

Grzegorz Iniewicz

## SAMOKONTROLA I JEJ UWARUNKOWANIA U DZIEWCZĄT CHORUJĄCYCH NA ANOREKSJĘ PSYCHICZNĄ

### SELF-CONTROL AND ITS CONDITIONS IN FEMALE ADOLESCENTS WITH ANOREXIA NERVOSA

Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński  
Dyrektor: dr hab. Władysław Łosiak  
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ  
Kierownik: prof. dr hab. med. Jacek Bomba

*Autor przedstawia wyniki badań dotyczących samokontroli u dziewcząt chorych na anoreksję psychiczną w porównaniu ze zdrowymi dziewczętami w tym samym wieku. Zastosowano dwa narzędzia: Kwestionariusz do badania obrazu siebie u młodzieży D. Offera oraz Ankieta samokontrola w wychowaniu. Najważniejszym wnioskiem jest stwierdzenie niższej samokontroli u dziewcząt z anoreksją i silniejszy w ich rodzinach nacisk na spełnianie norm społecznych.*

**anorexia nervosa  
self-control**

**Summary:** Summary: The article presents data concerning self-control and its conditions in female adolescents with anorexia nervosa. Self-control seems to be one of the most important psychological mechanisms which take place in the onset and in maintaining of the disorder. It is confirmed by etiological models of anorexia. 30 adolescent girls suffering from anorexia nervosa according to DSM-IV and 30 adolescent girls without eating problems completed the Offer Self-Image Questionnaire for Adolescents and the Questionnaire of Self-control in upbringing. Research confirmed the assumption referring to weaker self-control in anorectic girls and stronger control of fulfilling social demands.

Samokontrola jest jednym z ważniejszych wymiarów czy mechanizmów naszej osobowości. W znaczący sposób warunkuje podejmowane przez nas działania. Równocześnie, w literaturze psychologicznej powoduje niezliczone dyskusje, dotyczące zarówno jej kształtowania się, przejawów, jak i zaburzeń, jakim podlega. Problem zaczyna się już w momencie, kiedy podejmujemy próbę jej zdefiniowania. Kofta [1] wyróżnia trzy sposoby rozumienia samokontroli. Po pierwsze, może być ona ujmowana jako właściwość (cecha) osobowości wpływająca na częstotliwość i natężenie występowania pewnych form zachowania. Po drugie, może być użyta jako termin opisowy, odnoszący się do pewnej grupy zachowań, opisanych przez Skinnera jako zachowania sprawcze. I po trzecie, samokontrolę można rozumieć jako pewien mechanizm psychologiczny, na który składają się różne procesy regulacyjne. Podobnie jak w pierwszym ujęciu, jest ona traktowana jako termin

wyjaśniający, nawiązujący najczęściej do teorii dysonansu poznawczego, teorii atrybucji lub poznawczej teorii emocji.

Moje rozumienie samokontroli oparłem na koncepcji zaproponowanej przez Lapatto i Williama [2]. Pojęcia tego nie zawężają oni tylko do zmiany pojedynczej reakcji, ale ujmują je jako zasadę, której człowiek się uczy, a która uzależnia fakt wystąpienia lub niewystąpienia wzmocnienia od odpowiedniego zachowania. Takie ujęcie łączy rozumienie samokontroli w ramach teorii uczenia się i teorii poznawczej — uczymy się nie pojedynczych zachowań, lecz rządzącej nimi zasady. Dzięki transferowi pozytywnemu wyuczone zasady mogą być zastosowane w innych sytuacjach i nie muszą za każdym razem doprowadzać do uzyskania nagrody. Samokontrola wyraża się w dwóch formach. Pierwsza dotyczy zaprzestawania pewnych czynności, druga — podejmowania.

W takim ujęciu samokontroli jednostka uczyłaby się jej i kształtowała ją w toku doświadczeń społecznych. Jednak nie chodzi tu o nagradzanie powstrzymania się od działania, opartego na impulsach, i karanie niepowstrzymywania się od niego, lecz o bardziej elementarne i mniej specyficzne oddziaływania społeczne, które poprzedzałyby wystąpienie zachowań opartych na impulsach [3].

