braku kontroli nad tym, co i w jakich ilościach jest spożywane. Jako drugie kryterium wymienia się nawracające niewłaściwe zachowania zapobiegające wzrostowi masy ciała, takie jak prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, diuretyków, lewatyw lub innych środków medycznych; powstrzymywanie się od jedzenia lub intensywne ćwiczenia fizyczne. Pozostałe trzy kryteria diagnostyczne to: występowanie napadów obżarstwa i wymienionych wyżej niewłaściwych zachowań co najmniej dwa razy w tygodniu przez trzy miesiące, nadmierny wpływ kształtów i wagi ciała na samoocenę oraz wykluczenie możliwości, że zaburzenie stanowi objaw anoreksji. U pacjentów z bulimią obserwuje się również wiele form zachowań impulsywnych. Należą do nich m.in. próby samobójcze, samookaleczenia, kradzieże, nadużywanie wielu leków, narkotyków, alkoholu oraz promiskuityzm seksualny. Badania ukazują, że aż 50% kobiet chorych na bulimię popada w różnego rodzaju nałogi. Częstym zachowaniem u bulimiczek może być również nagły, niekontrolowany wybuch złości lub uczta jedzeniowa. Następnie pojawia się poczucie winy i wstydu. Wszystko to sprzyja depresyjności. Kolejną cechą osób z bulimią jest obniżona samoocena. Kobiety te zazwyczaj nie mają do siebie szacunku i mówią o sobie z lekceważeniem. Bulimiczki swoją samoocenę opierają na opinii innych (zazwyczaj ważnych dla nich) ludzi. Obniżony poziom samooceny związany jest ściśle z obniżonym poziomem samoakceptacji.

6) P. Beumont, T. Carney, *Can psychiatric terminology be translated into legal regulation: The anorexia nervosa example*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, tom 38, 2004.
7) http://magazyntuiteraz.pl.

Zaburzenia jedzenia jako forma nieprzystosowania społecznego

Można powiedzieć, że zarówno anoreksja, jak i bulimia są przypadłościami, w których występują poważne zaburzenia kontaktów z otoczeniem. W anoreksji konflikt z otoczeniem jest wywołany przez irracjonalne przekonania dotyczące swojego wyglądu i szkodliwości jedzenia. Czasami osoby z anoreksją mogą bardzo agresywnie, czasami w łagodniejszy sposób odmawiać jedzenia i leczenia pomimo bezpośredniego zagrożenia życia. Natomiast bulimii dodatkowo towarzyszą zachowania impulsywne, w tym także ignorowanie norm społecznych.

Doświadczenia skryptowe

Termin „doświadczenia skryptowe" wywodzi się z koncepcji psychoterapeutycznej o nazwie „analiza transakcyjna" i powstał w oparciu o pojęcie skryptu. E. Berne[8], definiując pojęcie skryptu, założył, że ma on powtarzalny charakter, ponieważ zawiera nieuświadamiany przez jednostkę plan życiowy oraz wskazania, jak go realizować – z określeniem ról, rodzajów zdarzeń i sposobów reagowania na nie. Skrypt odpowiada na pytania „kim jestem, co mam robić w życiu, kim są inni ludzie?". Składa się z podstawowego nakazu lub zakazu ze wskazaniem, jak zakończyć życie, z programu działania zawierającego ogólne zalecenia zapewniające utrzymanie kierunku podstawowego nakazu, zachęty do działań doprowadzających do jego wypełnienia, przepisy moralne oraz wiedzę o życiu, czyli wzory konkretnych działań, instrukcje do wykonywania zadań umożliwiające realizację skryptu. Dla ukształtowania generalnego nakazu skryptu mają znaczenie przekazy rodzica płci przeciwnej. Skrypty mogą mieć charakter destrukcyjny bądź konstruktywny. W analizie transakcyjnej dla określenia skryptów konstruktywnych stosuje się określenia „Skrypty zwycięskie", dla destrukcyjnych zaś – „skrypty porażki". Konstruktywne skrypty zachęcają do szczęśliwego, radosnego, spokojnego przeżywania życia, samodzielnego poszukiwania celów. „Żyj długo i szczęsliwie", „Nie poddawaj się", „Bądź dobrym człowiekiem", to przykłady skryptów zwycięskich podawane przez Berne'a. Skrypty destrukcyjne nakłaniają do realizacji celów niemożliwych do osiągnięcia, zaprzeczają możliwości realizacji jakichkolwiek celów. Skrypty bardziej destrukcyjne, tzw. „skrypty z przekleństwem" nakazują zniszczenie własnej osoby. Skrypt kształtowany jest w okresie wczesnego dzieciństwa (do wieku pięciu lat) pod wpływem dwóch kategorii informacji przekazywanych dziecku przez rodziców. Po pierwsze, istotne są komunikaty niewerbalne pochodzące od dziecięcego stanu ego rodziców. Od-

