

# Wybrane czynniki psychospołeczne a zachowania zdrowotne młodzieży licealnej

## Część II. Wsparcie w rodzinie a poziom kontroli emocji

Iwona Malinowska-Lipień<sup>1</sup>, Ewa Kawalec-Kajstura<sup>1</sup>,  
Agata Reczek<sup>1</sup>, Tomasz Brzostek<sup>1</sup>, Teresa Gabryś<sup>1</sup>,  
Marek Motyka<sup>2</sup>, Joanna Baran<sup>2</sup>, Anna Piskorz<sup>2</sup>, Marta Kasper<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków; <sup>2</sup> Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków; <sup>3</sup> Zakład Zarządzania Pielęgniarstwem i Pielęgniarstwa Epidemiologicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

*Adres do korespondencji:* Iwona Malinowska-Lipień, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków, iwona.malinowska-lipien@uj.edu.pl

### ■ Abstract

#### *Family support and the level of emotional control in teenagers. Initial study*

**Introduction.** Family functioning has an influence on teenagers' attitudes and emotions. Suppressing emotions usually leads to their intensification or may contribute to persistent emotional distress, which may underlie addiction, disturbed behaviour, neurotic or psychosomatic disorders.

**Objective.** To assess the relationship between the perceived family support and the level of emotional control in the group of teenage respondents.

**Material and methods.** The cross-sectional study was carried out in a group of 1,036 students of secondary schools (688 girls and 348 boys) aged 16–19. The study was conducted by means of a diagnostic survey with the use of an anonymous questionnaire in an electronic form. In the study the Family APGAR scale and the Emotional Control Scale (CECS) were used.

**Results.** Occurrence of a serious dysfunction in family relationships consisting in failure to receive support was observed in 13.42% ( $n = 139$ ) of the respondents, and in abnormalities in the level of the perceived support in 27.7% ( $n = 287$ ) of the respondents. According to the Family APGAR scores, a lower level of the perceived family support was revealed in girls as compared to boys ( $\chi^2 = 9.32$ ;  $p = 0.009$ ). The rate of suppressing emotions was higher in boys than in girls ( $p = 0.0017$ ). The differences were particularly distinct in areas of expressing fear and anger. A higher level of suppressing negative emotions was observed in the students who revealed a serious dysfunction in family relationships (low level of the perceived support) in comparison to those in whom this type of dysfunction in family relationships ( $p = 0.00000$ ) was not observed.

**Conclusions.** (1) A dysfunction in family functioning consisting in lack of support perceived by the youth is associated with suppressing negative emotions. (2) Girls indicate lack of support in the family more often. (3) Boys suppress fear and anger to a greater extent than girls, whereas girls are more likely to suppress depression.

**Key words:** family relationships, support, emotional control, teenagers

**Słowa kluczowe:** relacje rodzinne, wsparcie, kontrola emocji, nastolatki

## Wstęp

Rodzina wywiera istotny wpływ na rozwój młodego człowieka. Jej prawidłowe funkcjonowanie jest warunkiem zaspokajania podstawowych potrzeb, także tych mieszczących się w sferze emocjonalnej, takich jak poczucie przynależności, bezpieczeństwa i wsparcia. Rodzina jest również istotnym filarem współuczestniczącym w kształtowaniu zjawiska odporności psychicznej, a także wyrażającego się poprzez prezentowane zachowania zdrowotne – stylu życia [1]. Wyniki współczesnych badań naukowych dowodzą wpływu zdarzeń z okresu dzieciństwa, w tym czynników związanych ze środowiskiem rodzinnym, na szeroko pojęte funkcjonowanie w życiu dorosłym [2]. Rodzina jako podstawowe środowisko społeczno-wychowawcze jest bowiem miejscem kształtowania się podstawowych cech osobowości, wartości, wzorców zachowań, miejscem, w którym człowiek uczy się wyrażać siebie, reagować adekwatnie do okoliczności, także w obliczu sytuacji trudnych, osiągnąć w ten sposób stan emocjonalnej stabilizacji będącej przejawem dojrzałości [3]. Zgodnie z tym założeniem dojrzałość emocjonalna, określana jako zdolność do spstrzegania uczuć innych, nazywania ich i adekwatnego wyrażania, a także rozumienie przyczyn, konsekwencji i wzajemnych powiązań oraz umiejętność zarządzania afektem, a więc odraczania reakcji, rezygnacji z ujawniania niektórych przeżyć i powściągliwość, jest ściśle związana z prawidłową strukturą i funkcjonowaniem rodziny. Dysfunkcja w obrębie systemu rodzinnego, czyli zaburzone, niedające poczucia bezpieczeństwa relacje rodzinne, szczególnie rodziców z dzieckiem, mogą stać się przyczyną licznych problemów natury psychologicznej, w tym szczególnie związanych z ekspresją negatywnych

emocji i przeżyć [4]. Tymczasem tłumienie lub nieprawidłowe wyrażanie emocji na ogół prowadzi do ich nasilenia, a w przypadku ich długotrwałego utrzymywania się do wzmożonego napięcia emocjonalnego będącego podłożem licznych zaburzeń w sferze psychologicznej, natury psychosomatycznej oraz behawioralnej [5–7].