Podjęcie problematyki samokontroli w kontekście zaburzeń jedzenia, a zwłaszcza anoreksji psychicznej, wydaje się o tyle usprawiedliwione, iż występuje ona jako istotny czynnik w różnych modelach etiologicznych tej choroby, o czym pisałem gdzie indziej [4, 5]. Równocześnie kształtowanie się samokontroli stanowi istotny czynnik w perspektywie rozwojowej. Mam tu na myśli zwłaszcza okres dorastania, w którym najczęściej ma początek anoreksja. Reynolds [6] zwraca uwagę, że okres dojrzewania to początek większych wymagań dorosłych w stosunku do młodzieży, wymagań, które w sposób szczególny wiążą się z samokontrolą. Okres dojrzewania, konfrontując między innymi z problemem własnej niezależności, zmusza do budowania jej na ukształtowanej, chociaż częściowo, samokontroli. Jeżeli wcześniejsze doświadczenia sprawowania kontroli i skuteczności własnego działania nie były dla jednostki źródłem nagradzających bodźców, to można przewidywać, że kształtowanie się własnej niezależności musi zostać zaburzone [7, 8]. Jednym ze sposobów poradzenia sobie z tym problemem jest znalezienie takiego obszaru, który da poczucie sprawowania nad sobą kontroli.

Badania nad samokontrolą u chorych na anoreksję nie dały, jak do tej pory, jednoznacznych wyników. Shapiro i wsp. [9] zwracają uwagę, iż może być to spowodowane różnorodnością koncepcji teoretycznych, dotyczących zarówno rozumienia samokontroli, jak i konstruowanych do jej mierzenia narzędzi. Według części badaczy samokontrola u osób z anoreksją jest zaniżona [10], według innych — zawyżona [11].

W swoich badaniach, oprócz próby odpowiedzi na pytanie, czy chorzy na anoreksję posiadają większą czy mniejszą samokontrolę w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami, zająłem się też problemem kształtowania się samokontroli. Przyjąłem założenie, że okresem, który ma szczególne znaczenie dla jej kształtowania się jest dzieciństwo, i że szczególnie istotne znaczenie mają tu wpływy wychowawcze. Opracowane przeze mnie narzędzie, omówione w dalszej części pracy, miało posłużyć zebraniu informacji na temat dwóch aspektów wychowania. Ich wybór oparty był na poglądach i badaniach Bruch [12, 13]. Stwierdziła ona, iż prawidłowy rozwój opiera się na równowadze pomiędzy dwoma źródłami zachowań jednostki. Pierwsze źródło to sama jednostka, drugie to otoczenie.

Osoby z anoreksją spostrzega ona jako takie, u których równowaga ta została zaburzona i ich zachowanie było kształtowane w przeważającej większości przez bodźce zewnętrzne. Z tego powodu wybrane przeze mnie aspekty wychowania dotyczą możliwości wyrażania w dzieciństwie przez osoby, u których później stwierdzono anoreksję, własnych myśli, potrzeb i emocji (jako odpowiednik pierwszego źródła zachowań), oraz nacisku na spełnianie norm społeczno-rodzinnych (jako odpowiednik drugiego źródła zachowań). Spodziewam się, iż badania potwierdzą tezę Bruch, iż w wychowaniu dziewcząt z anoreksją przeważały zachowania będące odpowiedzią na bodźce płynące z zewnątrz.

### Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięło udział 30 dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną, zgodnie z klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV [14]. Grupa kontrolna składała się z 30 zdrowych dziewcząt, dobranych do grupy badanej parami, z uwzględnieniem podstawowych danych demograficznych i rodzinnych: wieku, klasy szkolnej, pozycji wśród rodzeństwa, miejsca zamieszkania, wykształcenia i zawodu rodziców.

Badane dziewczęta były w wieku od 16 do 19 lat. W obu grupach średnia wieku wynosiła 17,07 roku ( $SD=1,14$ ). Prawie połowa dziewcząt w każdej grupie (43%) miała 16 lat. Większość z nich mieszkała w miastach (43%), a wśród rodzeństwa zajmowała pozycje najmłodszych (60%).

### Metody

Zastosowano Kwestionariusz D. Offera do badania obrazu siebie u młodzieży (The Offer Self-Image Questionnaire for Adolescents) [15, 16] oraz ankietę „Samokontrola w wychowaniu” (patrz aneks), która została opracowana na potrzeby tych badań.