8) E. Berne, *What do you say after you say hello?*, New York 1972.

zwierciedlają one niechęci, obawy, złości, pragnienia, nadzieje zapisane w dziecięcym stanie ego rodziców. Są nimi gesty, wyraz twarzy, ton głosu, całe zachowanie rodzica przejawiane w określonym kontekście sytuacyjnym, wskazujące na to, co dziecko ma robić, a czego robić mu nie wolno. Po drugie znaczenie mają komunikaty werbalne, które przypisują dziecku właściwości oraz znaczenia temu, co ma ono robić. Teoria skryptów zakłada, że człowiek jest „w porządku" („O.K."), rodzi się jako „O.K.", ale w trakcie interakcji z innymi ludźmi następują w nim zmiany przez odbiór rozmaitych nakazów oraz przez ocenę jego kompetencji w różnych dziedzinach. Te zmiany zachodzą w dzieciństwie i utrzymują się przez całe życie. Teoria skryptów jest teorią decyzji, a nie teorią choroby. Jest ona oparta na przeświadczeniu, że ludzie świadomie w dzieciństwie lub we wczesnym okresie dorastania tworzą plany życiowe, które wpływają na resztę ich życia[9]. M. Steiner[10] uważa, że istnieją trzy „sposoby" udaremniania i zaburzania ludzkiego życia i sprowadzania go do skryptów. Korespondują one z trzema skryptami, które można określić jako „brak radości", „brak miłości" oraz „brak myślenia". Skrypt „braku radości" dotyczy ludzi, którym od wczesnych lat życia uniemożliwia się kontakt z ich ciałem. Nie pozwala się, aby w pełni doświadczali swoich ciał, aby mogli odróżnić, co jest dla nich przyjemne, a zatem dobre, i nieprzyjemne, a więc złe. Te osoby podlegają specyficznemu „treningowi" w dzieciństwie, są uczone lekceważenia wrażeń cielesnych oraz informacji, których dostarcza im ciało. Nie są uczone radości z pełni cielesnych odczuć. Ich ciało jest oddzielone od centrum, tracą kontakt z „ja fizycznym". Nie umieją odczuwać spontanicznej, żywiołowej radości, a także nie odczuwają miłości i nie potrafią płakać. Skrypt „braku radości" obserwuje się często u alkoholików, narkomanów oraz u ludzi uzależnionych od kawy, papierosów, aspiryny, tabletek nasennych i uspokajających. Według Steinera człowiek rodzi się z wrodzoną wiedzą na temat tego, co jest dla niego dobre, a co złe. Kiedy człowiek spożywa zbyt dużo alkoholu, czuje się źle. Zakochanie się odczuwa jako dobre, odbieranie od innych ludzi „głasków" odczuwa również jako dobre. Według tego autora wszyscy ludzie są do pewnego stopnia oddzieleni od własnych ciał, lecz zachowują z nimi mimo to pewną łączność, na przykład niektórzy ludzie kaszlą, gdy palą papierosy albo czują się bardzo źle po zbyt obfitym posiłku. Jest to dowód dobrej łączności z centrum danej osoby, czyli z „ja", ze świadomością własnych odczuć, z częścią ciała, która zostaje zraniona lub narażona na zranienie. Steiner zadaje w tym kontekście następujące pytanie. „Dlaczego ludzie czują się tak dobrze po spożyciu narkotyków?". Twierdzi on, że człowiek spożywając narkotyk, przywraca na krótko połączenie swojego ciała z centrum. W skrypcie „braku radości" najważniejszym czynnikiem jest nie seksualność, a sensualność.

9) Jako przykłady tragicznego skryptu Steiner wymienia samobójstwo, schizofrenię.
10) M. C. Steiner, *Scripts people live. Transactional analysis of life scripts*, New York 1974.

Autor twierdzi, że dzieci lubią odkrywać nieznane im rzeczy i zjawiska, lubią się bawić. Gdy rodzice tłumią tę wrodzoną spontaniczność dziecka, stanowi to trening przystosowujący je do życia w dyskomforcie, na przykład do noszenia niewygodnych rzeczy, do ukrywania bólu. Takie dziecko uczy się znosić ból bez narzekań. Skrypt „braku miłości" jest oparty na ekonomii „głasków", czyli wiąże się z pozbawianiem dziecka kontaktu dotykowego, a prowadzi to do depresji połączonej z odczuciami braku miłości do ludzi i braku doznawania uczuć od nich. Skrypt „braku myślenia" prowadzi do nieumiejętności radzenia sobie ze światem, do odczucia, że nie ma się kontroli nad własnym życiem; ten skrypt atakuje zdolność człowieka do myślenia i jego ostateczną konsekwencją może być schizofrenia.

