

Zofia Dołęga

Płeć jako predyktor problemów i zaburzeń rozwojowych

Sex as predictor of developmental problems and disorders

Katedra Psychologii Zdrowia i Rozwoju Człowieka Uniwersytet Śląski

Wprowadzenie

Intensywnie rozwijające się nowe kierunki badań w psychologii, jak psychofizjologia, psychologia ewolucyjna, genetyka zachowania czy socjobiologia formułują zasadniczą tezę o biologicznym, a nawet filogenetycznym podłożu wielu zjawisk psychicznych. Katalizatorem takiego sposobu myślenia są imponujące osiągnięcia w naukach medycznych, szczególnie w biochemii, genetyce i neurofizjologii, które do nauk społecznych implantują przekonanie, iż fenomeny psychologiczne można opisywać i wyjaśniać, wskazując na ich biologiczne pochodzenie, zwłaszcza na socjobiologiczny mechanizm kształtowania się cech gatunkowych człowieka oraz ewolucyjną ciągłość ludzkich zachowań (6, 32).

W takim odniesieniu badawczym uwagę badaczy przyciąga czynnik płci, nie tylko jako kategorii opisowej, ale również wyjaśniającej. Stąd deterministyczny w swej naturze pogląd o zasadniczym udziale płci w funkcjonowaniu psychicznym dwóch, wyraźnie zidentyfikowanych ewolucyjnie i biologicznie podpopulacji: kobiet i mężczyzn. Stąd też m.in. popularność intrygująco brzmiącej teorii *płci mózgu* (27, 4, 23, 8). Zgodnie z nią czynnik płci, o niejasnym strukturalno-funkcjonalnym rozumieniu – nie wiadomo bowiem, czy chodzi tu o płeć biologiczną genotypową czy fenotypową; gonadalną czy gonadoforyczną; hormonalną czy metaboliczną, czy wreszcie o płeć rozumianą pozabiologicznie – wydaje się być oczywistym predyktorem zjawisk

psychicznych, także tych o psychopatologicznym charakterze.

Ten sposób myślenia świadczy o zbyt daleko idącej, redukcjonistycznej (w duchu redukcjonizmu socjobiologicznego, fizjologicznego lub eksperymentalnego) skłonności badaczy do traktowania płci jako czynnika konstytucjonalnej w przypadku jednostek oraz społecznej, w odniesieniu do całych grup – determinacji. Tymczasem płeć z pozoru tylko stanowi łatwo dostępną ontologicznie i metodologicznie zmienną badawczą. A jej pomiar, będący po prostu dokonaniem odpowiedniego zapisu w danych personalnych osób badanych, z pewnością nie dostarcza zadowalających wyjaśnień na temat ogromnego przecież zróżnicowania ludzkich zachowań.

Jest faktem, iż zarówno wyniki badań naukowych, jak i potoczne obserwacje wiodą do zasadniczej konstatacji o związkach czynnika płci z rozwojem fizycznym i psychospołecznym w okresie wczesnej ontogenezy. Zwraca uwagę zjawisko wolniejszego u chłopców niż dziewczynek dojrzewania fizycznego, w tym rozwoju płciowego (choć, warto zauważyć, że nie erotycznego). Tuż po urodzeniu, chłopcy wydają się być bardziej niż dziewczynki wrażliwi na działanie różnego typu czynników środowiskowych. Gorzej znoszą stres porodu i problemy przystosowawcze w okresie neonatalnym. Częściej w dzieciństwie chorują i ulegają wypadkom. Demografowie zwracają uwagę, że „natura” radzi sobie z tym faktem doskonale. Znajduje to wyraz w statystyce urodzeń: na każde 100 dziewczynek

rodzi się przeciętnie ok. 105 chłopców. Dopiero z chwilą uzyskania dojrzałości płciowej proporcja ta wyrównuje się dając, jak to określa socjobiologia, równe szanse „sukcesu reprodukcyjnego” obu płciom (3, 40). Za typowy uznaje się też szybszy anatomiczno-fizjologiczny rozwój narządów mowy u dziewczynek i rzadsze u nich, niż u chłopców, występowanie zaburzeń w sferze sprawności językowych i komunikacyjnych (42, 43)¹.

Różnice międzypłciowe w rozwoju emocjonalno-społecznym uznaje się również za dobrze uzasadnione z punktu widzenia czynnika płci biologicznej. W okresie wczesnego dzieciństwa chłopcy częściej bywają podirytowani w sytuacjach stresowych i trudniej im niż dziewczynom odzyskiwać emocjonalne zrównoważenie. Nic więc dziwnego, że gdy poszukiwane są symptomy pewnych postaci zaburzeń, częściej wskazuje się na chłopców (Haviland, Malatesta, 1981, za: 3). Wyniki badań pokazują także, że dramatyczne wydarzenia życiowe mające miejsce w środowisku wychowawczym, np. rozwód rodziców, utrata pracy przez członka rodziny, wywołuje u chłopców wcześniejsze i silniejsze niż u dziewczynek reakcje negatywne. Zdarzenia takie uznaje się za ważne predyktory późniejszych, częstszych u chłopców niż u dziewczynek, zaburzeń w zachowaniu i objawów nieprzystosowania społecznego (48, 43; Zaslów, Hayes, 1986, za: 4).

Szacuje się, że około 14–20% dzieci i młodzieży z krajów wysoko rozwiniętych charakteryzuje się różnymi problemami rozwojowymi (Costello, Angold, 1995; Simonoff, i in., 1997, za: 4). Ze względu na ich rodzajowość oraz objawowo-etologiczne zróżnicowanie problemy te podlegają różnym systemom klasyfikacyjnym. Kategoriami porządkującymi mogą być: rodzaj i stopień natężenia symptomów, etiologia, patomechanizm zaburzenia, trwałość i dynamika objawów, ich pierwotność lub wtórność, okres rozwojowy, w którym się ujawniają, itp. Najczęstszym

jednak punktem odniesienia dla tego typu zestawień klasyfikacyjnych bywa medyczna perspektywa opisu zaburzeń i problemów rozwojowych zawarta w dwóch typologiach mających status rozstrzygnięć o skali międzynarodowej: *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób* – ICD-10, opublikowana a 1992 roku w Genewie, oraz *Diagnostyczna i statystyczna klasyfikacja zaburzeń* – DSM IV, opublikowana w 1994 roku w Waszyngtonie (36, 28, 7). Medyczne pochodzenie tych klasyfikacji wzmacnia sposób interpretowania psychologicznych problemów rozwojowych z punktu widzenia czynników o charakterze biologicznym.