Kwestionariusz Offera służy do badania młodzieży między 13. a 19. rokiem życia. Zawiera 130 stwierdzeń odnoszących się do obrazu siebie. 11 skal kwestionariusza składa się mniej więcej w połowie z pytań związanych z pozytywnymi cechami i w połowie — z negatywnymi. Kwestionariusz jest narzędziem dostarczającym informacji na temat tego, jak osoba badana przeżywa różne obszary swojego ja i swojego funkcjonowania społecznego. Adaptację testu do polskich warunków przeprowadziła Badura-Madej [17].

Do swoich badań wybrałem jedną skalę tego kwestionariusza: kontrola emocjonalna. Odnosi się ona, używając psychoanalitycznych terminów, do siły ego i wskazuje, w jakim stopniu badany radzi sobie z różnego rodzaju wewnętrznymi i zewnętrznymi naciskami. Wskazuje również na stopień odporności na frustrację i zdolność odrzucania gratyfikacji.

Współczynniki alfa Cronbacha poszczególnych skal, z podziałem na grupy według płci i wieku, dla wersji oryginalnej zostały zamieszczone w podręczniku do kwestionariusza [16], dla wersji polskiej — w maszynopisie podręcznika polskiej wersji kwestionariusza. Wskazują one, iż kwestionariusz ma zadowalające parametry statystyczne.

Ankieta „Samokontrola w wychowaniu” została skonstruowana na potrzeby prowadzonych badań. Składa się z 28 pozytywnych i negatywnych pytań, na które osoba badana odpowiada przez zakreślenie jednej z odpowiedzi: tak, raczej tak, raczej nie, nie, nie wiem

(za pierwsze trzy odpowiedzi osoba badana otrzymuje od 0 do 3 punktów). Pytania dotyczą dwóch aspektów wychowania, które, jak zakładam, w istotny sposób biorą udział w kształtowaniu się samokontroli: możliwości wyrażania przez dzieci własnych myśli, potrzeb i emocji (10 itemów), oraz nacisku rodziców na spełnianie norm społeczno-rodzinnych (11 itemów). W ankiecie znajdują się również pytania buforowe (7 itemów), dotyczące podejmowania przez dzieci pozaszkolnych aktywności. Narzędzie ma dwie wersje: dla dziewcząt (córek) oraz dla rodziców. Obie wersje składają się z tej samej liczby pytań, ułożonych w tej samej kolejności. Zmieniona została jedynie osoba (pytanie z wersji dla córek: „Czy Ty...”; pytanie z wersji dla rodziców: „Czy Pani/Pana córka...”). Końcowy wynik dla jednej badanej jest średnią punktów uzyskanych przez nią i jej rodziców.

W badaniach zrezygnowałem z osobnej analizy dla córek i rodziców, co było podyktowane chęcią zwiększenia wiarygodności uzyskanych wyników przez większą liczbę osób, których wyniki składają się na wynik w jednej skali. Poza tym założyłem, iż uśredniony w ten sposób wynik w jakimś sensie oddaje opisane aspekty wychowania w stopniu wierniejszym niż w przypadku ich analizy osobno z punktu widzenia rodziców i córek.

Zastosowanie ankiety poprzedzone było badaniami pilotażowymi. Na ich podstawie, po analizie współczynnika alfa Cronbacha, część pytań została usunięta, a część zmieniona. Po przeprowadzeniu właściwych badań poszczególne itemy ponownie zostały poddane analizie statystycznej. Współczynnik alfa Cronbacha dla skal kwestionariusza wynosił powyżej 0,60. Przed użyciem testu istotności różnic t-Studenta, w wersji dla grup niezależnych, potwierdzono homogeniczność wariancji oraz zgodność rozkładów empirycznych z rozkładem normalnym (test Kołmogorowa—Smirnowa).