Steiner na podstawie analizy skryptów wyróżnił odpowiednio cztery typy ograniczeń stosowanych wobec dzieci w dzieciństwie przez rodziców. Nazwał je treningami. Wyodrębnił cztery rodzaje treningu, w tym:

– trening w niedoznawaniu przyjemności,
– trening w niedoznawaniu miłości,
– trening w bezmyślności,
– trening w bezradności.

Trening w niedoznawaniu przyjemności polega na ograniczaniu przez rodziców naturalnej umiejętności do rozpoznawania tego, co jest dla organizmu dziecka korzystne, a co niekorzystne, na przykład przez przyzwyczajanie go do noszenia niewygodnych ubrań, do znoszenia bólu bez wyrażania cierpienia i protestu, przez zmuszanie do jedzenia niesmacznych potraw, zabranianie żywiołowego wyrażania radości. Podstawą treningu w niedoznawaniu miłości stanowi kilka istotnych zakazów. Brzmią one następująco: „Nie dawaj innym ludziom dowodów miłości i nie wyrażaj wobec nich swojej akceptacji bez ograniczeń", „Nie proś o przejawy miłości z ich strony w stosunku do ciebie nawet wtedy, gdy ich potrzebujesz", „Nie akceptuj przejawów miłości nawet wtedy, gdy ich pragniesz", „Nie nagradzaj sam siebie". Trening w bezmyślności polega głównie na lekceważeniu umiejętności intuicyjnego rozumienia interakcji międzyludzkich przez dziecko, na ignorowaniu uczuć, co prowadzi do nieumiejętności rozpoznawania uczuć w sobie i w innych ludziach, do ograniczania racjonalnego myślenia (na przykład trening w bezmyślności może wyrażać się w zakazie ujawniania kłamstw rodziców). Trening w bezradności stosowany przez rodziców zmierza do ograniczania możliwości samodzielnych wyborów i działań dziecka zgodnych z tymi wyborami w zakresie konfliktów społecznych, rozumienia świata, rozumienia siebie w różnorodnych sytuacjach.

B. Tryjarska[11] tworząc koncepcję doświadczeń skryptowych, podjęła się reinterpretacji koncepcji Steinera. Przyjęte zostało przez nią założenie o znaczeniu przyzwolenia dawanego dziecku przez rodziców na korzysta-

11) B. Tryjarska, *Skrypty życiowe a konflikty jawne i ukryte w małżeństwie*, Warszawa 1995.

nie z czterech sfer doświadczeń: czucia, miłości, myślenia i samodzielnego działania. Ponadto założone zostało, że wszystkie dzieci aż do okresu dorastania podlegają treningowi rodzicielskiemu w czterech wymienionych sferach. Oddziaływania rodziców w tej mierze można umieścić na kontinuum ograniczenia – przyzwolenia na korzystanie z doznań uczuciowych, na dawanie i odbieranie przejawów miłości, posługiwanie się myśleniem i na samodzielność działań. W pracy tej autorki doświadczenia człowieka związane ze stopniem przyzwolenia matki i ojca na korzystanie z czterech sfer – czucia, miłości, myślenia i działania – nazwane zostały doświadczeniami skryptowymi. W dziedzinie doznań zmysłowych istotne jest przyzwolenie rodziców na odbieranie, rozpoznawanie przez dziecko sygnałów cielesnych, szacowanie ich na kontinuum przyjemne-nieprzyjemne oraz możliwość ekspresji tych stanów, w tym na przykład unikanie tego, co jest odbierane jako szkodliwe, sprawiające ból, niewygodne. W sferze miłości ważne jest uznanie prawa dziecka do dawania bez szczególnych ograniczeń innym ludziom ciepła, serdeczności, podziwu i otrzymywania tego od nich, domagania się okazywania miłości, jak również odrzucania przejawów miłości, zgodnie z własnym zapotrzebowaniem. Przyzwolenie na korzystanie z myślenia przejawia się w wyrażaniu zgody na posługiwanie się intuicją w rozpoznawaniu uczuć i nastawień innych ludzi, jak również racjonalnością, zwłaszcza w wykrywaniu sprzeczności i kłamstw. Przyzwolenie na działanie wyraża się w akceptacji podejmowanych przez dziecko akcji i wyborów zgodnych z dotychczasowym samodzielnie zgromadzonym doświadczeniem i wpływanie na innych ludzi.

Tryjarska[12] badała między innymi związek doświadczeń skryptowych z konstruktywnością skryptów życiowych. Uzyskała następujące wyniki:

– doświadczenia skryptowe zdobyte zwłaszcza w kontakcie z matką mają znaczenie dla stopnia konstruktywności skryptów życiowych osób dorosłych;

– przyzwolenie matek na korzystanie ze sfery myślenia i działania oraz przyzwolenie ojców na samodzielność działań sprzyja konstruktywności skryptów życiowych kobiet;

– przyzwolenie matek na korzystanie ze sfery czucia, miłości i działania oraz przyzwolenie ojców na korzystanie ze sfery czucia i myślenia sprzyja konstruktywności skryptów życiowych mężczyzn.