W praktyce, nie wnikając w szczegółowe klasyfikacje, problemy i zaburzenia rozwojowe można skategoryzować ze względu na stopień ich dostępności diagnostycznej, pozwalającej na zbiektywizowaną ocenę częstotliwości ich występowania (3). Są to więc:

- **problemy o charakterze eksternalizowanym**, uzewnętrznionym, takie, które w oczywisty, bo obserwowalny sposób ujawniają się w zachowaniach, np. zaburzenia hiperkinetyczne, agresja interpersonalna, prowokacyjne przeciwstawianie się, jękanie się, mutyzm sytuacyjny, patologiczny brak kontroli impulsów itp.;
- **problemy internalizowane**, uwewnętrznione, intrapsychie, takie, które mają ukryty charakter; ich objawy są bardziej subtelne i trudniejsze do zauważenia i oceny, np. objawy depresyjnopodobne i depresja u dzieci, niektóre postacie wzmożonej lękliwości, np. bezobjawowy lęk separacyjny, zaburzenie tożsamości płciowej itp.;
- **problemy o charakterze mieszanym**, np. nadpobudliwość z deficytem uwagi, zaburzenia nerwicowe, zaburzenia odżywiania, reaktywne zaburzenia więzi, uogólnione zaburzenia rozwojowe (różne zespoły autystycznopodobne) itp.²

1 Np. na każde pięcioro dzieci z trudnościami w czytaniu (o typie dysleksji), czy z trudnościami w płynności mówienia (jąkanie) trzy/cztery osoby to chłopcy (7, 47).

2 Warto dodać, że w praktyce diagnostycznej jest tak, iż jeśli stany intrapsychie, np. przygnębienia, poczucia izolacji, nudy, poczucia pustki i osamotnienia, nie trwają dłużej niż sześć miesięcy, to zwykle nie uważa się ich za objawy kliniczne. Tymczasem wydaje się, że u dzieci i młodzieży ze względu na dynamikę ich rozwoju i brak wypracowanych, dojrzałych sposobów radzenia sobie, nawet krótkotrwałe, ale powtarzające się stany tego rodzaju mogą być dysfunkcyjne. Często są one bardziej subtelne i dalekie od klasycznych objawów klinicznych, polegają np. na braku żywiołowości, nieumiejętności zabawy, zaburzeniach

Dane statystyczne dotyczące proporcji częstości występowania problemów i zaburzeń rozwojowych ze względu na czynnik płęć są bardzo charakterystyczne. Ich zestawienie prezentuje tabela nr 1. Uderza w niej duże zróżnicowanie częstości występowania zaburzeń psychopatologicznych grupowanych ze względu na płęć.

Charakterystyczna jest zwłaszcza znacząca przewaga problemów eksternalizowanych i mieszanych po stronie chłopców. Wysoka nadreprezentacja chłopców w zaburzeniach zachowania rozwoju skłania do przypuszczeń o biologicznym, związanym z płcią, podłożu tych problemów. Reprezentatywna jest tu teoria genetyczna, hormonalna lub obie jednocześnie. Z punktu widzenia tej pierwszej wskazuje się na szczególną, ochronną funkcję kobiecego chromosomu X. Przywoływany bywa zwykle argument, iż kobiety rzadziej niż mężczyźni cierpią z powodu schorzeń genetycznych, w szczególności recesywnych, sprzężonych z płcią genetyczną. Oczywiście taka argumentacja nie dowodzi, że wszyscy chłopcy są bardziej wrażliwi na różnego typu czynniki patogenne niż dziewczynki, a wskazuje tylko, że więcej chłopców niż dziewcząt doznaje różnorodnych neurologicznych uszkodzeń i dysfunkcji (3).

W ramach teorii hormonów prenatalnych zakłada się genotypowo uwarunkowane oddziaływanie neurohumoralne na rozwój struktury i funkcji mózgowia. Dostrzega się tu rolę męskich hormonów (zwłaszcza testosteronu) w okresie prenatalnej organogenezy, co ma prowadzić do różnic międzypłciowych, np. w strukturze podwzgórza regulującego działanie przysadki mózgowej (Ehrhardt, 1985, za: 44, 27, 13, 3). Androgeny, które odgrywają główną rolę w wyznaczaniu płci hormonalnej: gonadalnej i gonadoforycznej mają też być odpowiedzialne za swoją organizację mózgu dziewczynek i chłopców i w konsekwencji za psychologiczne efekty ich działania (Phoenix i in., 1959, za: 4). Dowodów poszukuje się m.in. w anatomiczno-fizjologicznych różnicach, jakie pojawiają się w 26. tygodniu życia

prenatalnego w strukturze i funkcji spoidła wielkiego u żeńskich i męskich płodów. Uważa się, że większy u kobiet *isthmus* w strukturze spoidła wielkiego jest przyczyną bardziej zrównoważonej komunikacji neuronalnej i koordynacji pracy półkul mózgowych lub większej ekwipotentności funkcjonalnej półkul, pozwalającej na lepszą kompensację ewentualnych zaburzeń. Reprezentatywna jest tu teoria N. Geschwinda (Geschwind, Bahn, 1982, za: 7), mówiąca o negatywnym wpływie zaburzeń w cyrkulacji hormonalnej w okresie prenatalnym, polegającej na nadprodukcji testosteronu i opóźnieniu się rozwoju lewej półkuli w stosunku do całego mózgowia, co występuje głównie u chłopców. W tym samym nurcie teoretycznym podkreśla się też znaczenie prenatalnego, zbyt intensywnego sterowania androgenami w przypadku dziewczynek z *congenital adrenal hyperplasia*. W zespole adrenogenitalnym (*congenital adrenal hyperplasia; adrenogenital syndrome* AGS) osiowymi objawami jest maskulinizacja zewnętrznych narządów płciowych. Uważa się, że dziewczynki z tym zespołem ujawniają szereg cech uważanych za przejawy męskiej osobowości, np. agresywność, znacząco wyższą niż u ich rodzeństwa czy kuzynostwa (Susman i in., 1987; Berenbaum, 1997, za: 3, 4, 44).

Warto zaznaczyć, że wyniki eksperymentalnie prowadzonych badań potwierdzają teorię hormonów prenatalnych w odniesieniu do zwierząt. Ostrożności wymaga jednak powoływanie się na ich rezultaty, jeśli mają stanowić empiryczny dowód na biologiczne podłożę cech czy preferencji motorycznych, poznawczych, emocjonalnych czy społecznych u ludzi. Z oczywistych względów nie ma dowodów bezpośrednich, niedopuszczalne byłoby bowiem eksperymentalne manipulowanie poziomem hormonów u ludzkich płodów. Wnioski z badań o maskulinizacji organizacji mózgu u dziewczynek pod wpływem nadmiaru testosteronu lub feminizacji organizacji mózgu u chłopców pod wpływem niedoboru lub zaburzeń funkcjonalnych formułowane są więc na podstawie procedury *ex post*. Polega ona na

snu, wybujałym fantazjowaniu itp. Mogą być zwiastunem poważnych problemów przystosowawczych i osobistych (15, 26, 28, 34, 45, 46). Problemy o charakterze internalizowanym dzieci i młodzieży są ostatnio obszarem większego zainteresowania klinicystów. Wydaje się, że stało się to wówczas, gdy w patomechanizmie owych trudnych do oceny zaburzeń pojawiły się symptomy mieszane. Przykładowo, przypadki patologicznie niskiego poczucia wartości i zaburzeń obrazu siebie u dorastających dziewcząt mogły zostać zdiagnozowane poprzez wyższą dostępność zaburzeń mieszanych takich, jak anoreksja czy bulimia.