### Wyniki badań

Różnica w skali „kontrola emocjonalna” Kwestionariusza Offera okazała się istotna statystycznie (tabela 1). Wskazuje to, iż dziewczęta z anoreksją gorzej radzą sobie z kontrolą wewnętrznych i zewnętrznych impulsów, mają mniejszą odporność na frustrację

Tabela 1

Średnie odchylenia standardowe i istotność różnic w skali „kontrola emocjonalna” Kwestionariusza Offera u dziewcząt z grupy badanej i kontrolnej\*

	GRUPA BADANA M (SD)	GRUPA KONTROLNA M (SD)	T	P
Kontrola emocjonalna	23,57 (6,45)	19,13 (6,41)	2,67	p < 0,01

\* Niższy wynik uzyskany w Kwestionariuszu Offera wskazuje na lepsze funkcjonowanie badanych w danym wymiarze.

i zdolność odraczania gratyfikacji.

W ankiecie „Samokontrola w wychowaniu” aspektem, który odróżnia grupę dziewcząt z anoreksją (grupa badana) od zdrowych rówieśniczek (grupa kontrolna), jest nacisk na spełnianie norm społecznych (tabela 2). Średnia w grupie dziewcząt z anoreksją jest istotnie wyższa (na poziomie 0,05) od średniej w grupie porównawczej, co oznacza, że w ich rodzinach nacisk na spełnianie norm społecznych jest silniejszy. Zwraca uwagę duże odchylenie standardowe w grupie dziewcząt z anoreksją w możliwości wyrażania myśli,

potrzeb i emocji. Analiza odchyłek standardowych wyników uzyskiwanych przez rodziny w poszczególnych itemach, które były najwyższe w pytaniach dotyczących ogólnych poglądów na postawę rodziców wobec dzieci (pytania 8 i 15, patrz aneks), a nie związanych z wychowaniem własnych dzieci, może sugerować, iż część badanych odnosiła je do sytuacji swojej rodziny, a część wyrażała w nich poglądy natury bardziej ogólnej. Można też przyjąć, że w rodzinach z córką chorą na anoreksję ten aspekt wychowania jest dość

Tabela 2

**Średnie odchylenia standardowe i istotność różnic w skalach ankiety „Samokontrola w wychowaniu” w rodzinach dziewcząt z grupy badanej i kontrolnej**

	GRUPA BADANA M (SD)	GRUPA KONTROLNA M (SD)	T	p
Wyrażanie myśli, potrzeb i emocji	23,03 (5,60)	25,03 (3,34)	- 1,48	n.s.
Spełnianie norm społecznych	15,10 (2,82)	16,40 (3,45)	- 2,10	p < 0,05

zróżnicowany.

### Dyskusja wyników

Hipoteza, mówiąca o tym, że dziewczęta chorujące na anoreksję mają mniejszą w porównaniu ze zdrowymi rówieśniczkami samokontrolę, została potwierdzona. Różnice pomiędzy średnimi wynikami uzyskanymi przez badane grupy w skali „kontrola emocjonalna” Kwestionariusza Offera okazały się istotne statystycznie.

Brak potwierdzenia różnicy między grupami w możliwości wyrażania przez dziewczęta własnych myśli, potrzeb i emocji może być wyjaśnione na różne sposoby. Stosunek do wyrażania własnych myśli, potrzeb i emocji w każdej rodzinie może być inny, i w związku z tym bardziej adekwatne byłoby stworzenie osobnych skal do ich pomiaru. Opierając się jednak na badaniach Furtha i jego zespołu [18], w których stwierdzili oni, iż rodziny te charakteryzują się niskim czynnikiem ekspresji emocji, można przypuszczać, iż ekspresja u dziewcząt chorujących na anoreksję jest uboższa nie tyle z powodu jej ograniczania, ile z powodu braku wzorców takich zachowań w rodzinach. Ekspresja własnych myśli, potrzeb czy emocji nie byłaby więc ograniczana z zewnątrz; dziewczęta te nie miałyby jedynie możliwości uczenia się jej. Brak różnicy pomiędzy wynikami w tej kategorii w porównaniu ze zdrowymi rówieśniczkami może sugerować, iż również w tej drugiej grupie występuje ograniczenie czy zakaz wyrażania własnych myśli, potrzeb i emocji, z tym, że może być on spowodowany innymi czynnikami.