Z kolei K. Markert[13] badała związek między stopniem przyzwolenia rodziców na korzystanie ze sfery czucia, miłości, myślenia, działania a stopniem konstruktywności skryptów życiowych młodzieży oraz sposobem funkcjonowania dziewcząt i chłopców w roli szkolnej i towarzyskiej. Ważnym wynikiem autorki było stwierdzenie, że w porównaniu z chłop-

12) Tamże.

13) K. Markert, *Konstruktywność skryptów życiowych młodzieży a jej funkcjonowanie społeczne*, niepublikowana praca magisterska, Warszawa 1994.

cami dziewczęta uzyskują większą akceptację, zarówno ze strony matek, jak i ojców na korzystanie z czucia i na samodzielność działań. Istotna dla tematu niniejszej pracy jest następująca interpretacja tej autorki dotycząca tego rezultatu: „Czucie będące doświadczeniem skryptowym jest rozumiane jako przyzwolenie versus ograniczenie w odbieraniu i rozpoznawaniu sygnałów z własnego ciała, szacowaniu ich na kontinuum przyjemne-nieprzyjemne oraz możliwości ekspresji tych stanów, w tym na przykład unikaniu tego, co odbierane jest jako szkodliwe, sprawiające ból, niewygodne. Mniejsze przyzwolenie dawane chłopcom w zakresie sfery czucia zgodne jest ze stereotypem panującym w naszym społeczeństwie. Istnieje przekonanie, że na przykład łzy czy zajmowanie się swoim ciałem jest rzeczą „babską", natomiast chłopcy przygotowywani są do roli „silnego mężczyzny", który bez słowa znosi wszelką niewygodę"[14]. Rezultaty badań Markert ujawniły ponadto pozytywną korelację między stopniem przyzwolenia rodziców na korzystanie z czterech sfer doświadczeń (czucie, miłość, myślenie, działanie) a stopniem konstruktywności skryptu życiowego ich dzieci. Ponadto stwierdzono pozytywną korelację między stopniem przyzwolenia dawanym przez matki w zakresie sfery myślenia oraz samodzielnego działania dawanym przez matki i ojców a stopniem konstruktywności skryptu życiowego dziewcząt.

Cel badań

Autorka tekstu spróbowała odpowiedzieć na pytanie, czy zaburzenia jedzenia posiadające niewątpliwie cechy nieprzystosowania społecznego można uznać za zdeterminowane czynnikami rodzinnymi.

Zmienne

Zmienną niezależną w badaniu były doświadczenia skryptowe, a zmienną zależną (w tym wypadku grupującą) było przyporządkowanie badanych do grupy osób z zaburzeniami jedzenia. Zmienną „doświadczenia skryptowe" zoperacjonalizowano jako stopień przyzwolenia udzielanego jednostce przez matkę i ojca odrębnie na czucie, miłość, myślenie i działanie. Wskaźnikiem tej zmiennej są wyniki uzyskiwane przez badanych na czterech skalach kwestionariusza D.S. skonstruowanego przez B. Tryjarską[15].

Zastosowane narzędzie

Kwestionariusz D.S. składa się z dwóch części: „o matce" i „o ojcu". Każda z nich zawiera cztery skale: „Czucie", „Miłość", „Myślenie", „Działanie". W skład każdej skali wchodzi dziesięć pozycji. Zadaniem badanych jest ustosunkowanie się do poszczególnych stwierdzeń i wybranie jednej z siedmiu kategorii odpowiedzi. Pierwsza część kwestio-

14) Tamże, s. 75.
15) B. Tryjarska, *Skrypty ... op. cit.,* Warszawa 1995.

nariusza zawiera pytania dotyczące akceptacji zachowań osoby badanej przez jej matkę, druga zaś – stopnia ich akceptacji przez ojca. Opisane w kwestionariuszu zachowania mają być odnoszone do doświadczeń osoby badanej z czasu dzieciństwa do 14 roku życia. Przy każdej pozycji została zamieszczona 7-stopniowa skala. Bieguny skal są zamienione w porządku losowym w celu ograniczenia możliwości mechanicznego udzielania odpowiedzi. Siedmiu kategoriom odpowiedzi przypisane zostały następujące wagi: „zdecydowanie nie akceptował(a)" – 1, „nie akceptował(a)" – 2, „raczej nie akceptował(a)" – 3, „zachowywał(a) się neutralnie" – 4, „raczej akceptował(a)" – 5, „akceptował(a)" – 6, „zdecydowanie akceptował(a)" – 7. Wynik osiągany na każdej z ośmiu skal kwestionariusza może zamykać się w przedziale od 10 do 70.

