

DZIECKO WOBEC CIERPIENIA

mgr Maciej Bis

Recenzja: mgr Beata Pacula-Leśniak

Stowarzyszenie „Krok Dalej” - Kraków, 2012

*Wciąż plecami odwrócona
Niczym widnokrąg ruchoma
W jutrzennej poświęcie cała
To zbliża się to oddala*

*O niej pieśni układałem
W stogach w gwiazdach jej szukałem
Brnąłeś borem lasem losem
Za jej znikającym głosem*

*Dopędzasz ją wreszcie masz
Obraca ku tobie twarz
Kostusia stara jak świat
Jak wryty staje twój czas...*

[*Piosenka o nadziei*, utwór z repertuaru grupy SDM]

O sprawach ostatecznych człowiek zaczyna myśleć wtedy, gdy widmo utraty spraw doczesnych zacznie zaglądać w jego oczy. Na łańcuch każdego życia, zarówno starego, jak i młodego, a także dziecięcego składają się pierwiastki zabawy i trudu, odpoczynku i radości, smutku i łez, cierpienia i... cierpienia. Czasem zdarza się jednak, że daną osobę dotyka taki rodzaj cierpienia, po którym samo życie staje się aktem odwagi. Może to być śmierć kogoś bliskiego, utrata majątku będącego dorobkiem całego życia, albo też znaczne pogorszenie się stanu zdrowia, bez widoków na poprawę w dającym się przewidzieć czasie. Wydarzenia lub procesy, które ważą na całym dalszym życiu wywierają piętno przede wszystkim na psychikę. Zewnętrzne walki stacza się wewnątrz, a widzimy jedynie ich rezultat. To człowiek – ofiara swojego cierpienia, a może też jego sprawca – musi przyjąć jakąś taktykę radzenia sobie z jego skutkami, musi jakoś się doń ustosunkować, znaleźć sposób, jak żyć pomimo swoich doświadczeń, zapatrywać, pesymizmów i optymizmów, nadziei i obaw. Pomimo... a może właśnie dzięki nim.

Dorośli, codziennie borykający się z różnorodnymi poważnymi problemami, nawykli do sytuacji stresujących i trudnych, mimo całego swego życiowego doświadczenia, mają

poważne problemy z przystosowaniem się do cierpienia, do bodźca, który je wywołał, do zmian, jakie stały się ich udziałem bez ich zgody - a nawet przy ich zdecydowanym sprzeciwie. W przypadku dziecka sprawa jest jeszcze trudniejsza, jeszcze bardziej skomplikowana. Choć różnice indywidualne sprawiają, że różne dzieci odmiennie reagują na cierpienie, można wysnuć pewne uogólnienia. Po pierwsze, dzieciom, w porównaniu do dorosłych, jest zwykle dużo trudniej przybrać dystans do dotykającego ich cierpienia (Sauer, 1993). Po wtóre – dziecko ciągle transcenduje swoje granice i dlatego zwłaszcza ono bardzo dramatycznie odczuwa wszelkie swoje ograniczenia, dodatkowo będąc istotą bezradną (Cackowski, 1995).