Brak stabilnego, dającego poczucie wsparcia i bezpieczeństwa środowiska rodzinnego, pozwalającego na właściwe rozpoznanie granic autonomii i własnych możliwości, może stać się źródłem patologicznych form radzenia sobie z narastającym napięciem i frustracją, także poprzez realizowanie zachowań agresywnych oraz antyzdrowotnego stylu życia [8].

Rolę rodziny w ochronie i umacnianiu zdrowia wskazuje wielu autorów. Podkreślają oni fakt, iż panujące w niej bliskie więzi i wysoki poziom udzielanego młodemu człowiekowi wsparcia nie tylko neutralizują negatywne emocje, sprzyjają kształtowaniu dojrzałości emocjonalnej i odporności psychicznej [9] oraz zachowaniom prozdrowotnym, tym samym rozwijaniu potencjału zdrowotnego na przyszłość [10].

**Celem pracy** była ocena zależności pomiędzy spstrzeganym wsparciem ze strony rodziny a poziomem kontroli emocji w grupie nastolatków.

## Materiał i metoda

### Charakterystyka badanej grupy

Badania przeprowadzono w grupie 1036 uczniów (688 dziewcząt i 348 chłopców) w wieku 16–19 lat, uczniów trzech wybranych krakowskich liceów ogólnokształcących. Charakterystykę badanej grupy prezentuje **Tabela I**. Badania zostały przeprowadzone metodą son-

| Zmienna              |  | Wartości     |
|----------------------|--|--------------|
| Płeć                 | Kobieta                                | 688 (66,41%) |
|                      | Mężczyzna                              | 348 (33,59%) |
| Wiek                 | 16 lat                                 | 652 (62,94%) |
|                      | 17 lat                                 | 212 (20,46%) |
|                      | 18–19 lat*                             | 172 (16,60%) |
| Miejsce zamieszkania | Duże miasto                            | 641 (61,87%) |
|                      | Małe miasto                            | 106 (10,23%) |
|                      | Wieś                                   | 289 (27,90%) |
| Wykształcenie matki  | Wyższe (licencjackie lub magisterskie) | 540 (52,12%) |
|                      | Średnie                                | 323 (31,18%) |
|                      | Zawodowe                               | 155 (14,96%) |
|                      | Podstawowe                             | 18 (1,74%)   |
| Wykształcenie ojca   | Wyższe (licencjackie lub magisterskie) | 431 (41,64%) |
|                      | Średnie                                | 316 (30,53%) |
|                      | Zawodowe                               | 256 (24,73%) |
|                      | Podstawowe                             | 32 (3,09%)   |

\* Ze względu na liczebność grupy 19-latków wynoszącą n = 9 połączono do analizy 18- i 19-latków w jedną grupę.

**Tabela I.** Charakterystyka socjodemograficzna badanych.

Źródło: Opracowanie własne.

dażu diagnostycznego z wykorzystaniem anonimowego kwestionariusza ankiety w wersji elektronicznej. Respondenci otrzymali na lekcji informatyki adres strony internetowej, pod którym znajdowała się ankieta, i podczas zajęć ją wypełniali. Każdy z badanych posiadał specjalny kod, który wyróżniał ankietowanego.

## Narzędzia badawcze

W badaniu wykorzystano polską wersję Skali Kontroli Emocji CECS (*Courtauld Emotional Control Scale*) Watson i Geera, której adaptacji do warunków polskich dokonał Zygfryd Juczyński. Skala składa się z 3 podskal, z których każda zawiera 7 stwierdzeń dotyczących poziomu ujawniania gniewu, depresji i lęku. Poziom tłumienia poszczególnych spośród wymienionych emocji wyrażony jest wartościami liczbowymi mieszczącymi się na kontinuum od 7 do 21. Suma wyników wszystkich podskal wyraża ogólny wynik kontroli emocji, który może mieścić się w granicach od 21 do 84 punktów. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom tłumienia negatywnych emocji, rozumiany jako subiektywne przekonanie osoby o umiejętności kontrolowania swoich reakcji będących odpowiedzią na sytuacje trudne [11].

Oceny funkcjonowania rodzin badanych dokonano na podstawie wyniku punktowego polskiej wersji Kwestionariusza Oceny Sytuacji Rodzinnej – Family APGAR [12]. Family APGAR jest przydatnym narzędziem do szybkiej oceny aktualnego funkcjonowania rodziny, rekomendowanym także do wykonywania badań nad populacją adolescentów [13]. Kwestionariusz składa się z pięciu twierdzeń, umożliwiających jakościową ocenę sytuacji rodzinnej w następujących sferach: adaptacji (*Adaptation*); partnerstwa (*Partnership*); rozwoju (*Growth*); emocji (*Affection*); satysfakcji z czasu spędzanego z rodziną (*Resolve*). Zakres wariantów odpowiedzi to: „prawie zawsze” (2 pkt), „czasami” (1 pkt) i „prawie nigdy” (0 pkt). Zgodnie z instrukcją przyjęto następującą kategoryzację wyników: od 0 do 3 punktów – wynik pozwalający podejrzewać poważną dysfunkcję w systemie rodzinnym; od 4 do 6 punktów – sugerujący istnienie nieprawidłowości w obrębie systemu rodzinnego; od 7 do 10 punktów – świadczący o braku zaburzeń w funkcjonowaniu rodziny [14].