Kwestionariusz D.S. został znormalizowany i posiada normy wyrażone w skali stenowej, którą charakteryzują następujące parametry: średnia = 5,5, odchylenie standardowe = 2,0. Składa się ona z dziesięciu jednostek, stenów. Jedna jednostka równa się 0,5 odchylenia standardowego. Wyniki mieszczące się w przedziale 1 - 4 sten uważa się za niskie, 5 - 6 traktuje się jako przeciętne, 7 - 10 sten uznaje się za wysokie. Wyższa wartość wyniku surowego i wyższy sten wskazują na większy stopień przyzwolenia matki lub ojca na korzystanie z danej sfery.

W kwestionariuszu D.S. zgodnie z zaleceniem Tryjarskiej, liczone są następujące ilościowe wskaźniki przyzwolenia przez matkę na korzystanie ze sfery czucia, miłości, myślenia, działania oraz wskaźniki przyzwolenia przez ojca na korzystanie ze sfery czucia, miłości, myślenia, działania. Wskaźniki te są sumą punktów uzyskaną przez osobę badaną w danej skali. Wartość wskaźnika jest wprost proporcjonalna do natężenia zmiennej.

Osoby badane

Przebadano 140 kobiet w wieku 17-36 lat, w tym dwie grupy z zaburzeniami jedzenia:

– 35 osób z anoreksją
– 35 osób z bulimią

oraz dwie grupy porównawcze:

– 35 osób ze schizofrenią
– 35 osób bez zaburzeń psychicznych.

Badania przeprowadzono w klinikach psychiatrycznych i endykronologicznych w Warszawie, Poznaniu, Szczecinie i Radomiu.

Hipotezy badawcze

Na podstawie literatury przedmiotu oraz obserwacji autorek postawiono osiem hipotez:

Hipoteza 1. Stopień przyzwolenia na aktywność w sferze czucia ze

strony matki u osób z anoreksją i bulimią będzie niższy niż u osób ze schizofrenią, a stopień przyzwolenia na czucie ze strony matki u osób ze schizofrenią będzie niższy niż u osób zdrowych psychicznie.

Hipoteza 2. Stopień przyzwolenia na aktywność w sferze miłości ze strony matki u osób z anoreksją i bulimią będzie niższy niż u osób ze schizofrenią, a stopień przyzwolenia w dziedzinie miłości ze strony matki u osób ze schizofrenią będzie niższy niż u osób zdrowych psychicznie.

Hipoteza 3. Stopień przyzwolenia na aktywność w sferze myślenia ze strony matki u osób ze schizofrenią będzie niższy niż u osób z anoreksją i bulimią, a stopień przyzwolenia na aktywność w sferze myślenia ze strony matki „u osób z zaburzeniami jedzenia będzie niższy niż u osób zdrowych psychicznie.

Hipoteza 4. Stopień przyzwolenia na aktywność w sferze działania ze strony matki u osób z zaburzeniami jedzenia i ze schizofrenią będzie niższy niż u osób zdrowych psychicznie.

Hipoteza 5. Stopień przyzwolenia na aktywność w sferze czucia ze strony ojca u osób z zaburzeniami jedzenia będzie niższy niż u osób ze schizofrenią, a stopień przyzwolenia na czucie ze strony ojca u osób ze schizofrenią będzie niższy niż u osób zdrowych psychicznie.

Hipoteza 6. Stopień przyzwolenia na aktywność w sferze miłości ze strony ojca u osób z zaburzeniami jedzenia będzie niższy niż u osób ze schizofrenią, a stopień przyzwolenia w dziedzinie miłości ze strony ojca u osób ze schizofrenią będzie niższy niż u osób zdrowych psychicznie.

Hipoteza 7. Stopień przyzwolenia na aktywność w sferze myślenia ze strony ojca u osób ze schizofrenią będzie niższy niż u osób z zaburzeniami jedzenia, a stopień przyzwolenia na aktywność w sferze myślenia ze strony ojca u osób z anoreksją i bulimią będzie niższy niż u osób zdrowych psychicznie.

Hipoteza 8. Stopień przyzwolenia na aktywność w sferze działania ze strony ojca u osób z anoreksją, bulimią i ze schizofrenią będzie niższy niż u osób zdrowych psychicznie.

Wyniki badań

Różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony matki na czucie

Tabela 1 przedstawia wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji, a tabela 2 wyniki testów *post hoc*.

Tabela 1. Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji ukazujące różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony matki na doznania zmysłowe

badane grupy	N	średnia	df	F	p
Anoreksja	35	43, 2286	3	2, 974	0, 034
bulimia	35	37, 9143			
schizofrenia	35	39, 2857			
zdrowie psychiczne	35	42, 8571			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Wyniki testów *post hoc* (porównań wielokrotnych) ukazujące różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony matki na doznania zmysłowe

porównywane grupy osób badanych		różnica średnich	błąd standardowy	P
anoreksja	bulimia	5, 3143	0, 090	0, 090

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki analiz statystycznych wskazują, że stopień przyzwolenia ze strony matki na czucie jest niższy w grupie osób z bulimią niż w grupie osób z anoreksją (poziom tendencji statystycznej).

Różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony matki na miłość.

Tabela 3 przedstawia wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji, a tabela 4 wyniki testów *post hoc* (porównań wielokrotnych).

Tabela 3. Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji ukazujące różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony matki na miłość

badane grupy	N	średnia	df	F	P
anoreksja	35	48, 7143	3	4, 465	0, 005
bulimia	35	43, 9714			
schizofrenia	35	43, 9143			
zdrowie psychiczne	35	50, 2857			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Wyniki testów post hoc (porównań wielokrotnych) ukazujące różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony matki na miłość

porównywane grupy osób badanych		**różnica średnich**	**błąd standardowy**	**p**
zdrowie psychiczne	bulimia	6, 3143	2, 190	**0, 027**
	Schizofrenia	6, 3714	2, 190	**0, 025**

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki analiz statystycznych wykazały, że stopień przyzwolenia ze strony matki na miłość jest niższy w grupach osób z bulimią i ze schizofrenią niż w grupie osób zdrowych psychicznie.

Różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony matki na myślenie.

Tabela 5 przedstawia wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji, a tabela 6 wyniki testów *post hoc* (porównań wielokrotnych).

Tabela 5. Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji ukazujące różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony matki na myślenie

badane grupy	N	średnia	df	**F**	**p**
Anoreksja	35	46, 2000	3	7, 757	0, 000
bulimia	35	37, 1429			
schizofrenia	35	37, 6571			
zdrowie psychiczne	35	43, 0000			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6. Wyniki testów *post hoc* (porównań wielokrotnych) ukazujące różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony matki na myślenie

porównywane grupy osób badanych		różnica średnich	błąd standardowy	**P**
anoreksja	bulimia	9, 0571	2, 215	0, 000
	schizofrenia	8, 5429	2, 215	0, 001
bulimia	zdrowie psychiczne	-5,8571	2, 215	0, 0552

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki analiz statystycznych wykazały, że stopień przyzwolenia ze strony matki na myślenie w grupach osób z bulimią i ze schizofrenią jest niższy niż w grupie osób z anoreksją, a stopień przyzwolenia ze strony matki na myślenie w grupie osób z bulimią jest niższy niż w grupie osób zdrowych psychicznie (poziom tendencji statystycznej).

Różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony matki na działanie.

Tabela 7 przedstawia wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji, a tabela 8 wyniki testów *post hoc* (porównań wielokrotnych).

Tabela 7. Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji ukazujące różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony matki na działanie

badane grupy	N	średnia	df	F	**p**
Anoreksja	35	51, 0286	3	3, 878	0, 011
bulimia	35	44, 3429			
schizofrenia	35	45, 1143			
zdrowie psychiczne	35	48, 1714			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 8. Wyniki testów *post hoc* (porównań wielokrotnych) ukazujące różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony matki na działanie

porównywane grupy osób badanych		różnica średnich	błąd standardowy	P
anoreksja	bulimia	6, 6857	2, 198	0, 017
	schizofrenia	5, 9143	2, 198	0, 048

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki analiz statystycznych wykazały, że stopień przyzwolenia matki na działanie w grupach osób z bulimią i ze schizofrenią jest niższy niż w grupie osób z anoreksją.

Różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony ojca na czucie.

Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji oraz wyniki testów *post hoc* (porównań wielokrotnych) nie wykazały istotnych statystycznie różnic (p =0, 270) między badanymi grupami w zakresie stopnia przyzwolenia ojca na doznania zmysłowe.

Różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony ojca na miłość.

Tabela 9 przedstawia wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji, a tabela 10 wyniki testów *post hoc* (porównań wielokrotnych).

Tabela 9. Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji ukazujące różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony ojca na miłość

badane grupy	**N**	**średnia**	**df**	**F**	**P**
Anoreksja	35	45, 0571	3	2, 859	0, 039
bulimia	35	40, 9143			
Schizofrenia	35	44, 6571			
zdrowie psychiczne	35	48, 0000			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 10. Wyniki testów post hoc (porównań wielokrotnych) ukazujące różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony ojca na miłość

porównywane grupy osób badanych		**różnica średnich**	**błąd standardowy**	**P**
bulimia	zdrowie psychiczne	-7, 0857	2, 431	**0, 025**

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki analiz statystycznych wykazały, że stopień przyzwolenia ze strony ojca na miłość w grupie osób z bulimią jest niższy niż w grupie osób zdrowych psychicznie.

Różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony ojca na myślenie.

Tabela 9 przedstawia wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji, a tabela 10 wyniki testów *post hoc* (porównań wielokrotnych).