zbieraniu danych anamnestycznych i autobiograficznych od osób dorosłych, które przebyły nietypową drogę rozwoju psychicznego i wychowywały się w warunkach w sposób szczególnie wyznaczonych ich wrodzonymi zaburzeniami. Osoby takie, trzeba pamiętać, w okresie płodowym narażone były na występowanie nienormalnych poziomów androgenów; miały zaburzenia genetyczne (wadliwe działanie nadnerczy) i hormonalne (sekrecja nadmiaru lub niedoboru testosteronu); ich matki były poddawane w ciąży terapii hormonalnej progesteronem. A po urodzeniu się dzieci z takich ciąż przechodziły najczęściej intensywną terapię kortykoczynową i liczne operacje chirurgiczne. Hormony prenatalne mogą być zatem być uznawane za ważny, ale nie jedyny i niejednoznacznie determinujący czynnik rozwoju psychiki. Psychika dzieci z wczesnymi zaburzeniami hormonalnymi kształtowana jest bowiem przez czynniki biologiczne, które pozostają jednak w ciągłej wzajemnej interakcji z czynnikami pozabiologicznymi: kulturowymi, socjalnymi, psychologicznymi, wychowawczymi, sytuacyjnymi (29, 30, 4)³.

Argumentem przeciw jednoznacznej i decydującej roli czynników biologicznych w przebiegu rozwoju psychicznego mogą być wyniki badań nad dziećmi przewlekle chorymi. Opisuje się je jako dzieci wykazujące dominację, nadwrażliwość, postawę roszczeniową, pewność siebie, krzykliwość i inne przejawy tzw. męskiej osobowości. Jednocześnie badania te analizują relacje wychowawcze w rodzinach z problemem choroby przewlekłej, z niepełnosprawnością ruchową, sensoryczną lub umysłową. Relacje te są zwykle w jakimś stopniu zaburzone. Pojawia się np. nadopiekuńczość i inwazyjność wychowawcza matek, co może prowadzić do poważnej dysfunkcyjności rodziny, a nawet do jej rozpadu. To z pewnością kształtuje osobowość dzieci z tego typu rodzin. Nie wiadomo zatem ostatecznie, który z zespołu czynników biologicznych czy

emocjonalno-społecznych, w jakim stopniu, jest odpowiedzialny za jaki procent zmienności zachowań dzieci przewlekle chorych, w szczególności za kształtowanie się u nich tzw. męskiej osobowości.

Choć przewaga problemów i zaburzeń rozwojowych po stronie chłopców sugeruje, że być może istnieje znaczący związek między zaburzeniami rozwojowymi a płcią biologiczną (męską), to jednak tabela 1 prezentuje także dane, które podważają taki ogólny wniosek. Dotyczy to zaburzeń z okresu dorastania o charakterze uwewnętrznionym. Tu tabela podaje proporcję odwrotną: dziewczęta dwukrotnie częściej niż chłopcy doznają zaburzeń emocjonalnych, lęku i depresji. Można to skomentować w ten sposób, iż być może niektóre problemy psychopatologiczne są związane z płcią męską, a inne – z żeńską. Jednak biologicznie zorientowane teorie rozwojowe i kliniczne wskazują, że dziewczęta są ogólnie bardziej odporne na czynniki potencjalnie patogenne, np. stres; repertuar zachowań dziewczynki jest bardziej adekwatny do oczekiwań społecznych, a rozwój społeczno-emocjonalny przebiega w sposób mniej problemowy. Dlaczego zatem miałyby być bardziej niż chłopcy skłonne do zaburzeń o uwewnętrznionym charakterze?

Wątpliwości te wydają się zasadne także w świetle aktualnych danych epidemiologicznych o narastaniu i pogłębianiu się problemów intrapsychicznych wśród dzieci i młodzieży niezależnie od płci (5, 39, 38). Ocenia się np., że około 10% dzieci i aż 30–40% adolescentów doświadcza co najmniej krótkotrwałych stanów obniżenia nastroju i napędu, różnych postaci lęku, poczucia osamotnienia i wyobcowania (Compas, i in. 1995; Herrington, i in., 1996; Petersen i in., 1993, za: 4, 12). Mamy do czynienia ze zjawiskiem rozszerzania się i upowszechniania problemów rozwojowych i klinicznych. Powody takiego stanu rzeczy upatruje się raczej w sferze zjawisk socjokulturowych niż biologicznych (5, 12, 35, 39)⁴.

3 Szerzej o argumentach prowadzących do wątpliwości na temat wartości eksplikatywnej teorii hormonów prenatalnych pisze Sandra Litsitz Bem (4) przywołując m.in. wyniki badań zespołu Julianny Imperato-McGinley, Hojna Money'a i Anki Ehrhardt.

4 Warto w tym miejscu wspomnieć o prawdopodobnych biologicznych czynnikach zaburzeń rozwojowych, które jednak nie pozostają, przynajmniej w świetle obecnej wiedzy, w związku z czynnikiem płci. Wymienia się wśród nich zakażenia drobnoustrojowe: wirusowe, bakteryjne i pierwotniakowe. Przykładowo, podejrzewa się, że bakteria *borrelia burgdorferi* czy pierwotniak *toxoplasma gondii* mogą być odpowiedzialne za pewne zaburzenia neurologiczno-psychiczne, np. depresję czy zespoły obsesyjno-kompulsyjne, zespół Tourette'a i zaburzenia hiperkinetyczne.

Tabela 1. Proporcje międzypłciowe w zakresie wybranych grup problemów i zaburzeń rozwojowych

TYPY PROBLEMÓW	Przybliżona proporcja chłopców i dziewcząt
Problemy psychopatologiczne	
Zaburzenia w zachowaniu, w tym wysoka agresywność i przestępczość młodocianych	5:1
Lęk i depresja przed okresem dorastania	1:1
Lęk i depresja w okresie dorastania	1:2
Nadpobudliwość z deficytem uwagi	3:1 – 5:1
Przybliżona, ogólna proporcja dzieci i młodzieży ze wszystkimi diagnozowanymi problemami rozwojowymi	2:1
Problemy intelektualne	
Upośledzenie umysłowe	3:2
Trudności w nauce	3:1
Problemy fizyczne	
Ślepotą i niedowidzenie	1:1
Głuchota i niedosłyszenie	5:4
ródło: Achenbach, 1982; Nolen-Hoeksema, Girgus, 1994; Rutter, 1989; Rutter, Garmezy, 1983; Zoccolillo, 1993; Todd i in., 1995 za: Bee, 2000.	

Czy zatem w ogóle uprawnione jest analizowanie problemów psychopatologicznych ze względu na czynnik płci? Czy taki zabieg porządkujący nie stwarza być może jedynie iluzji, że płeć stanowi jakieś znaczące źródło wariacji zaburzeń klinicznych lub istotny czynnik ryzyka rozwojowego? A także iluzji, że można w jakimś znaczącym stopniu poprzez czynnik płci wyjaśnić ich pochodzenie.