Oba zastosowane w badaniu testy (Skala Kontroli Emocji – CECS i Kwestionariusz Oceny Sytuacji Rodzinnej – Family APGAR) zostały zaadaptowane do populacji polskiej.

Dodatkowo w kwestionariuszu uwzględniono pytania dotyczące czynników socjodemograficznych ankietowanych nastolatków.

## Analiza statystyczna danych

Obliczenia i analizę statystyczną wykonano za pomocą pakietu STATISTICA 10.0 PL. Do prezentacji wyników w przypadku zmiennych ilościowych wykorzystano metody statystyki opisowej. Rozkład badanych zmiennych ilościowych oceniono za pomocą testu Shapiro-Wilka, a następnie sprawdzono równości wariancji

grupowych za pomocą testu Levene’a. Do oceny istotności różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test U Manna-Whitneya. Z kolei analizę różnic pomiędzy wartościami dla trzech i więcej porównywanych grup przeprowadzono analizą wariancji H Kruskala-Wallisa oraz odpowiednimi testami *post-hoc* (test Tukeya). Do określenia istotności różnic pomiędzy porównywanymi grupami w odniesieniu do zmiennych jakościowych wykorzystano tabele krzyżowe i test Chi-kwadrat ( $\chi^2$ ). We wszystkich analizach jako istotne przyjęto efekty, dla których wartość prawdopodobieństwa  $p$  była mniejsza od przyjętego poziomu istotności 0,05 ( $p < 0,05$ ).

## Wyniki

### Ocena sytuacji rodzinnej

Zgodnie z wynikami tego testu poważną dysfunkcję dotyczącą poziomu spostrzeganego wsparcia płynącego ze strony rodziny wykazano u 13,42% badanych ( $n=139$ ), w tym u 15,70% dziewcząt ( $n=108$ ) i 8,90% chłopców ( $n=31$ ). Istnienie nieprawidłowości w poziomie spostrzeganego wsparcia stwierdzono u 27,70% badanych ( $n=287$ ), w tym u 26,60% dziewcząt ( $n=183$ ) i u 29,88% chłopców ( $n=104$ ). Nie wykazano zaburzeń w systemie funkcjonowania rodziny u ponad połowy badanej grupy uczniów, tj. 58,88% ( $n=610$ ), w tym u 57,70% dziewcząt ( $n=397$ ) i u 61,20% chłopców ( $n=213$ ).

Zaobserwowano także istotną statystycznie zależność pomiędzy płcią badanych osób a występowaniem dysfunkcji w obrębie spostrzeganego wsparcia ze strony rodziny. Zgodnie z wynikami uzyskanymi w Skali Family APGAR, dziewczęta w porównaniu z chłopcami wskazywały na niższy poziom spostrzeganego wsparcia występującego w ich relacjach rodzinnych ( $\chi^2=9,32$ ,  $p=0,009$ ).

### Kontrola emocji

Wskaźnik ogólny w Skali Kontroli Emocji (CECS) w badanej grupie uczniów wynosił 49,03 pkt (SD = 10,51). Poziom hamowania emocji wśród badanych chłopców wynosił 50,54 pkt (SD = 10,44), natomiast u dziewcząt 48,27 pkt (SD = 10,47),  $p=0,0017$ .

W aspekcie tłumienia gniewu (G) badana grupa uzyskała średni wynik wynoszący 13,87 pkt (SD = 4,28), chłopcy uzyskali 14,52 pkt (SD = 4,32), natomiast dziewczęta 13,55 pkt (SD = 4,22),  $p=0,0007$ .

W aspekcie tłumienia depresji (D) badana grupa uzyskała średni wynik wynoszący 17,62 pkt (SD = 4,64), dziewczęta uzyskały 17,89 pkt (SD = 4,75), natomiast chłopcy 17,08 pkt (SD = 4,38),  $p=0,0036$ .

W aspekcie tłumienia lęku (L) badana grupa uzyskała średni wynik wynoszący 17,53 pkt (SD = 4,90), chłopcy uzyskali 18,93 pkt (SD = 4,61), natomiast dziewczęta 16,82 pkt (SD = 4,89),  $p=0,0000$ .

## Wpływ danych socjodemograficznych na kontrolę emocji

Analiza statystyczna nie wykazała związku między wiekiem badanych uczniów a poziomem kontroli emocji – gniewu, depresji i lęku (**Rysunek 1**).