Cierpienie nie jest jednak tożsame z bólem, choć wspólnie z nim stanowi atrybut choroby (Pecyna, 2000). Jak wywodzi Pecyna (2000), bólem określa się w psychologii przykre doświadczenia zmysłowe, powstające i kształtujące się na gruncie fizycznym lub neurofizjologicznym. Zwykle jest objawem innej choroby, choć zdarza się też czasami, że jest odrębną jednostką chorobową – zaburzenie bólowe jest zaliczane przez amerykańską klasyfikację DSM-IV do zaburzeń somatoformicznych (Carson, Butcher & Mineka, 2005). Na ból odmiennie patrzą różne nauki społeczne i medyczne, zwracając uwagę na jego odmienne cechy. Patrzą na ból jako na zjawisko dotykające człowieka, ale niewynikające z ludzkiej działalności; jako na konieczny, choć niezamierzony efekt gatunkowej działalności człowieka; jako na wynik stosunków społecznych; jako element transcendentnych planów boskiego stworzenia; jako na środek prewencyjny i wychowawczy. Psychologia widzi ból jako subiektywne doznawanie pewnego nieprzyjemnego stanu, zajmuje się treścią i formą takiego doświadczenia, ich uwarunkowaniami (Pecyna, 2000). Cierpienie różni się od bólu, jest czymś więcej. Z etymologicznego wywodu Pecyny (2000) wynika, że podstawą obecnych romańskich nazw cierpienia jest łacińskie słowo *suffero*, którego znaczenie zawiera się w słowach: *podtrzymać, znosić, podstawić pod coś, cierpieć*. Czyli jednocześnie stan psychiczny i pewna baza, podstawa do czegoś. Do czego? Do podjęcia wyzwania, do poradzenia sobie w nowej sytuacji. Cierpienie jest więc siłą wyzwalającą zdolności obronne organizmu – kiedy jest interpretowane konstruktywnie – ale także może stanowić siłę destrukcyjną – gdy niszczy człowieka jako osobę. Siłą, która może być powiązana z uczuciem zmysłowym (np. ze smutkiem, z radością), co pokazuje, że nie stanowi ono właściwości fizycznej istniejącej dla siebie samej – zawsze pozostaje w związku z jakimś dążeniem, interpretacją, uczuciem (Pecyna, 2000). Reasumując powyższe rozważania można stwierdzić, że na gruncie psychologii zwraca się uwagę na aspekty fizyczne i psychiczne cierpienia, na jego wymiar egzystencjalny i na to, że stanowi nieodłączną część życia ludzkiego, niezależnie od wieku człowieka (Sikora & Trzópek, 1999a; 1999b).

Dla całego zagadnienia ważną kwestią jest, w jaki sposób dziecko tłumaczy sobie cierpienie, które odczuwa. W zależności od przyjętej postawy, różna będzie rola, jaką cierpienie zacznie odgrywać w jego życiu (Antoszevska, 2006). Rozumienie świata i przekonania na temat istoty i znaczenia zjawisk i rzeczy zależą od poziomu rozwoju poznawczego (Trempeła, 2004). W stadium inteligencji sensomotorycznej (2-6 r. ż.) dzieci rozumieją cierpienie jako tożsame z bólem, nieprzyjemne, dokuczliwe, negatywne, złe. Nie widzą sensu w cierpieniu i podchodzą do niego w sposób bierny. Z kolei w stadium operacji

konkretnych (6-12 r. ż.), kiedy dziecko zdobywa umiejętność jednoczesnego uwzględniania w rozważaniach różnych własności przedmiotów, potrafi połączyć fizyczne doznanie bólowe z jego aspektem emocjonalnym. Rozumie także, że z bólem jako takim poradzić można sobie nie tylko przyjmując tabletkę, ale także w sposób aktywny. Pojawia się rozróżnienie bólu i cierpienia, które uważane jest za rodzaj subiektywnego poczucia nieszczęścia lub przykrości spowodowanego przez jakieś wydarzenie (np. śmierć). Dzieci zaczynają dostrzegać, że ból i cierpienie z reguły mają jakiś sens, choć nie chcą cierpieć zbyt wiele. Najpopularniejszymi w tym stadium strategiami radzenia sobie są: wsparcie społeczne i duchowe, odwracanie uwagi, wypieranie (Pilecka, 2005). Sposoby radzenia sobie znacznie zmieniają się w stadium operacji formalnych (od 12 r. ż.), kiedy zyskują na znaczeniu i zaczynają dominować strategie poznawczo-behawioralne. W stadium tym ból jest rodzajem cierpienia, które samo w sobie jest osobistym, wewnętrznym doświadczeniem wypływającym z wielu źródeł; pozwala lepiej rozumieć siebie i innych oraz odróżniać w życiu sprawy ważne od spraw ważniejszych. Gdy zaś cierpienie staje się niemożliwe do zniesienia, wtedy obecność i wsparcie innych osób staje się dla osoby w tym wieku bardzo ważne (Pilecka, 2005).

Antoszevska (2006) cytuje autora, który nakreślił fazowy model cierpienia stającego się rzeczywistością dziecka, chorującego na zagrażającą życiu chorobę. Fazę pierwszą stanowi początkowy wstrząs wynikający z potwierdzenia diagnozy wytwarzającej w dziecku szok i niedowierzanie. W fazie drugiej przeważa zamęt i poczucie braku rozwiązania sytuacji; faza ta zawiera się w okresie po diagnozie. Trzecia faza to powrót do zdrowia – ważną kwestią jest tutaj akceptacja, rozumienie i nadawanie znaczenia cierpieniu oraz umiejętności radzenia sobie z chorobą i jej efektami.