Cel pracy

Biorąc pod uwagę powyższe wątpliwości, warto zbadać istotność różnic międzypłciowych i sprawdzić, czy płeć rzeczywiście jest predyktorem problemów i zaburzeń rozwojowych. W szczególności problemów intrapsychicznych okresu dorastania.

Takie uszczegółowienie celu pracy jest zasadne, ponieważ dostępność diagnostyczna problemów subklinicznych i subtelných w swej naturze jest z oczywistych względów stosunkowo mała. Po drugie, procent adolescentów z problemami

zinternalizowanymi jest wysoki i jak pokazują dane epidemiologiczne – rośnie (np. około 30% populacji młodzieży polskiej za: 12, 28, 39). Po trzecie, panuje potoczny pogląd, a badania naukowe zdają się uprawdopodobniać, że problemy tego typu są częstsze u płci żeńskiej niż męskiej (patrz: tabela 1).

Zmienną psychologiczną, która nadaje się do takich porównań, jest poczucie samotności. Poczucie samotności to bardzo złożone przeżycie, które uważa się współcześnie za jeden z głównych czynników blokujących prawidłowy rozwój psychospołeczny i predyktor poważnych zaburzeń rozwojowych (12, 35). W okresie dorastania można mówić o co najmniej jego trzech aspektach: społecznym, emocjonalnym i egzystencjalnym (12).

Samotność społeczna jest przeżywaniem sytuacyjnej izolacji i marginalizacji społecznej, polegającej na braku pewności jednostki co do jej znaczenia dla potencjalnie dostępnych partnerów relacji społecznych.

Samotność emocjonalna jest poczuciem emocjonalnego osamotnienia, polegającym na przeżywaniu negatywnych emocji i uczuć wynikających z negatywnej oceny siebie jako partnera w relacjach społecznych o specjalnym dla jednostki znaczeniu.

Samotność egzystencjalna jest poczuciem braku społecznej integracji, polegającym na przekonaniu jednostki o niemożności zrealizowania ważnych dla niej celów, norm życiowych oraz wartości, które potencjalnie, w innych warunkach życiowych, mogłyby być osiągnięte.

Karen Rook (35) i wielu innych badaczy dowodzi, że przeżywanie samotności jest poważnym predyktorem depresji i innych problemów o nie tylko zinternalizowanym charakterze. Jak podkreśla Chris Segrin (38), samotność i depresja mają wspólny rdzeń problemowy (*common core*) i choć nie należy ich utożsamiać, związki liniowe między nimi są wyraźne. Mieszczą się w granicach od 0,40 do 0,70 (od 0,59 do 0,84, za:12). Co więcej, badania ujawniają silniejsze korelacje samotności z depresją u dorastających niż u osób starszych (37).

Jenny de Jong-Gierveld (17), autorka rozbudowanego socjopsychologicznego modelu badań nad predyktorami samotności osób dorosłych w wieku 25–75 lat (N = 554), stwierdza, że płeć to niezbyt silny, bezpośredni predyktor samotności ($r = -0,10$; $p < 0,05$). Kobiety uzyskują nieco wyższe wyniki w zastosowanej przez tę autorkę Skali Samotności/Deprywacji niż mężczyźni. Inne badania także potwierdzają, iż kobiety zwykle uzyskują wyższe wyniki w pomiarach samotności niż mężczyźni. Przykładowo, Fraser S. Archibald i jego współpracownicy (2) podają, że dorastające dziewczęta kanadyjskie mają wyższy średni wynik w samotności globalnej niż chłopcy ($F = 13,83$; $p < 0,001$). Interpretacja tych znaczących różnic prowadzona jest z punktu widzenia poznawczej teorii rozbieżności, zgodnie z którą samotność to odczuwana emocjonalno-poznawcza rozbieżność między oczekiwaną ilością i jakością relacji społecznych a ich doświadczanym stanem. Kobiety i mężczyźni w ocenie relacji interpersonalnych odwołują się do inaczej ustalonych standardów emocjonalno-poznawczych: do standardu idealnej jakości kontaktów społecznych i interpersonalnej więzi, jakie chcieliby/chciałyby mieć, oraz do standardu

normatywnych lub typowych kontaktów społecznych i interpersonalnych więzi, jakimi oni/one sądzą, że ludzie dysponują (2, s. 297). Uważa się, że w ocenie relacji społecznych, dziewczęta i kobiety częściej posługują się, jak to określa Carol Gilligan (1982, za: 3), orientacją interpersonalną, *orientacją związania (connectedness)* w odróżnieniu od chłopców i mężczyzn, którzy mają skłonność do oceny relacji z punktu widzenia orientacji zadaniowej, sprawiedliwościowej, prawnej, czyli *orientacji wyodrębnienia (separateness)*. Jest więc prawdopodobne, że dziewczęta i kobiety częściej niż chłopcy i mężczyźni dostrzegają stan rozbieżności emocjonalno-poznawczej. Nie będąc zadowolone z jakości lub ilości relacji interpersonalnych dają, temu wyraz, wykazując wyższy poziom poczucia samotności.

Metoda badań

Aby sprawdzić, czy zachodzi rzeczywiście istotna różnica w przeżywaniu samotności u dziewcząt i chłopców w okresie dorastania, zastosowałam skalę poczucia samotności SBS. Skala do Badania Samotności w okresie dorastania jest trafnym i rzetelnym narzędziem pomiaru, o sprawdzonych parametrach psychometrycznych (12). Wynik sumaryczny w SBS jest operacyjną miarą poczucia samotności globalnej, a wyniki w jej podskalach są miarą poszczególnych aspektów poczucia samotności społecznej, emocjonalnej i egzystencjalnej.

Grupa badana

Badania objęły 923-osobową próbkę ($K = 486$; $M = 437$), z doboru o charakterze celowym: uczniów w wieku od 11. do 19. roku życia, ze szkół miejskich (podstawowych, ogólnokształcących, techników, zasadniczych szkół zawodowych) 16 miast woj. śląskiego.

Do oceny istotności różnic wyników dziewcząt i chłopców w SBS zastosowałam jednościwkową analizę wariancji ANOVA. Przed przystąpieniem do porównań międzygrupowych sprawdziłam homogeniczność wariancji w grupach (test Levena) oraz przebieg funkcji rozkładu wyników w porównywanych grupach.

Wyniki

Uzyskane wyniki prezentują tabele 2. i 3. Dane tu zawarte wskazują, że nasilenie wszystkich aspektów poczucia samotności u badanych dziewcząt i chłopców nie jest istotnie zróżnicowane. Udział czynnika płci w poczuciu samotności nie został zatem wykazany.

Ponieważ poczucie samotności jest osiowym predyktorem wielu zjawisk psychopatologicznych, zatem brak istotnego udziału czynnika płci w tej zmiennej, może wskazywać również na brak udziału czynnika płci w innych problemach i zaburzeniach rozwojowych o charakterze zinternalizowanym.