Pewne znaczenie dla tłumienia emocji miało miejsce zamieszkania. Uczniowie mieszkający na wsi prezentowali istotnie wyższy poziom tłumienia lęku w porównaniu z mieszkańcami dużego miasta ( $p = 0,016$ ) (**Rysunek 2**).

## Sytuacja rodzinna a kontrola emocji

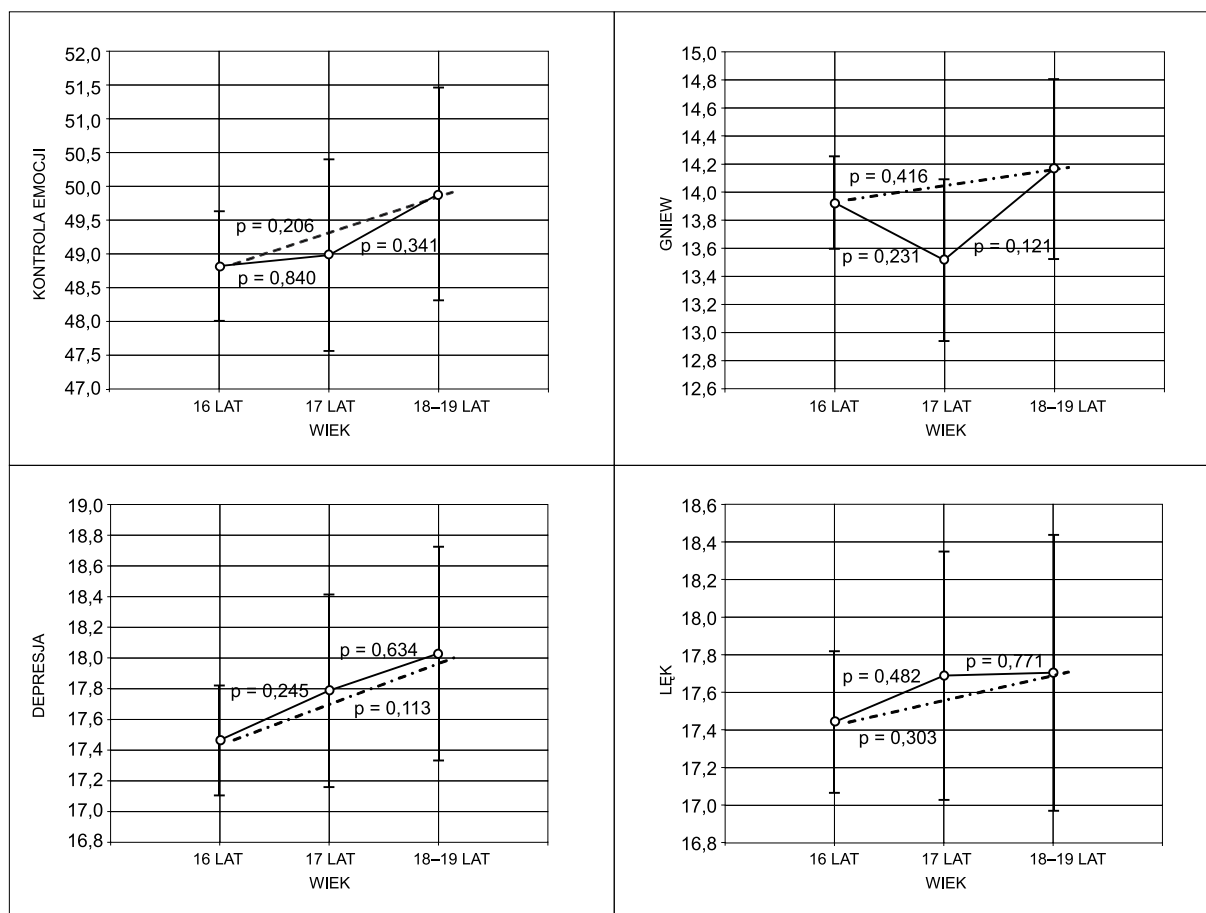
Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istotnie wyższy stopień tłumienia emocji u uczniów, u których istniały poważne braki spostrzeganego wsparcia ze strony rodziny, w porównaniu z uczniami pochodzącymi z rodzin, w których występowały tylko pewne nieprawidłowości dotyczące jego poziomu ( $p = 0,000$ ), oraz w porównaniu z uczniami pochodzącymi z rodzin, w których takich zaburzeń nie stwierdzono ( $p = 0,000$ ).

Istotnie wyższy stopień tłumienia gniewu (G) stwierdzono u uczniów, u których istniały poważne braki spostrzeganego wsparcia ze strony rodziny w porównaniu

z uczniami, u których występowały tylko pewne nieprawidłowości ( $p = 0,002$ ), oraz z uczniami, u których w rodzinach nieprawidłowości nie występowały ( $p = 0,013$ ).