Zgodnie z dominującym we współczesnej psychologii modelem biopsychospołecznym, za czynniki o najbardziej znaczącym wpływie na przebieg choroby uważane są uwarunkowania psychospołeczne, osobowość, otoczenie i środowisko rodzinne dziecka (Pilecka, 2007). Choroba, zwłaszcza przewlekła, wywiera bardzo silny wpływ na psychikę dziecka i istotnie zmienia jego dotychczasowy tryb życia, zaś naruszone zdrowie fizyczne sprawia, że dziecko jest bardziej męczliwe, słabsze fizycznie, mniej odporne na wysiłek umysłowy (Pecyna, 2000). Dziecko przewlekle chore jest bardziej narażone na silniejsze przeżywanie stresu i frustracji, co głównie wynika z poczucia zależności od innych, izolacji od rodziny, często z bolesnych zabiegów, a także z diametralnie zmienionych warunków dotychczasowego życia (Żółkowska, 1994). Dzieci przewlekle chore generują wiele zachowań, które mogą zostać uznane za *manifestację psychiczną* (np. drażliwość, bunt, chwiejność nastroju). Zaobserwować można u nich także objawy emocjonalno-wegetatywne (np. obgryzanie paznokci). Pod wpływem choroby zmianie ulega także sylwetka psychiczna (Pecyna, 2000).

Zmiany w sylwetce psychicznej są spowodowane kilkoma czynnikami. Pierwszym z nich jest unieruchomienie lub długotrwałe leżenie w łóżku. Długotrwałe unieruchomienie powoduje przerost jednych dyspozycji psychicznych nad innymi, w zależności od właściwości charakteru i umysłu młodego pacjenta. Oprócz tego podczas unieruchomienia wyostrajają się zmysły, szczególnie wzrok i słuch, wzrasta także spostrzegawczość (Pecyna, 2000). Dzieci unieruchomione pozbawione są wielu z możliwości eksplorowania środowiska,

zdobywania wiedzy o życiu codziennym, czego konsekwencją jest ubóstwo spostrzeżeń, wyobrażeń i języka. Bez możliwości ruchu dzieci mogą stać się bierne, apatyczne i wycofane, unikać zainteresowania otoczeniem (Antoszevska, 2006). Dzieje się tak dlatego, że dla dziecka leżenie w łóżku jest sprzeczne z jego naturą, z wrodzoną potrzebą aktywności i ruchu – oto powód tak bolesnego przeżywania unieruchomienia przez dzieci (Pecyna, 2000). Stąd też proponuje się, by w warunkach unieruchomienia dostarczać dzieciom wiele różnorodnych bodźców środowiskowych poprzez wzbudzanie aktywności psychicznej (Antoszevska, 2006). Kolejną kwestią jest fakt, iż dzieci przewlekle chore często odznaczają się nadwrażliwością emocjonalną, która niejednemu raz idzie w parze z powściągliwością w wyrażaniu uczuć. Powoduje to niedojrzałość psychiczną oraz poczucie niższej wartości, które stanowi bodziec wywołujący wiele emocji negatywnych. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na znaczny egocentryzm dzieci przewlekle chorych spowodowany tym, że dziecko przyzwyczaja się do bycia w centrum uwagi, do otrzymywania bez żądań dawania. Ale nie tylko negatywne cechy są wynikiem choroby. Do pozytywnych, między innymi, należą: pozytywna inność (brak typowego dla dzieci natychmiastowego uzewnętrzniania myśli), możliwość poruszenia w rozmowie każdego tematu i otwartej dyskusji pełnej rozumowych i słusznych argumentów (nie chcą koniecznie postawić na swoim), umiejętność aktywnego słuchania i chłonność wiedzy, która zadziwia większość obserwatorów (młodzież bardzo dojrzała intelektualnie). To wszystko sprawia, że istnieje spora szansa na wytworzenie korzystnych kontaktów lekarza, psychologa i pedagoga z dzieckiem, pomimo wyżej wymienionych cech negatywnych zbudowanych przez chorobę (za: Pecyna, 2000).