W literaturze można znaleźć różne wytłumaczenia niskiego poziomu czynnika EE w rodzinach anorektycznych [19]. Wśród nich zwraca się uwagę na fakt, iż utrzymywanie diety i wysoka samokontrola może być przedmiotem podziwu czy nawet zazdrości matek, które same mogą mieć kłopoty z utrzymaniem odpowiedniej wagi ciała. Innym powodem może być duża przewidywalność zachowań, co może zmniejszać krytyczne nastawienie

do chorych na anoreksję. I w końcu wyniszczenie własnego organizmu może wzbudzać w otoczeniu raczej troskę niż postawę krytyczną.

Bruch [12, 13] wymienia poczucie nieskuteczności własnego działania jako jedną z podstawowych cech osób cierpiących na anoreksję. Szukając jego przyczyn, wyróżniła dwa rodzaje zachowań, z których jedno są odpowiedzią na bodźce dopływające z organizmu jednostki, a drugie odpowiedzią na bodźce zewnętrzne. Zgodnie z jej przypuszczeniem, którego potwierdzenia szukała w opisach rodzin osób chorujących na anoreksję, jest to spowodowane faktem, iż znacznie częstsze są zachowania będące odpowiedzią na drugi rodzaj bodźców. Wyniki w skali „wyrażanie myśli, potrzeb i emocji” oraz wspomniane badania Furtha i jego zespołu [18] sugerują, iż cechą charakterystyczną rodzin anorektycznych może być zachowanie polegające na braku ekspresji własnych emocji i myśli. Można przypuszczać, iż brak ten jest spowodowany raczej nieumiejętnością niż jakimś zakazem.

Większy nacisk, odnotowany w rodzinach anorektycznych, na spełnianie norm rodzinno-społecznych umacnia przypuszczenia Bruch, iż zachowanie jednostek jest przede wszystkim odpowiedzią na bodźce zewnętrzne: normy, obyczaje, nakazy, zakazy, przy pominięciu potrzeb indywidualnych. Zakładając, iż czynniki te są istotne w kształtowaniu się samokontroli można przypuszczać, że ich zaburzenie doprowadza do niemożności nauczenia się jej — jest ona znacznie obniżona, co znalazło uzasadnienie w potwierdzonej hipotezie mówiącej o obniżonej samokontroli u dziewcząt chorujących na anoreksję. McCourt i Waller [20] w swoich badaniach potwierdzili przypuszczenia o większej kontroli ze strony rodziców w rodzinach z chorym na anoreksję, aczkolwiek zwracają uwagę, iż może to być w dużym stopniu uzależnione od kontekstu społeczno-kulturowego.

### Podsumowanie

Przeprowadzone badania potwierdziły hipotezę, iż dziewczęta chorujące na anoreksję psychiczną mają niższą samokontrolę, w porównaniu ze zdrowymi rówieśniczkami. Jedną z przyczyn niskiej samokontroli może być większy nacisk kładziony w trakcie ich wychowania na spełnianie norm rodzinno-społecznych przy małej możliwości podejmowania działań opartych na ich własnych potrzebach, służących kształtowaniu się samokontroli.

Potwierdzenie przypuszczeń o większym nacisku w rodzinach anorektycznych na spełnianie norm rodzinno-społecznych może też sugerować większą podatność chorych dziewcząt na wpływy społeczno-kulturowe, związane między innymi z lansowaną modą na szczupłą sylwetkę ciała. Być może właśnie tu znaleźć będzie można odpowiedź na pytanie, dlaczego nie wszystkie dziewczęta poddane tej presji rozpoczynają dietę, nad którą później nie potrafią zapanować.

### Piśmiennictwo

1. Kofta M. Samokontrola a emocje. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1979.
2. Lopatto D, Williams JL. Self-control: a critical review and an alternative interpretation. *Psychol. Rec.* 1976; 26, 2-12.
3. Bobryk J. Społeczne podstawy „ja podmiotowego”. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego; 1981.
4. Iniewicz G. W stronę integracji podejść – modele anoreksji. *Psychoter.* 1998; 2, 29-40.
5. Iniewicz G. Samokontrola w anoreksji psychicznej. *Psychoter.* 1999; 1, 57-69.
6. Reynolds DJ. Adjustment and maladjustment. W: Adams JF, red. *Understanding adolescence. Current*