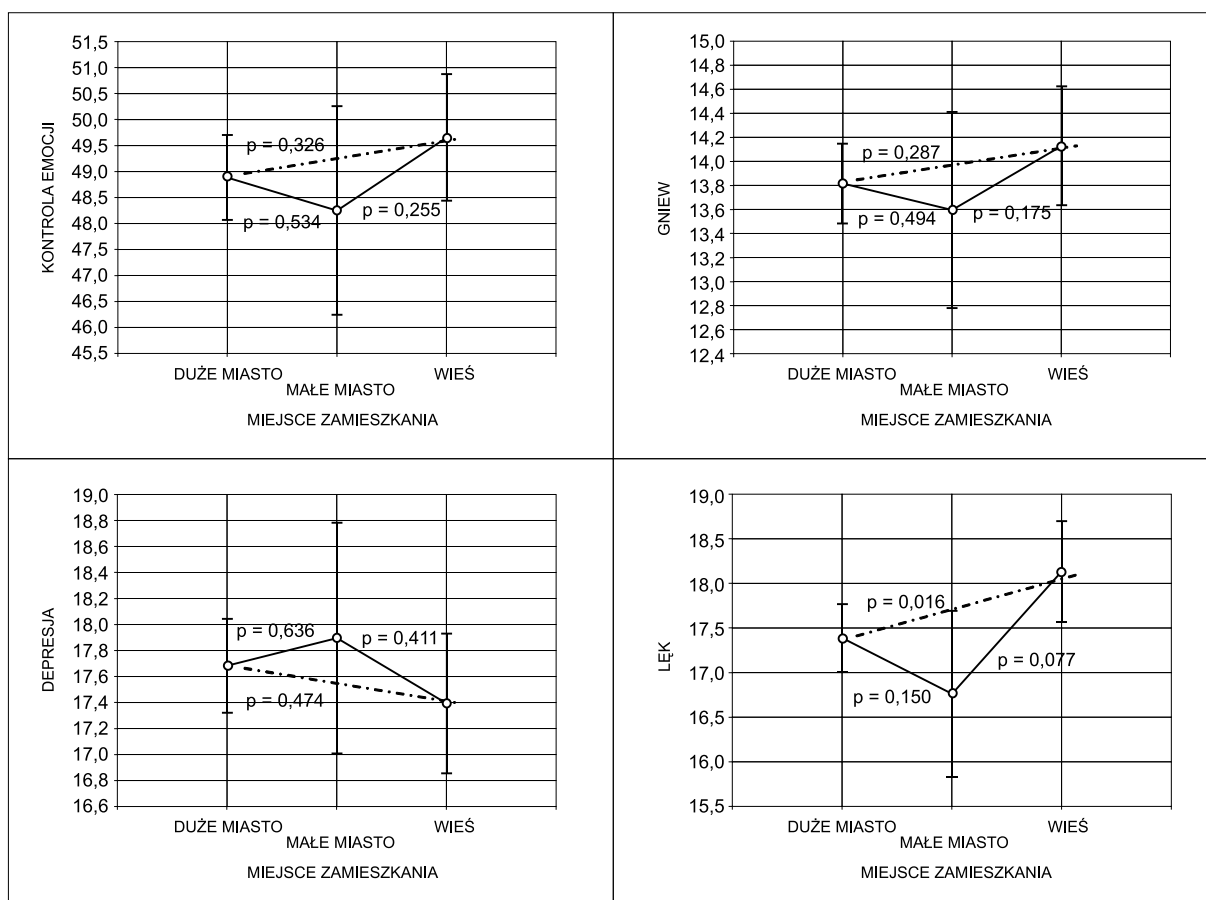
Wykazano także istotnie wyższy stopień tłumienia depresji (D) u uczniów, u których istniały poważne braki spostrzeganego wsparcia ze strony rodziny, w porównaniu z uczniami pochodzącymi z rodzin, w których występowały tylko nieprawidłowości ( $p = 0,000$ ), oraz z rodzin, w których nie stwierdzono zaburzeń poziomu spostrzeganego wsparcia ( $p = 0,000$ ). Uczucie przygnębienia i smutku bardziej tłumili także badani, u których występowały nieprawidłowości dotyczące poziomu spostrzeganego wsparcia w porównaniu z uczniami, u których nie zaobserwowano takich nieprawidłowości ( $p = 0,032$ ).

Wykazano istotnie wyższy stopień tłumienia lęku (L) u uczniów, u których występował poważny brak spostrzeganego wsparcia w systemie rodzinnym, w porównaniu z uczniami pochodzącymi z rodzin, w których stwierdzono tylko pewne nieprawidłowości w poziomie spostrzeganego wsparcia ( $p = 0,000$ ), oraz w porównaniu z uczniami pochodzącymi z rodzin, w których nieprawidłowości takich nie stwierdzono ( $p = 0,000$ ) (**Rysunek 3**).



**Rysunek 1.** Wpływ wieku na poszczególne wskaźniki kontroli emocji.

Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 2. Wpływ miejsca zamieszkania na poszczególne wskaźniki kontroli emocji.

Źródło: Opracowanie własne.