Choroba wywołuje także wzrost lęku, najczęściej dotyczącego przyszłości. Przyszłość to czas, kiedy w odczuciu większości młodych ludzi powinno być tylko lepiej – chore dziecko natomiast antycypuje negatywne wydarzenia, które choroba może wywołać w przyszłości. Oprócz lęku przed przyszłymi problemami zdrowotnymi, dzieci chore żywią też obawy przed nowym otoczeniem, utratą poczucia bezpieczeństwa, utratą miłości (Antoszevska, 2006). Lęk o dużym natężeniu pogarsza stan psychiczny i fizyczny i zmniejsza wiarę w wyzdrowienie (Antoszevska, 2006), przez co pogarsza też efekty leczenia, z którego wyeliminowany zostaje placeboiczny mechanizm oczekiwania (Bąbel, 2005). Na podstawie cytowanych przez Bąbla (2005) badań nad placebo można stwierdzić, że sposób, w jaki dziecko postrzega swoją chorobę ma wpływ nie tylko na jego samopoczucie czy dobrostan, ale wręcz na wyniki leczenia. A dzieci często widzą swoją chorobę jako rezultat zaniedbań rodzicielskich, albo jako karę za niepoprawne zachowanie (Bishop, 2000). Dlatego też powinno się tłumaczyć dziecku, w zrozumiałym dla niego sposób, mechanizm jego choroby.

Innym powodem cierpienia dziecka jest konieczność przystosowania się do niepełnosprawności. Gdy zmieniają się nagle wszystkie elementy życia, przystosowanie bywa trudne i długotrwałe. Kowalewski (2005) wyodrębnił stadia przystosowania się do niepełnosprawności. Pierwszym z nich jest doznanie niepełnosprawności; w stadium tym człowiek pierwszy raz styka się z realnym doświadczeniem braku, widzi rozmiary tego, co utracił. Szok objawia się nieraz poprzez symptomy i jednostki psychopatologiczne – np. depresję lub depersonalizację. W drugim stadium reakcje emocjonalne nie przeważają już nad poznawczymi; dziecko skupia się na tym, co utracone, w pełni dostrzega rozmiary

niedomagań, idealizuje stracone części ciała. Trzecie stadium zawiera pierwsze próby funkcjonowania z niepełnosprawnością, widać już pewne możliwości życia z kalectwem, można wytyczać pewne cele. W czwartym stadium, w którym dochodzi do pełnego przystosowania, niepełnosprawność jest już tylko jedną z wielu cech, jakie opisują dziecko (Kowalewski, 2005). Ważne zadanie w tej drodze dziecka do przystosowania spełnia środowisko. Możliwe, że dziecko spotka się z krzywdzącymi stereotypami, i wtedy potrzebuje kogoś, w kim będzie miało oparcie – rodziny. Jej odpowiednie nastawienie może sprawić, że dziecko potraktuje niepełnosprawność inaczej. Będzie to możliwe zwłaszcza dzięki pozytywnemu nastawieniu otoczenia, które pozwoli wytworzyć dziecku pozytywne nastawienie do samego siebie (Antoszevska, 2006).

Rodzina również może być powodem cierpienia dziecka. Chodzi zwłaszcza o sytuacje utraty ukochanej osoby (wskutek śmierci lub rozwodu), kłótni między małżonkami, braku miłości i czasu dla dziecka, nałogów rodziców, itp.