Tabela 9. Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji ukazujące różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony ojca na myślenie

badane grupy	**N**	**średnia**	**df**	**F**	**p**
anoreksja	35	39, 3429	3	7, 169	0, 000
bulimia	35	31, 6286			
schizofrenia	35	38, 1714			
zdrowie psychiczne	35	42, 9714			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 10. Wyniki testów post hoc (porównań wielokrotnych) ukazujące różnice między czterema badanymi grupami dopasowanymi wiekowo pod względem przyzwolenia ze strony ojca na myślenie

porównywane grupy osób badanych		różnica średnich	błąd standardowy	p
bulimia	Anoreksja	- 7, 7143	2, 499	0, 015
	zdrowie psychiczne	-11, 3429	2, 499	0, 000

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki analiz statystycznych wykazały, że stopień przyzwolenia ojca na myślenie w grupie osób z bulimią jest niższy niż w grupach: osób z anoreksją i osób zdrowych psychicznie.

Różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony ojca na działanie.

Tabela 11 przedstawia wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji, a tabela 12 wyniki testów *post hoc* (porównań wielokrotnych).

Tabela 11. Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji ukazujące różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony ojca na działanie

badane grupy	N	średnia	df	F	p
Anoreksja	35	48, 8000	3	3, 612	0, 015
bulimia	35	43, 1714			
schizofrenia	35	47, 1714			
zdrowie psychiczne	35	50,1143			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 12. Wyniki testów post hoc (porównań wielokrotnych) ukazujące różnice między czterema badanymi grupami pod względem przyzwolenia ze strony ojca na działanie

porównywane grupy osób badanych		różnica średnich	błąd standardowy	p
bulimia	zdrowie psychiczne	-6, 9429	2, 242	**0, 014**

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki analiz statystycznych wykazały, że stopień przyzwolenia ze strony ojca na działanie w grupie osób z bulimią jest niższy niż w grupie osób zdrowych psychicznie.

Interpretacja wyników badań

Według hipotezy 1 „Stopień przyzwolenia na aktywność w sferze czucia ze strony matki u osób z anoreksją i bulimią będzie niższy niż u osób ze schizofrenią, a stopień przyzwolenia na czucie ze strony matki u osób ze schizofrenią będzie niższy niż u osób zdrowych psychicznie". Wyniki badań nie potwierdziły tej hipotezy, a mianowicie osoby z bulimią przyznawały się do mniejszego stopnia przyzwolenia na odczucia zmysłowe ze strony matki niż osoby z anoreksją.

Według hipotezy 2 „Stopień przyzwolenia na aktywność w sferze miłości ze strony matki u osób z anoreksją i bulimią będzie niższy niż u osób ze schizofrenią, a stopień przyzwolenia w dziedzinie miłości ze strony matki u osób ze schizofrenią będzie niższy niż u osób zdrowych psychicznie". Wyniki badań jedynie częściowo potwierdziły tę hipotezę, a mianowicie okazało się, że chociaż osoby z bulimią i ze schizofrenią skarżą się na podobny stopień ograniczeń ze strony matki na miłość, jednak te ograniczenia są istotnie niższe niż ograniczenia w tej sferze ze strony matki opisywane przez osoby zdrowe psychicznie.

Według hipotezy 3 „Stopień przyzwolenia na aktywność w sferze myślenia ze strony matki u osób ze schizofrenią będzie niższy niż u osób z anoreksją i bulimią, a stopień przyzwolenia na aktywność w sferze myślenia ze strony matki u osób z zaburzeniami jedzenia będzie niższy niż u osób zdrowych psychicznie". Także ta hipoteza została jedynie częściowo potwierdzona, a mianowicie okazało się, że osoby z bulimią i ze schizofrenią nie różnią się pod względem wspomnień dotyczących ograniczeń ze strony matki w sferze myślenia, natomiast osoby z bulimią mówią o wiele większym ograniczeniu w tej sferze niż osoby zdrowe psychicznie.

Według hipotezy 4 „Stopień przyzwolenia na aktywność w sferze działania ze strony matki u osób z zaburzeniami jedzenia i ze schizofrenią będzie niższy niż u osób zdrowych psychicznie". Wyniki badań nie potwierdziły tej hipotezy, ponieważ okazało się, że stopień przyzwolenia matki na działanie w grupach osób z bulimią i ze schizofrenią jest niższy niż w grupie osób z anoreksją.

Według hipotezy 5 „Stopień przyzwolenia na aktywność w sferze czucia ze strony ojca u osób z zaburzeniami jedzenia będzie niższy niż u osób ze schizofrenią, a stopień przyzwolenia na czucie ze strony ojca u osób ze schizofrenią będzie niższy niż u osób zdrowych psychicznie". Ta hipoteza również nie została potwierdzona, ponieważ wyniki analiz statystycznych nie wykazały istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami w zakresie stopnia przyzwolenia ojca na doznania zmysłowe.