- developments in adolescent psychology. Boston, London, Sydney, Toronto: Allyn and Bacon, Inc.; 1976.
7. Drwal RŁ. Poczucie kontroli jako wymiar osobowości: podstawy teoretyczne, techniki badawcze i wyniki badań. W: Wołoszynowa L, red. Materiały do nauczania psychologii. S. III, t. 3. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1978.
  8. Kofta M. Człowiek jako przyczyna zdarzeń. W: Kofta M, Szustrowa T, red. Złudzenia, które pozwalają żyć. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1991.
  9. Shapiro DH, jr., Blinder BJ, Hagman J, Pituck S. A psychological „Sense-of-control” profile of patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. Psychol. Rep. 1993; 73, 531–541.
  10. Steinhausen HC, Vollrath M. Semantic differentials for the assessment of body-image and perception of personality in eating-disordered patients. Int. J. Eat. Dis. 1992; 1, 83-91.
  11. Mc Laughlin EF, Karp SA, Herzog DB. Sense of ineffectiveness in women with eating disorders: a clinical study of anorexia nervosa and bulimia. Int. J. Eat. Dis. 1985; 4, 511–523.
  12. Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychosom. Med. 1962; 2, 187–194.
  13. Bruch H. Preconditions for the development of anorexia nervosa. Am. J. Psychoanal. 1980; 40, 169–172.
  14. Diagnostic and statistical manual. Fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
  15. Offer D, Ostrov E, Howard KI, Atkinson R. The teenage world. Adolescents' self-image in ten countries. New York and London: Plenum Medical Book Company; 1988.
  16. Offer D, Ostrov E, Howard KI, Dolan S. A manual for the offer self-image questionnaire for adolescents (OSIQ); 1989.
  17. Badura-Madej W. Kwestionariusz do badania obrazu siebie u młodzieży D. Offera (maszynopis).
  18. van Furth EF, van Strien DC, Martina LML, van Son MJM, Hendrickx JJ, van Engeland H. Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. Int. J. Eat. Dis. 1996; 1, 19–31.
  19. Hodes M, LeGrange D. Expressed emotion in the investigation of eating disorders: A review. Int. J. Eat. Dis. 1993; 3, 279–288.
  20. McCourt J, Waller G. Developmental role of perceived parental control in the eating psychopathology of Asian and Caucasian schoolgirls. Int. J. Eat. Dis. 1995; 3, 277–282.

Adres: Ambulatorium Terapii Rodzin Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ  
ul. Kopernika 21  
31-501 Kraków

## ANEKS

### Ankieta „Samokontrola w wychowaniu”

#### *Pytania z wersji dla córek:*

1. Czy rodzice namawiali Cię do uczestnictwa w zajęciach pozaszkolnych (kółka zainteresowań, kluby itp.)?
2. Czy wydawane przez rodziców polecenia musiały być przez Ciebie spełniane bez sprzeciwu?
3. Czy byłaś chwalona przez rodziców za samodzielność?
4. Czy ważna jest dla Twoich rodziców opinia sąsiadów o waszej rodzinie?
5. Czy według Twoich rodziców swoboda jest ważną rzeczą w wychowaniu dzieci?
6. Czy wyrażałaś swobodnie swoją opinię nawet w sytuacjach, gdy wiedziałaś, że rodzice mają odmienne zdanie?
7. Czy bez skrupowania okazywałaś rodzicom swoje uczucia (przywiązania, serdeczności, miłości)?