Istnieją rodziny, które nie spełniają swoich obowiązków. Rodziny takie nazywa się niewydolnymi wychowawczo. Bardzo często dzieci będące ofiarami niekonsekwentnego wychowania lub braku wychowania (czyli tzw. *wychowania bezstresowego*) wchodzą w konflikt z prawem, uchylają się od obowiązku szkolnego, przejawiają różnorakie objawy demoralizacji i przez to trafiają do państwowych instytucji zajmujących się wychowywaniem młodzieży (Bis, 2008). Często znacznie pogłębia to cierpienie tych, którzy zazdrościli innym udanych rodzin, a w zmienionych realiach okazuje się, że czasem kiepska rodzina lepsza jest niż żadna... Brak miłości i przemoc ze strony rodziców jest czynnikiem ryzyka przestępczości agresywnej u obojga płci, a przemoc względem dzieci w wieku przedszkolnym może prowadzić do wykształcenia psychopatii u młodzieży (Barwiński, 2008). Przemoc werbalna, w postaci straszenia, wyzwisk, czy gróźb, oraz fizyczna, jak kary cielesne czy ordynarne bicie, nie uczą niczego, oprócz chęci uniknięcia kary. Zamiast pokazywać dziecku, co robić – rodzic uczy, czego nie robić. Brak wzmocnień w wychowaniu objawia się pozorną uległością i posłuszeństwem dziecka, choć w rzeczywistości wciąż chce ono wykonywać zakazaną aktywność, ale tak, by karzący rodzice się nie spostrzegli (Bis, 2008). W okresie adolescencji taki styl wychowania często skutkuje silnym buntem i zaklasyfikowaniem przeszłości jako nieudanej, względnie ślepych, nieprzystosowawczym posłuszeństwem (Bis, 2008). Zamiast dorastać w atmosferze miłości i wzajemnego szacunku i wyrosnąć na dobrego obywatela, dziecko dorasta w atmosferze strachu i przymusu, często angażuje się w destrukcyjne subkultury (Szaskiewicz, 2008); a nawet jeśli tego nie robi, to i tak wspomniane błędy w wychowaniu znacznie zwiększają szansę na to, że wkroczy na drogę przestępstw (Kycik, 2008). Wykształcone *dzięki* rodzicom poczucie niskiej wartości sprawia, że dziecko nie chce podejmować wyzwań, angażować się w nowe aktywności, za to często wpada w nałogi, a w okresie dorosłości często cierpi na zaburzenia psychosomatyczne i inne zaburzenia psychiczne. Podobnie zdarza się, gdy dziecko często doświadcza stresu, przy czym dla dziecka najcięższym stresorem jest kłótnia rodziców (Łosiak, 2007). Jednak najcięższym przeżyciem jest rozwód rodziców. Gdy odbędzie się on, gdy dziecko jest bardzo małe, często powoduje trudności w nawiązywaniu relacji interpersonalnych; gdy dziecko jest

starsze, może dojść do urazów psychicznych i braku wzorców do naśladowania (Bis, 2008; Kycik, 2008).

Jak dziecko może radzić sobie z cierpieniem? Wiadomo, że niektóre dzieci radzą sobie znacznie lepiej niż inne. Związane jest to z psychologicznym konstruktem odporności.

Odporność można zdefiniować jako procesy chroniące jednostkę przed stresorami, lub polepszające radzenie sobie, jako interakcja czynników choroby i czynników ryzyka. Najogólniej chodzi jednak o zdolność do zdrowienia lub utrzymania zdrowia w ogóle. Jej wpływ można poznać w, jak napisałem powyżej, zdolności do radzenia sobie ze stresorami, a także w udanym codziennym zmaganiu z brutalnym życiem, szybkim dochodzeniu do siebie po bolesnych porażkach, w wytyczaniu i realizacji konkretnych celów, w szybszym tempie dochodzenia do zdrowia i rzadszym zapadaniem na rozmaite choroby. Jest więc korzystnym, by dziecko posiadało odporność. Poznawszy poglądy wielu badaczy wydaje się, iż najważniejszy wpływ na wykształcenie odporności u dziecka ma środowisko. Rodzice i rówieśnicy, poprzez swoje pozytywne stosunki z dziećmi, poprzez ciekawe oferty spędzania wolnego czasu, empatię, efektywną komunikację, a także kreowanie odpowiedzialności za siebie i innych stwarzają większe szanse i więcej okazji do rozwoju odporności u dziecka.

Innym sposobem na radzenie sobie z trudną sytuacją jest nadawanie jej znaczenia. Podobnie rzecz ma się z cierpieniem. Możliwe są jego wyjaśnienia ateistyczne i teologiczne, a może parateologiczne, skoro nie są wynikiem rozmyślań teologów, a laików... Wyjaśnienia ateistyczne raczej nie sprzyjają poprawie nastroju, polepszeniu samopoczucia, zreinterpretowania sytuacji w kierunku wyzwania czy przystosowania. Wyjaśnienia takie muszą nawiązywać do odwiecznych praw narodzin i śmierci, śmierci, po której nie ma już nic. Przy takim sposobie wyjaśniania terminalna, przewlekła choroba i cierpienie nią spowodowane jawić się będzie dziecku jako niezasłużone nieszczęście poprzez które nic się w życiu nie osiągnie; jako droga na samo dno bardzo cuchnącego bagna. Skutkiem może być olbrzymia woła życia, ale na pewno nie będzie to cierpienie miało innego znaczenia, aniżeli tylko jako egocentrycznie widziana niesprawiedliwość losu.