Dyskusja wyników

Możliwość podważenia sądu o udziale czynnika płci (żeńskiej) w zaburzeniach o charakterze intrapsychicznym zdają się potwierdzać wyniki innych badań. Charles E. Joubert (18) badał związki między poczuciem samotności a nastawieniem społecznym (*social interest*).

W jego badaniach mężczyźni uzyskali nieco wyższy, znaczący statystycznie poziom poczucia samotności niż kobiety ($t = 2,08$; $p < 0,05$). Interpretując ten wynik, autor odwołał się do poglądu Alfreda Adlera (1), który opisał problem samotności i zaburzeń z nią związanych (np. melancholię) jako problem braku poczucia wspólnoty (*social interest concept*). Tłumaczył, że wyższe poczucie samotności u mężczyzn niż u kobiet wynika z większej męskiej skłonności do nonkonformistycznych zachowań, których ujawnianie powoduje izolację społeczną i zwiększa poczucie osamotnienia.

Podobnie Kenneth M. Cramer i Kimberley A. Neyedley (11), na podstawie wyników amerykańskich studentów ujawnili, że mężczyźni wykazują nieco wyższą, choć nieistotną statystycznie samotność niż kobiety ($F = 2,63$; $df = 1,254$; n.i.). Zdaniem tych autorów, trudności w ocenie znaczenia czynnika płci w problemie samotności mogą wynikać z błędnie stosowanego czynnika płci biologicznej i z nieuwzględnienia czynnika płci psychologicznej. Jeśli bowiem płeć biologiczna (raczej metrykalna) rzeczywiście słabo lub w ogóle nie różnicuje nasilenia poczucia

Tabela 2. Statystyki opisowe dla skal poczucia samotności SBS

Skale samotności SBS	Grupy	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Błąd stand.
Samotność społeczna SBS/SP	Dziewczęta	486	40,92	10,88	0,49
	Chłopcy	437	40,46	11,15	0,53
	Ogółem	923	40,70	11,01	0,36
Samotność emocjonalna SBS/SE	Dziewczęta	486	43,84	9,27	0,42
	Chłopcy	437	43,28	9,96	0,48
	Ogółem	923	43,57	9,60	0,32
Samotność egzystencjalna SBS/SEG	Dziewczęta	486	43,70	8,78	0,40
	Chłopcy	437	44,65	8,53	0,41
	Ogółem	923	44,15	8,67	0,29
Samotność globalna SBS/Globalna	Dziewczęta	486	128,46	25,99	1,18
	Chłopcy	437	128,39	26,13	1,25
	Ogółem	923	128,43	26,05	0,86

N: liczebność; błąd stand: standardowy błąd pomiaru

Tabela 3. Zróźnicowanie poczucia samotności między dziewczętami i chłopcami (ANOVA)

Skala poczucia samotności	różła wariancji	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	Istot. stat.
SBS/SP	Między grupami	47,68	1	47,68	0,39	0,531
	Wewnątrz grup	111662,57	921	121,24		
	Ogółem	111710,25	922			
SBS/SE	Między grupami	71,715	1	71,72	0,78	0,378
	Wewnątrz grup	84924,10	921	92,21		
	Ogółem	84995,81	922			
SBS/SEG	Między grupami	207,79	1	207,79	2,77	0,096
	Wewnątrz grup	69109,57	921	75,04		
	Ogółem	69317,37	922			
SBS/Globalna	Między grupami	0,92	1	0,92	0,001	0,971
	Wewnątrz grup	625488,90	921	679,14		
	Ogółem	625489,81	922			

df : stopnie swobody; F – test F; istot. stat.: istotność statystyczna

samotności u kobiet i mężczyzn, to wymiar płci zorientowanej psychologicznie i społecznie (*gender role orientation*) stanowi istotny jej predyktor. Gdy wymiar ten uwzględnić, to mężczyźni okazują się bardziej samotni niż kobiety ($F = 6,08; 1; 250; 0,014$). Ponadto czynnik męskości ma większy udział w kowariancji wyników samotności w całej badanej grupie ($F = 29,99; 1,250; 0,01; 10\%$ wyjaśnionej wariancji zmiennej zależnej), niż czynnik kobiecości ($F = 3,47; 1,250; 0,05$).

Nasilenie zatem poczucia samotności u chłopców i mężczyzn może być w rzeczywistości nawet większe niż u kobiet, czego nie ujawniają badania z powodu niższej zwykle u mężczyzn niż u kobiet interpersonalnej otwartości (37). Podejrzanie to wydaje się słuszne zwłaszcza wówczas, gdy zwróci się uwagę na kwestie metodologiczne, zwłaszcza na technikę pomiaru poczucia samotności. Otóż, okazuje się, że mężczyźni różnie odpowiadają na pytania o ten sam problem w zależności od tego, w jaki sposób prowadzony jest pomiar. Na przykład, gdy pytania zamieszczane w kwestionariuszach czy skalach są sformułowane wprost (np. czy

czujesz się samotny), to zgodnie z hipotezą oporu psychologicznego (*the resistance hypothesis*), mężczyźni mają większą tendencję odpowiadania negatywnie. Natomiast wówczas, gdy nie są pytani wprost, lecz mają określić np. stopień satysfakcji z braku przyjaciół, lub gdy odpowiadają na pytania zamaskowane, wówczas łatwiej przyznają się, że samotność stanowi dla nich jakiś problem (11).

Staje się to zrozumiałe, jeśli zauważyć, iż przyznanie się do problemu własnej samotności to ujawnianie własnego niepowodzenia interpersonalnego (16). Daniel Perlman i Purushottam Joshi (31, s. 65) podkreślają, że we współczesnych społeczeństwach otwarte przyznanie się zwłaszcza przez mężczyzn do przeżywania samotności czy depresji nie jest łatwe, gdyż może prowadzić do swoistej stygmatyzacji osoby jako jednostki nie radzącej sobie w kontaktach z ludźmi i w ogóle w życiu. Ami Rokach i Heather Brock (34) piszą, że owo naznaczenie jest bardziej prawdopodobne w kulturze Zachodu. Tam bowiem, funkcjonuje standard oceny jakości życia poprzez zdolność czy zaradność ludzi

w zdobywaniu i utrzymywaniu cenionych związków interpersonalnych.

Tak więc określanie częstotliwości zaburzeń o charakterze intrapsychoicznym narażone jest na spore trudności koncepcyjne i metodologiczne. Ogranicza to możliwość trafnej i rzetelnej oceny różnic międzypłciowych w tego typu problemach. Tym bardziej wątpliwa staje się wartość takich wyjaśnień, które podłoże problemów i zaburzeń rozwojowych bezrefleksyjnie sytuują w czynniku płci biologicznej.