## Dyskusja

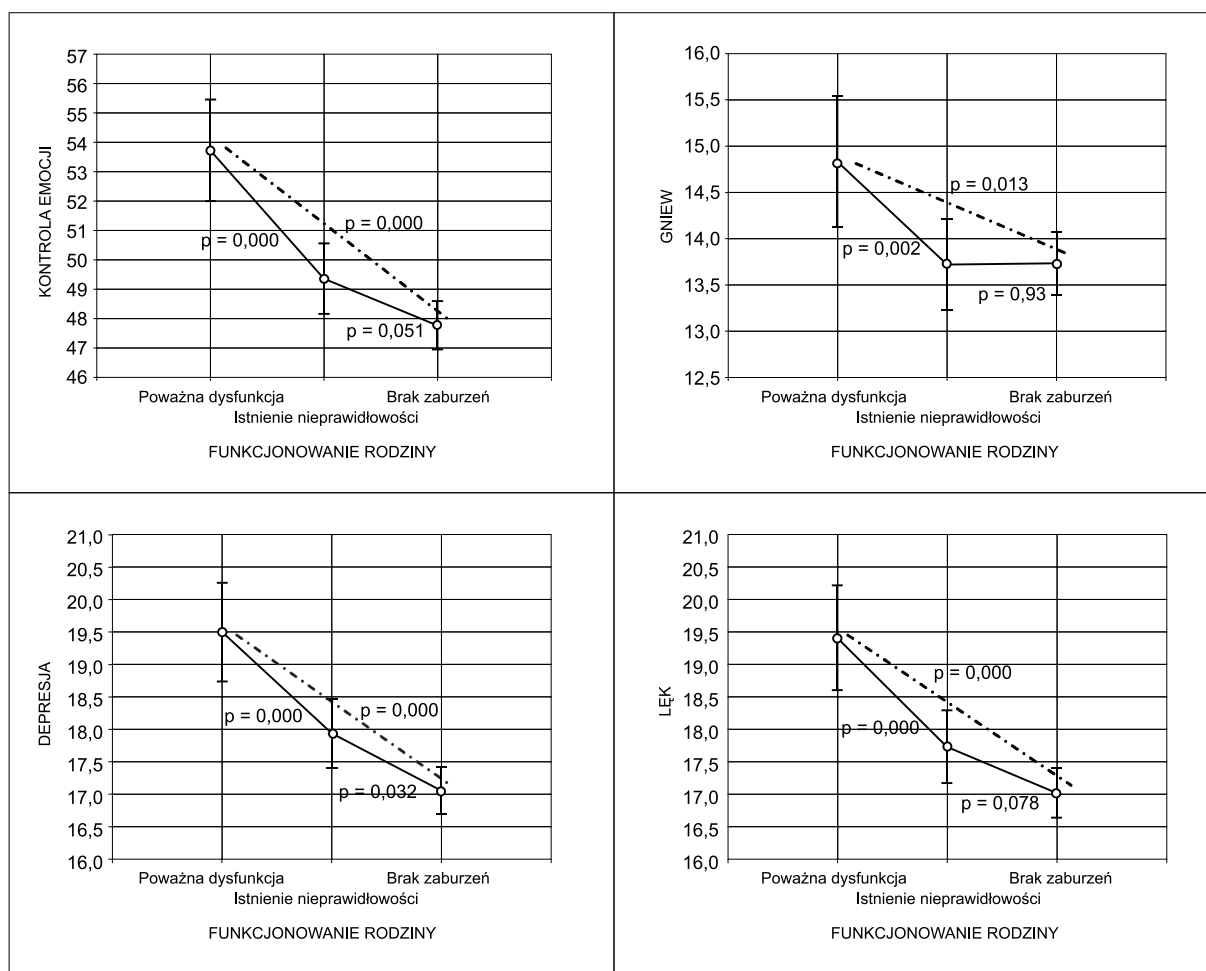
Wyniki wstępnych badań poziomu kontroli emocjonalnej w grupie młodzieży licealnej z uwzględnieniem czynników rodzinnych i socjodemograficznych pozwoliły na zaobserwowanie kilku istotnych prawidłowości.

Badana młodzież uzyskała średnie wyniki w zakresie poziomu kontroli emocji, rozumianego jako subiektywne przekonanie osoby o umiejętności kontrolowania swoich reakcji emocjonalnych, zarówno hamowania, jak i przejawiania na zewnątrz w odpowiedzi na sytuacje trudne [11]. Wyniki te są zbliżone z wynikami badań populacyjnych nad obrazem siebie młodzieży krakowskiej, w których typowy nastolatek charakteryzował siebie jako osobę o przeciętnej kontroli emocjonalnej [15, 16]. Podobnie jak w cytowanych badaniach Modrzejewskiej i wsp. poziom kontroli emocjonalnej u badanej młodzieży okazał się zróżnicowany w zależności od płci. W badaniach własnych chłopców charakteryzował istotnie wyższy statystycznie poziom kontroli emocji w porównaniu z dziewczętami. Dotyczyło to szczególnie tłumienia gniewu i lęku. Natomiast dziewczęta w porównaniu z chłopcami cechował istotnie wyższy poziom tłumienia uczuć z kręgu smutku i przygnębienia.