8. Czy zdaniem Twoich rodziców, swobodne zabawy dzieci (bez ingerencji dorosłych) przyczyniają się do dobrego ich rozwoju?
9. Czy Twoi rodzice uważali, że pozaszkolne aktywności przyniosą Ci jakieś korzyści?
10. Czy z Twoimi pozaszkolnymi aktywnościami wiąźali rodzice jakieś obawy?
11. Czy za posłuszeństwo rodzicom byłaś chwalona lub nagradzana?
12. Czy ważna była dla Twoich rodziców opinia obcych ludzi na Twój temat?
13. Czy zdaniem Twoich rodziców samodzielność jest ważną cechą u dzieci?
14. Gdy chciałaś sobie kupić coś, co przekraczało Twoje kieszonkowe, czy mówiłaś o swoich chęciach wprost?
15. Czy według Twoich rodziców organizowanie dzieciom zabaw przez dorosłych jest pożyteczne dla ich rozwoju?
16. Czy z pozaszkolnymi aktywnościami wiąźalaś jakieś obawy?
17. Czy niepodporządkowanie się rodzicom miało dla Ciebie jakieś nieprzyjemne konsekwencje?
18. Czy rówieśnicy mieli duży wpływ na Ciebie?
19. Jeśli byłaś o coś na rodziców zagniewana, obraźona lub zła, czy dawałaś wyraz tym uczuciom?
20. Czy uważałaś, że pozaszkolne aktywności przyniosą Ci jakieś korzyści?
21. Czy zdarzało się, że w rozmowach z Tobą rodzice krytykowali stawiane Ci przez szkołę wymagania?
22. Czy wybór szkoły średniej zaleźał od Ciebie?
23. Czy chętnie chodziłaś na pozaszkolne zajęcia?
24. Czy w trakcie podejmowania trudnych decyzji radziłaś się rodziców?
25. Czy wybór pozaszkolnych zajęć zaleźał od Ciebie?
26. Czy zdaniem Twoich rodziców dzieciom powinno się pozwalać na wyrażanie własnych opinii?
27. Czy przejmowałaś się sytuacjami, gdy obcy ludzie zwracali Ci uwagę, że się źle zachowujesz?
28. Czy łatwo Ci było wyrażać swój stosunek do obcych ludzi?

*Pytania z wersji dla rodziców:*

1. Czy namawiał/a Pan/Pani córkę do uczestnictwa w zajęciach pozaszkolnych (kółka zainteresowań, kluby itp.)?
2. Czy wydawane córce polecenia musiały być przez nią spełniane bez sprzeciwu?
3. Czy córka była chwalona za samodzielność?
4. Czy ważna jest dla Pana/Pani opinia sąsiadów o waszej rodzinie?
5. Czy według Pana/Pani swoboda jest ważną rzeczą w wychowaniu dzieci?
6. Czy córka wyrażała swobodnie swoją opinię nawet w sytuacjach, gdy wiedziała, że Pana/Pani zdanie jest odmienne?
7. Czy córka bez skrępowania okazywała Panu/Pani swoje uczucia (przywiązania, serdeczności, miłości)?
8. Jak Pan/Pani uważa, czy swobodne zabawy dzieci (bez ingerencji dorosłych) przyczyniają się do dobrego ich rozwoju?
9. Czy uważał/a Pan/Pani, że pozaszkolne aktywności przyniosą córce jakieś korzyści?



10. Czy z pozaszkolnymi aktywnościami córki wiązał/a Pan/Pani jakieś obawy?
11. Czy za posłuszne spełnianie poleceń córka była chwalona lub nagradzana?
12. Czy ważna była dla Pana/Pani opinia obcych ludzi na temat córki?
13. Czy zdaniem Pana/Pani samodzielność jest ważną cechą u dzieci?
14. Gdy córka chciała sobie kupić coś, co przekraczało jej kieszonkowe, czy mówiła o swoich chęciach wprost?
15. Jak Pan/Pani uważa, czy organizowanie dzieciom zabaw przez rodziców jest korzystniejsze dla ich rozwoju niż pozostawienie im swobody?
16. Czy z pozaszkolnymi aktywnościami wiązała córka jakieś obawy?
17. Czy za niepodporządkowanie się nakazom córka była karana?
18. Czy wpływ rówieśników na córkę był duży?
19. Jeśli córka była o coś na Pana/Panią zagniewana, obrażona, lub zła, czy dawała wyraz tym uczuciom?
20. Czy córka uważała, że pozaszkolne aktywności przyniosą jej jakieś korzyści?
21. Czy zdarzało się, że w rozmowach z córką krytykował/a Pan/Pani stawiane jej przez szkołę wymagania?
22. Czy wybór szkoły średniej zależał od córki?
23. Czy córka chętnie chodziła na pozaszkolne zajęcia?
24. Czy w trakcie podejmowania trudnych decyzji córka przychodziła do Pana/Pani poradzić się?
25. Czy wybór pozaszkolnych zajęć zależał od córki?
26. Czy uważa Pan/Pani, że dzieciom powinno się pozwalać na wyrażanie własnych opi-