Wobec wątpliwości dotyczących związku płci biologicznej z zaburzeniami i problemami rozwojowymi wysuwane są inne koncepcje, jak się wydaje, o „mniejszym ciężarze gatunkowym”. Różnice międzypłciowe, jeśli jednak występują, to analizowane są tu z perspektywy przebiegu procesów społecznych: wpływu wychowania i socjalizacji. Zgodnie z takim podejściem chłopcy i dziewczynki w początkach swego rozwoju wykazują podobny poziom wrażliwości na różnorodne bodźce oraz podobną podatność na czynniki potencjalnie patogenne. I jeśli nawet są jakieś różnice w aktywności percepcyjnej i ruchowej, to wynikają one nie tyle z determinacji biologicznej, co ze swoiście przebiegających wczesnych transakcji społecznych. Jak podają badania z zakresu psychologii rodzaju, rodzice zwykle w sposób mało świadomy odwołują się do emocjonalno-poznawczych schematów związanych z płcią społeczną i psychologiczną. Zauważa się znaczące różnice w częstotliwości stymulującej początkowe reakcje głosowe matek wobec niemowląt-dziewczynek i niemowląt-chłopców. Dziewczynki i ich matki dłużej się sobie przyglądają, chętniej prowadzą „zabawy głosem”. Wyższa aktywność przedwerbalna i werbalna dziewczynek lepiej stymuluje transakcje komunikacyjne w otoczeniu społecznym. Ujawnia się to u dziewczynek szybszym zwykle niż u chłopców rozwojem językowym (bogatszy słownik, wyższa poprawność gramatyczna i fluencja słowna w okresie dzieciństwa itp.). Może też być przyczyną późniejszej większej aktywności prospołecznej dziewczynek i łatwiejszego niż u chłopców przystosowywania się do dynamicznych zmian w otoczeniu społecznym (8, 43, 44).

Z tej samej perspektywy teoretycznej dostarcza się, że chłopcy od wczesnego dzieciństwa znacząco częściej są zachęceni do aktywności motorycznej: raczkowania, chodzenia, jeź-

dzenia na rowerku itp. W wieku przedszkolnym nagradza się ich zachowania asertywne i władcze, np. zdobywanie przedmiotów, uzyskiwanie przewagi fizycznej, a więc takie, które uchodzą za męskie. Reprezentatywna jest tu teoria zróżnicowanej tolerancji wychowawczej, według której rodzice i opiekunowie dzieci posługują się stereotypem „dobrego chłopca” i „dobrej dziewczynki”. Od początku życia dzieci wykazują inny poziom tolerancji dla niepożądanych zachowań i reakcji, tj. wyższy u chłopców niż wobec dziewczynek. W ten sposób często uczą chłopców form zachowań niepożądanych, typowych dla *acting-outingu*, np. wybuchów złości, bezładnego biegania, napastliwości, zachowań niszczycielskich, które mogą stać się predyktorami patologicznych form agresji i nieprzystosowania społecznego (Eme, 1979, za: 3). Dane empiryczne mówią także i o tym, że chłopcy bywają dotkliwiej karani, zwłaszcza przez ojców, za zachowania niezgodne ze stereotypowo rozumianą płcią. Natomiast samotne matki (niezależnie od płci biologicznej ich dzieci) stosują mniej stereotypowy sposób wychowania niż rodzice z rodzin o pełnej strukturze (48, 44). Większa, jak się wydaje, z jednej strony tolerancja wychowawcza, a z drugiej stereotypowość zabiegów wychowawczych wobec chłopców może usztywniać i ograniczać repertuar ich zachowań. Taki brak elastyczności może prowadzić do patologizacji ich funkcjonowania.

Analiza czynnika płci jako predyktora zaburzeń rozwojowych z perspektywy teorii socjocentrycznych podkreśla także, że obserwowane różnice w zakresie orientacji percepcyjnej i społecznej u dziewczynek i chłopców związane są nie tylko z wczesnym różnicowaniem się relacji rodzicielsko-dziecięcych, ale również z dynamiką rozwoju relacji rówieśniczych (10, 43). Przykładowo, Campbell Leaper (20) zwracają uwagę na odmienną stymulację percepcyjnej i społecznej w obrębie najczęściej jednorodnych ze względu na płeć grup rówieśniczych dziewczyn i chłopców. Leaper stwierdza np., że w początkowym okresie szkolnym pojawia się znacząca różnica między chłopcami i dziewczętami w zakresie tzw. wewnątrzgrupowych komunikatów kontrolujących (*controlling speech*). W komunikatach wewnątrzgrupowych chłopcy w wieku szkolnym dwukrotnie częściej niż dziewczęta stosują nakazy, zakazy, zgryźliwe uwagi, szyderstwa; ma-

ni pulują sobą wzajemnie, rywalizują, często ujawniają odrzucenie; choć u młodszych dzieci, np. 4–5-letnich, nie obserwuje się jeszcze tego typu różnic. Eleonora E. Maccoby (21, 22) opisuje dziewczęta „osadzone” w swoich grupach jako mniej skłonne do rywalizacji i dominacji, jaką ujawniają w grupach mieszanych.

Niektórzy badacze usiłują wprawdzie dowieść wrodzonych międzypłciowych różnic, jakie mają wynikać z odmiennego u obu płci przetwarzania percepcyjnego: wzrokowego i słuchowego. Słuchowa orientacja poznawcza uważana jest za typową dla dziewczynek, a wzrokowa dla chłopców. Dowodem na to mają być różnice przebiegu różnych rodzajów aktywności, np. w zabawie czy w przebiegu konwersacji. Dziewczynki, nastawione na odbiór informacji werbalnych i społecznych, organizują swoje zabawy w małych, zazwyczaj zamkniętych przestrzeniach, np. bawią się w słowne wyliczanki, w wymyślanie nazw. Chłopcy, inaczej, nastawieni są na odbiór informacji docierających z odległych źródeł, jak: głosy zwierząt, odgłosy przyrody, dźwięki pochodzące z mechanizmów, urządzeń, itp. Bawiąc się w dużych grupach, organizowanych często na otwartej przestrzeni, chłopcy udają silniki samochodowe, grzmoty burzy, huk armat itp. Uważa się, że przetwarzanie słuchowe przebiegające w bardziej w stabilnej, kameralnej sytuacji jest typowe dla dziewczynek i zarazem bardziej adekwatne do wymagań wychowawczych, np. w szkole. W nauczaniu klasowo-lekcyjnym bowiem, opartym na technikach werbalnych, nauczyciel mówi a uczniowie słuchają. To bardziej odpowiada preferencjom poznawczym i społecznym dziewczynek. Czynności takie, jak pisanie, czytanie, odpowiadanie na zadane pytania, niejako faworyzują dziewczynki. Przekłada się to na wyższe osiągnięcia mierzone ocenami szkolnymi u uczennic. Inaczej jest z chłopcami, którzy preferują poglądowy (wzrokowy) tok uczenia, oparty na bezpośrednim zdobywaniu doświadczeń w bardziej przestrzennych warunkach.