Według hipotezy 6 „Stopień przyzwolenia na aktywność w sferze miłości ze strony ojca u osób z zaburzeniami jedzenia będzie niższy niż u osób ze schizofrenią, a stopień przyzwolenia w dziedzinie miłości

ze strony ojca u osób ze schizofrenią będzie niższy niż u osób zdrowych psychicznie". Ta hipoteza została częściowo potwierdzona, gdyż wykazano, że stopień przyzwolenia ze strony ojca na miłość w grupie osób z bulimią jest niższy niż w grupie osób zdrowych psychicznie.

Według hipotezy 7 „Stopień przyzwolenia na aktywność w sferze myślenia ze strony ojca u osób ze schizofrenią będzie niższy niż u osób z zaburzeniami jedzenia, a stopień przyzwolenia na aktywność w sferze myślenia ze strony ojca u osób z anoreksją i bulimią będzie niższy niż u osób zdrowych psychicznie". Ta hipoteza została częściowo potwierdzona, gdyż wyniki badań wykazały, że stopień przyzwolenia ojca na myślenie w grupie osób z bulimią jest niższy niż w grupach osób z anoreksją i osób zdrowych psychicznie.

Według hipotezy 8 „Stopień przyzwolenia na aktywność w sferze działania ze strony ojca u osób z anoreksją, bulimią i ze schizofrenią będzie niższy niż u osób zdrowych psychicznie". Wyniki badań wykazały, że stopień przyzwolenia ze strony ojca na działanie w grupie osób z bulimią jest niższy niż w grupie osób zdrowych psychicznie, a zatem częściowo potwierdziły hipotezę.

Podsumowanie

Podsumowując wyniki przeprowadzonych badań, można stwierdzić, że:

– osoby zdrowe psychicznie mówiły o wiele większym przyzwoleniu ze strony matki i ojca w większości sfer w porównaniu z osobami z pozostałych trzech badanych grup (anoreksja, bulimia i schizofrenia);

– osoby z bulimią skarżyły się na większe ograniczenia ze strony matki na doznania zmysłowe i na działanie oraz większe ograniczenia ze strony ojca na myślenie niż osoby z anoreksją. Skarżyły się również na podobnie niski stopień przyzwolenia na miłość, myślenie i działanie ze strony matki jak osoby ze schizofrenią.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują zatem, że osoby z bulimią spotykały się ze strony rodziców z o wiele większymi ograniczeniami, zwłaszcza z strony matki nie tylko w porównaniu do osób zdrowych psychicznie, ale także w porównaniu do osób z anoreksją, co lokuje ich bardzo blisko grupy badanych ze schizofrenią. Takie wyniki mogą oznaczać, że w tej grupie wpływ rodziny na zaburzenia związane z przyjmowaniem pokarmu może być szczególnie istotny. Warto dodać, że właśnie bulimię, jak wspomniano na początku prezentacji, cechują zachowania impulsywne i naruszające normy społeczne. Można zatem przypuszczać, że takie zachowania, charakterystyczne dla bulimii, mogą wynikać w dużym stopniu z ograniczeń ze strony rodziny w dzieciństwie. W przyszłości warto przeprowadzić badania korelacyjne, w których osoby z bulimią zostałyby przebadane za pomocą Skali Nieprzystosowania Społecznego (np. autorstwa L. Pytki[16]) i Skali D.S.

16) L. Pytka, *Pedagogika ... op. cit.,* Warszawa 1993.

Bibliografia:

1. Berne E., *What do you say after you say hello?*, New York 1972.

2. Beumont, P., Carney, T., *Can psychiatric terminology be translated into legal regulation: The anorexia nervosa example,* Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, tom 38, 2004.

3. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR), Washington 2000.

4. Markert K., *Konstruktywność skryptów życiowych młodzieży a jej funkcjonowanie społeczne*, niepublikowana praca magisterska, Warszawa 1994.

5. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja 10 (ICD-10), Kraków – Warszawa 2000.

6. Nitendel-Bujakowa, E., *Obraz dziewcząt chorych na anoreksję w ocenie własnej i w ocenie ich rodziców*, [w:] M. Tatala (red.), *Być sobą. Przekraczanie ograniczeń w kierunku wyższej jakości życia*, Lublin 2005, s. 149-165.

7. Pospiszyl K., Żabczyńska E., *Psychologia dziecka niedostosowanego społecznie*, Warszawa 1980.

8. Pytka L., *Pedagogika resocjalizacyjna*, Warszawa 1993.

9. Pytka L., *Pedagogika resocjalizacyjna. Wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne*, Warszawa 2000.

10. Steiner C.M., *Scripts people live. Transactional analysis of life scripts*, New York 1974.

11. Tryjarska B., *Skrypty życiowe a konflikty jawne i ukryte w małżeństwie*, Warszawa 1995.

12. Strona internetowa dostępna pod adresem: http://magazyntuiteraz.pl