Jak się wydaje, powyższe prawidłowości łączą się ze wzorcem ujawniania emocji, zależnym nie tylko od cech temperamentu, lecz także od kultury i wychowania [17]. Istnieje bowiem większe społeczne przyzwolenie na wyrażanie emocji przez dziewczęta/kobiety. Tłumienie negatywnych emocji przez chłopców wpisuje się zatem w kulturowy model nastolatka, a później mężczyzny, gdzie preferowane są opanowanie, odwaga i nieokazywanie emocji. Tendencja ta jest charakterystyczna dla młodzieży z różnych krajów Europy i Stanów Zjednoczonych [18, 19].

Warta podkreślenia jest obserwacja wskazująca, że badana młodzież bardziej tłumiała przejawy lęku oraz smutku i przygnębienia niż gniewu. Można sądzić, że preferowany współcześnie kulturowy wzorzec okazywania emocji w środowisku młodzieżowym, ukierunkowany na zdecydowanie pozytywną autoprezentację, akcentujący tzw. silne cechy osobowości, w dużym stopniu sprzyja tego typu postawie.

Rozpatrując specyfikę poszczególnych emocji, należy stwierdzić, że gniew jest określeniem używanym dla wielu pokrewnych uczuć od rozdrażnienia do wściekłości, pojawiających się w odpowiedzi na doznaną krzywdę lub frustrację. Jak piszą badacze emocji, tłumiony gniew nie



Rysunek 3. Poziom spostrzeganego wsparcia w rodzinie a poszczególne wskaźniki kontroli emocji.

Źródło: Opracowanie własne.

pociąga negatywnych konsekwencji zdrowotnych, o ile zachowane jest poczucie kontroli nad sytuacją, która go wywołuje. Okazywanie gniewu ma jednak swoją cenę, wpływając negatywnie na relacje z innymi. Udowodniono, że rozłuszczone dzieci tracą akceptację swoich rówieśników, a rozłuszczeni dorośli są postrzegani jako towarzysko mniej atrakcyjni [17]. Jest to jeden z powodów tłumienia tej emocji.

Strach i lęk są emocjami powstającymi w sytuacji realnego lub postrzeganego zagrożenia, a smutek i przygnębienie pojawiają się w sytuacji utraty – realnej lub symbolicznej. Smutek może być zatem sygnałem dla innych, aby udzielać wsparcia i pocieszać. Przyjmowanie pomocy może być jednak traktowane jako przejaw zależności, podczas gdy jednym z podstawowych zadań rozwojowych okresu dorastania jest zdobywanie niezależności emocjonalnej. Być może dla dziewcząt jest to trudniejsze zadanie niż dla chłopców i stąd silniejsza tendencja do tłumienia smutku.

Nawiązując do uzyskanych danych wskazujących na silniejsze tłumienie smutku u dziewcząt niż u chłopców, warto odnieść je do szeroko zakrojonych i dobrze udokumentowanych badań „mokotowskich” [20] prze-

prowadzonych na 984-osobowej próbie młodzieży warszawskich gimnazjów, w których stwierdzono znacząco większe ryzyko występowania depresji u dziewcząt (około 15%) w porównaniu z chłopcami (2%). Zestawienie obu obserwacji zdaje się wskazywać na możliwe, negatywne skutki tłumienia emocji.

W kontekście powyższych rozważań warto zauważyć, że jeżeli młody człowiek nie chce okazywać swoich uczuć i tłumi ich ekspresję, nie oznacza to bynajmniej, że nie odczuwa emocji. Co więcej, nie zawsze tłumienie emocji musi być skuteczne, a w niektórych przypadkach może prowadzić do psychosomatycznych lub emocjonalnych problemów [21].

Szczególnego podkreślenia wymaga obserwacja wskazująca na wyższy stopień tłumienia emocji u tej młodzieży, która doświadczała dysfunkcyjnych relacji rodzinnych, przejawiających się brakiem odczuwanego wsparcia emocjonalnego ze strony bliskich i słabym, wzajemnym porozumieniem. Takie cechy rodziny, świadczące o jej małej spójności, mogą sprzyjać utrwalaniu niskiej ekspresji emocji oraz kształtowaniu nieprawidłowych cech osobowości, które są uznawane za czynniki ryzyka rozwoju zaburzeń emocjonalnych i psychosoma-



tycznych. W interpretacji uzyskanych wyników należy jednak wziąć pod uwagę, że subiektywna ocena rodziny przez nastolatka może wynikać także ze specyficznych zjawisk, jakie towarzyszą dorastaniu. Należą do nich choćby konflikty pojawiające się na tle rosnącej w tym okresie potrzeby niezależności. Rodzice, mając na uwadze dobro dziecka, udzielają mu wskazówek i pouczeń moralnych, co często odbierane jest przez młodych ludzi jako krytyka i próba ograniczenia wolności, prowokując tym samym do krytycznej oceny rodziców i całej relacji rodzinnej [19, 21]. Zaobserwowane w badaniu zależności mogą zyskać silne potwierdzenie w przypadku podjęcia kolejnego etapu badań wykorzystującego dane pozwalające na bardziej zobiektywizowaną ocenę funkcjonowania rodziny.