Trzeba jeszcze raz podkreślić, że wyniki badań dowodzących płciowego różnicowania przetwarzania percepcyjnego nie są jednoznaczne (np. Bims, 1976, za: 44). Jeśli jednak uznać je za zasadne i zintegrować z tezą o społecznym pochodzeniu zaburzeń rozwojowych, należy przyznać, że typowe współcześnie metody i formy kształcenia szkolnego mogą utrudniać funkcjono-

wanie poznawcze i społeczne chłopców. Dysponują oni bowiem, jak się wydaje, mniej podatnym (co nie znaczy, że wrodzonym) stylem zachowania. Ponadto nauczyciele w relacjach z uczniami kierują się licznymi stereotypami dotyczącymi płci oraz stosują odmienne standardy oceny zachowań wobec uczniów i uczennic (19, 23, 48). Konsekwencją tego są dwukrotnie częściej występujące zaburzenia o charakterze eksternalizowanym i mieszanym, np. trudności szkolne, po stronie uczniów niż uczennic (patrz: tab. 1). Trudności te pochodzą jednak raczej z interakcji czynników edukacyjnych i biologicznych; wśród tych ostatnich płeć biologiczna ma jedynie marginalne znaczenie.

I podobnie w przypadku problemów internalizowanych, źródeł częstszego ich występowania u płci żeńskiej należy szukać raczej w społecznie wyuczonych strategiach radzenia sobie. Zauważa się, że strategie zaradcze stosowane w sytuacjach stresowych przez dorastające dziewczęta i kobiety polegają na emocjonalnej koncentracji na problemie, np. na tzw. przeżuwananiu (*ruminate*), co może stanowić dodatkowe źródło lęku i innych objawów uwewnętrznionych. U dorastających chłopców i mężczyzn strategie radzenia sobie (*coping*) częściej są formami aktywności dystrakcyjnej lub ucieczkowej (np. sięganie po środki psychoaktywne, działania niszczycielskie, agresja interpersonalna). Mają one wprawdzie charakter nieprzystosowawczy, ale zmniejszają koncentrację na przeżywanych obawach, smutkach, strachu, przygnębieniu, nudzie itp. (12).

Uznanie czynnika płci jako predyktora zjawisk psychologicznych czy psychopatologicznych wymaga dookreślenia. Można to zrobić, np. z przywołaniem teorii męskości/kobiecości/androgyniczności i nieokreśloności rodzajowej według Sandry L. Bem, Janet Spence i Roberta Helmreicha (4). Autorzy ci podkreślają, że płeć to wprawdzie wewnętrzna (w tym znaczeniu organizmiczna – określenie prof. Marii Tyszkowej) dyspozycja do określonych zachowań, jednak jej funkcja biologiczna w sterowaniu procesami psychicznymi realizuje się w sposób izolowany od wpływów zewnętrznych jedynie w bardzo wczesnej, prenatalnej ontogenezie, a i w tym okresie ujawnia się poprzez interakcję z czynnikami wrodzonymi o różnym pochodzeniu. Już w okresie wczesnego dzieciństwa jej biologiczna

determinacja jest ograniczona, ulega bowiem *maksymalnemu upośrednieniu* poprzez czynniki aktywności własnej jednostki oraz doświadczenia zdobywane w złożonych procesach socjalizacji i wychowania⁵. Można zatem powiedzieć, że wartość eksplikatywna czynnika płci biologicznej w problemach i zaburzeniach rozwojowych nie jest oczywista i wymaga bardziej wszechstronnego niż dotąd ujęcia.

Zauważmy, że sposób używania czynnika płci w naukach społecznych znajduje wyraz w semantyce i frazeologii języka potocznego. Mówi się np. rola kobieca, rola męska; kobiecy lub męski sposób myślenia; męska, kobieca postawa; męski lub kobiecy zawód, a także: znieść coś po męsku, zadziałać z kobiecą intuicją; przeprowadzić męską rozmowę; nie przejmować się babskim gadaniem, itp. Tymczasem choćby z perspektywy studiów nad rodzajem (*gender studies*) widać, że płeć może być czynnikiem rozumianym jako wypracowany w ramach danej kultury, społeczności czy wspólnoty wzorzec, standard czy stereotyp oczekiwań społecznych dotyczących sposobów reagowania, postaw, strategii adaptacyjnych, stylu życia, ról rodzinnych, grupowych, zawodowych, instytucjonalnych, które są wprawdzie zwykle w jakiś sposób powiązane z płcią biologiczną, ale nie mogą przez nią być zadowalająco wyjaśnione.

Streszczenie

Problemy i zaburzenia rozwojowe można podzielić na: eksternalizowane (np. zaburzenia w zachowaniu), internalizowane (lęk i depresja) i mieszane (nadpobudliwość z deficytem uwagi). Analizując związki płci z problemami i zaburzeniami rozwojowymi w okresie dzieciństwa i adolescencji zauważa się znacznie wyższą częstotliwość problemów rozwojowych po stronie chłopców niż dziewcząt. Zjawisko to tłumaczy się najczęściej z punktu widzenia teorii biologicznych (genetycznej, teorii hormonów prenatalnych) lub z punktu widzenia teorii społecznych. Jediną grupą zaburzeń częstszych u dziewcząt niż u chłopców są zaburzenia o zinternalizowanym

charakterze z okresu dorastania. Ponieważ za istotny ich predyktor uznaje się poczucie samotności, niektóre badania empiryczne próbują wykazać, że dziewczęta i kobiety charakteryzują się większą skłonnością do przeżywania poczucia samotności a tym samym do depresji. Jednak badania własne, prowadzone z użyciem Skali do Badania Samotności (SBS) w okresie dorastania (N = 923; K = 486, M = 437; 12–19 lat) tego nie potwierdziły.

Słowa kluczowe: **zaburzenia rozwojowe, różnice międzypłciowe, samotność**

Summary

Psychopathologies are most often divided into three broad groups: externalizing problems (including conduct disorders), internalizing problems (including anxiety and depression and mixed disorders (ADHD)). Except for adolescent depression, boys show almost all forms of emotional, mental and physical disabilities more often than do girls. This may reflect genetic differences, hormone differences or differences in cultural expectations. Depression is one form of internalizing problem, relatively uncommon in childhood but common in adolescence. Depression is about twice as common among girls as among boys. No consensus has yet been reached on the explanation for this sex difference but results of empirical researches show that loneliness and depression were closely related among the students, in both boys and girls. This study examined the influence of sex on loneliness. Adolescents (aged 12–19 years N = 923; F = 486, M = 437) answered a 60-item of *SBS (Loneliness Scale for Adolescents)*. Differences were not found.

Key words: **developmental disorders, sex differences, loneliness**

Piśmiennictwo

1. Adler A.: *Sens życia*. PWN, Warszawa 1986.

5 Wpływy środowiskowe i społeczne dla takich podstawowych cech fizycznych, jak płeć biologiczna, budowa fizyczna, kolor włosów czy oczu stanowią źródło wariacji maksymalnego upośrednienia. Zobacz: Malim T., Birch A., Wadeley A. (1997): *Wprowadzenie do psychologii*. PWN, Warszawa s. 73.