## Wnioski

1. Dysfunkcja funkcjonowania systemu rodzinnego w postaci niskiego poziomu odczuwanego wsparcia łączy się u młodzieży z tłumieniem ekspresji negatywnych emocji.
2. Dziewczeta częściej niż chłopcy wskazują na istnienie dysfunkcji w rodzinie w postaci niskiego poziomu odczuwanego wsparcia.
3. Chłopcy wykazują większe niż dziewczęta trudności z ekspresją emocji, a zwłaszcza z wyrażaniem lęku i gniewu.

## Piśmiennictwo

1. Mazur J., Tabak I., Małkowska-Szkućnik A., Ostaszewski K., Kołoto H., Zielska A., Kowalewska A., *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych. Raport z badań HBSC*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2008: 19–45.
2. Mc Even B., *Early life influences on life-long patterns of behavior and health*, „Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews” 2003; 9: 149–154.
3. Ponczek D., Olszowy I., *Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012; 93 (2): 260–268.
4. Cudak H., *Dysfunkcje rodziny i jej zagrożenia opiekuńczo-wychowawcze*, „Family Pedagogy” 2011; 1 (2): 7–14.
5. Sitnik-Warchulska K., Stachowiak E., Wieczorkowski P., Lukas W., *“Growing up in a family system”. Family factors associated with self-aggression and aggression among adolescents*, „Problemy Medycyny Rodzinnej” 2010; 4 (33): 29–34.
6. Dziąbek E., Dziuk U., Brończyk-Puzoń A., Bieniek J., Kowolik B., *Poczucie optymizmu a kontrola emocji w wybranej grupie pielęgniarek i położnych, członkiń Beskidzkiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bielsku-Białej*, „Annales Academiae Medical Silesiensis” 2013; 67 (6): 367–373.
7. Grzankowska I., Bienias M., Maćkowska P., *Regulacja emocjonalna u dzieci i młodzieży z czynnościowymi bólami brzucha*, „Pediatria Polska” 2011; 86 (6): 646–651.
8. Brzezińska A.I., Czub T., Hejmanowski S., Kaczan R., Piotrowski K., Rękosiewicz M., *Uwarunkowania procesu kształtowania się tożsamości w okresie przejścia z adolescencji do dorosłości*, „Kultura i Edukacja” 2012; 3 (89): 23–50.
9. Zięba-Kołodziej B., *Na marginesie zdrowia, czyli o zachowaniach zdrowotnych młodzieży szkół ponadgimnazjalnych*, „Nowiny Lekarskie” 2012; 81 (4): 330–336.
10. Gacek M., *Osobowościowe uwarunkowania wybranych zachowań żywieniowych młodzieży akademickiej*, „Nowiny Lekarskie” 2007; 76 (1): 29–32.
11. Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001: 55–59.
12. Smilkstein G., *The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physician*, „Journal of Family Practice” 1978; 6 (6): 1231–1239.
13. Shapiro J., Neinstein L.S., Rabinovitz S., *The Family APGAR: Use of a simple family-functioning screening test with adolescents*, „Family Systems Medicine” 1987; 5 (2): 220–227.
14. Namysłowska I., *Rola rodziny w procesie leczenia*, „Lekarz Rodzinny” 2005; 10 (9): 882–889.
15. Modrzejewska R., Badura-Madej W., *Zmiany generacyjne obrazu siebie wśród polskich adolescentów (kohorty 1987 versus 2001)*, „Psychiatria Polska” 2010; 6: 811–821.
16. Modrzejewska R., Badura-Madej W., *Zmiana obrazu siebie w populacji młodzieży w późnej fazie adolescencji na przestrzeni 15 lat – badania porównawcze*, „Psychiatria Polska” 2008; 5: 683–693.
17. Ekman P., *Emocje ujawnione*, Helion S.A., Gliwice 2012.
18. Offer D., Ostrov E., Howard K., Atkinson R., *The teenage world: adolescents' self image in ten countries*, Plenum Publishing Corporation, New York 1988.
19. Rodríguez Martín A., Novalbos Ruiz J.P., Martínez Nieto J.M., Escobar Jiménez L., Castro de Haro L., *Epidemiological study of the influence of family and socioeconomic status in disorders of eating behavior*, „European Journal of Clinical Nutrition” 2004; 58: 846–852.
20. Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K. et al., *Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży*, Wyd. IPiN, Warszawa 2013: 56–76.
21. Szewczyk L., Skowrońska M., *Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży w świetle psychoanalizy*, w: Szewczyk L., Skowrońska M. (red.), *Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży*, Wyd. EMU, Warszawa 2003: 49–66.