2. Archibald F.S., Bartholomew K., Marx, R.: Loneliness in Early adolescence: A test of the cognitive discrepancy model of loneliness. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1995, 21, 3, 263–301.
3. Bee H.: *The developing child*. Allyn and Bacon. Boston, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore 2000.
4. Bem S. L.: Męskość kobiecość. O różnicach wynikających z płci. Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2000.
5. Bomba J.: Rozpowszechnienie i obraz depresji u młodzieży we wczesnej fazie adolescencji. *Psychoterapia* 1988, 1, (64), 37–44.
6. Buss D. M.: *Ewolucja pożądania*. Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 1996.
7. Bogdanowicz M.: Problematyka zaburzeń rozwoju psychoruchowego dziecka. [W:] Gałkowski T., Jastrzębowska G. (red.): *Logopedia*. Wyd. UO, Opole 1999, 147–151.
8. Brannon L.: *Psychologia rodzaju*. Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2002.
9. Buss D.M.: *Psychologia ewolucyjna*. Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2001.
10. Cairns R. B., Cairns B. D.: *Lifelines and risk: Pathways of youth in our time*. Cambridge University Press, Cambridge, England 1994.
11. Cramer K. M., Neyedley K. A.: Sex differences in loneliness: The role of masculinity and femininity. *Sex Roles* 1998, 38, 7–8, 645–653.
12. Dołęga Z.: *Samotność młodzieży – analiza teoretyczna i studia empiryczne*. Wyd. UŚI, Katowice 2003.
13. Górka T., Grabowska A., Zagrodzka J. (red.): *Mózg a zachowanie*. PWN, Warszawa 1997.
14. Grabowska, A.: *Asymetria półkul mózgowych*. [W:] Górka T., Grabowska A., Zagrodzka J. (red.): *Mózg a zachowanie*. PWN, Warszawa 1997, 400–428.
15. Hymel S., Franke S., Freigang R.: Peer relationships and their dysfunction: Considering the child's perspective. *Journal of Social and Clinical Psychology* 1985, 3, 405–415.
16. Jones, W. H.: *Samotność a zachowania społeczne*. *Nowiny Psychologiczne* 1988, 4, 38–58.
17. Jong-Gierveld J. de: Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987, 53, 1, 119–128.
18. Joubert C.E.: Need for uniqueness correlates of loneliness and social interest. [W:] Hojat M., Crandall R. (red.): *Loneliness: Theory, research and applications*. Sage Publications, Newbury Park, London, New Delhi 1989, 187–190.
19. Konarzewski K.: *Problemy i schematy. Pierwszy rok nauki szkolnej dziecka*. Wyd. Żak, Warszawa 1996.
20. Leaper C.: Influence and involvement in children's disclosure: Age, gender and partner effects. *Child Development* 1991, 62, 797–811.
21. Maccoby E. E.: Gender as a social category. *Development Psychology* 1988, 24, 755–765.
22. Maccoby E. E.: Gender and relationships. A developmental account. *American Psychologist* 1990, 45, 513–520.
23. Mandal, E.: *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Wyd. UŚI, Katowice 2000.
24. *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (rewizja dziesiąta)*. Tłumaczenie zbiorowe, Kraków 1994.
25. *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania*. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Tł. S. Pużyński, J. Wciórka, Kraków–Warszawa 1997.
26. Marcoen A. Goossens L.: Loneliness, attitude towards aloneness and solitude, age differences and developmental significance during adolescence. [W:] Jackson S., Rodriguez-Tome H. (red.): *Adolescence and its social worlds*. Erlbaum, Hove, U. K 1993, 197–227.
27. Moir A., Jessel D.: *Płeć mózgu*. PIW, Warszawa 1989, 1993.
28. Orwid M., Pietruszewski K.: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wyd. Collegium Medicum UJ. Kraków 1996.
29. Pilecka W.: *Dynamika rozwoju psychicznego dzieci chorych na astmę i mukowiscydozę*. Wyd. WSP, Kraków 1990.
30. Pilecka W., Pilecki J.: *Rewalidacja dzieci przewlekle chorych i kalekich*. Wybrane zagadnienia. Wyd. WSP, Kraków 1992.
31. Perlman D., Joshi P. 1989: The revelation of loneliness. [W:] Hojat M. Crandall R. (red.): *Loneliness: Theory, research and applications*. Sage Publications, Newbury Park, London, New Delhi 1989, 63–76.
32. Piśula W.: *Psychologia ewolucyjna*. [W:] Strelau J. (red.): *Psychologia*. Podręcznik akademicki. Podstawy psychologii. Tom 1. Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2000, 179–204.
33. Pużyński, S.: *Depresje*. PZWL, Warszawa 1988.
34. Rokach A., Brock H.: Coping with loneliness. *Journal of Psychology* 1998, 132(1), 107–127.

35. Rook K. S.: Research on social support, loneliness and social isolation. *Review of Personality and Social Psychology* 1984, 5, 240–264.
36. Rosenhan D. L., Seligman M. E. P.: *Psychopatologia*. Wyd. PTP, Warszawa 1994.
37. Schmitt J. P., Kurdek L. A.: Age and gender differences in and personality correlates of loneliness in different relationships. *Journal of Personality Assessment* 1985, 49, 5, 485–496.
38. Segrin C.: Interpersonal communication problems associated with depression and loneliness [W:] Andersen P. A., Guerrero L. K. (red.): *Academic Handbook of communication and emotion: Research, theory, applications and contexts*. San Diego Press, San Diego 1998, 215–242.
39. Seligman M. E. P.: *Optymistyczne dziecko*. Media Rodzina of Poznań, Poznań 1997.
40. Słomko Z. (red.): *Medycyna perinatalna*. PZWL, Warszawa 1986.
41. Susman E. J., Inoff-Germain G., Nottelmann E. D., Loriaux D. L., Cutler G. B., Chrousos G. P.: Hormones, emotional dispositions and aggressive attributes in young adolescents. *Child Development* 1987, 58, 1114–1134.
42. Szumska J. (red.): *Zaburzenia mowy u dzieci*. PZWL, Warszawa 1982.
43. Turner J. S., Helms D. B.: *Rozwój człowieka*. WSiP, Warszawa 1999.
44. Vasta R., Haith M. M. Miller S. A.: *Rozwój dziecka*. WSiP, Warszawa 1995.
45. Vaux A.: Social and emotional loneliness: The role of social and personal characteristics. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1988, 14 (4), 722–734.
46. Vaux A.: Social and personal factors in loneliness. *Journal of Social and Clinical Psychology* 1988a, 88, 3, 462–471.
47. Zakrzewska B.: *Trudności w czytaniu i pisaniu*. Modele ćwiczeń. Wyd. I, II. WSiP, Warszawa 1996, 1999.
48. Zimbardo P. G., Ruch F. L. (red.): *Psychologia i życie*. PWN, Warszawa 1996, 1999.

Adres do korespondencji

dr Zofia Dołęga
Katedra Psychologii Zdrowia
i Rozwoju Człowieka
Uniwersytet Śląski
e-mail: zosiadol@wp.pl