Wyjaśnienia teologiczne (zakładające Boską ingerencję w życie ludzi) być może podesuną myśl, że to cierpienie ma jakiś sens, nawet, gdy samemu ciężko jest go uchwycić. Cierpienie może zostać zinterpretowane jako dar służący do samodoskonalenia, do oddziaływania na innych, do niesienia pomocy innym; jako znak, że być może dotąd człowiek uganiał się za czymś, co nie było tego warte, i że teraz pora ten stan zmienić. Osoba interpretująca tak swoje cierpienie, zwłaszcza starsza, w okresie adolescencji, dużo szybciej zaakceptuje swoją niepełnosprawność czy niedomaganie tak, że stanie się ono tylko cechą opisującą ją – i to wcale nie najważniejszą z cech. Pełne energii dziecko, z poczuciem miłości (a może bycia wybranym?) płynącej ze strony sił ludzkich i nadludzkich może zarażać otoczenie optymizmem, werwą, siłą do życia i stawiania czoła trudnościom.

Podsumowując wszystkie wzmiankowane wywody, przemyślenia i przypuszczenia, należałoby odpowiedzieć na jedno z fundamentalnych pytań ludzkości – PO CO? DLACZEGO? Jaki sens ma cierpienie dla samego dziecka, dla jego otoczenia? Jakie funkcje spełnia? Co daje? Należałoby odpowiedzieć, ale nie zna odpowiedzi człowiek, który choć raz

w życiu nie cierpiał doszczętnie. Najprawdopodobniej, aby kompetentnie odpowiedzieć na te pytania, należy po prostu zacząć bardzo cierpieć. A wtedy zapewne okaże się, że tych prastarych prawd nie da przekazać się tak po prostu - słowami...

(...)

Widzę człowieka jak cały w wypiekach

Powiada nam mądrym się trzymać z daleka

Wszak w czasach przejściowych któż przysiąc gotowy

Co czeka strażników wartości cnót ponadczasowych

I widzę chłystka co na to się ciska

My mądrzy wszystkiemu przypatrzmy się z bliska

Wszak w czasach chaosu zwykły lud żądać stosów

A iskra mądrości być może odmieni bieg losu

Idę więc do nich i mówię że czas jest zawsze

Przejściowy a chaos jest w was...

(...)

[utwór *Astrolog* z repertuaru Jacka Kaczmarskiego]

Literatura cytowana:

Antoszevska, B. (2006). Dziecko z chorobą nowotworową – problemy psychopedagogiczne. Kraków: Impuls.

Barwiński, Ł. (2008). Psychopatia a czynniki ryzyka przestępczości agresywnej dziewcząt i chłopców. I Krakowska Konferencja Psychologii Sądowej, Kraków, 31.05-1.06, 2008.

Bąbel, P. (2005). Lęk jako mechanizm analgetycznego i hiperalgetycznego działania placebo. *Ból*, 4, 6-10.

Bis, M. (2008). Pogotowie opiekuńcze – specyfika oddziaływań psychologicznych i wychowawczych. I Krakowska Konferencja Psychologii Sądowej, Kraków, 31.05-1.06, 2008.

Bishop, G. (2000). Psychologia zdrowia. Wrocław: ASTRUM.

Cackowski, Z. (1995). Ból, lęk, cierpienie. Lublin: UMCS.

Carson, R. C., Butcher, J. N. & Mineka, S. (2005). Psychologia zaburzeń. Gdańsk: GWP.

Kowalewski, L. (2005). Psychologiczna i społeczna sytuacja dzieci niepełnosprawnych. W: I. Obuchowska (red.), Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. (s. 55-100). Warszawa: WSiP.

Kycik, K. (2008). Dlaczego młodociani sprawcy powinni odpowiadać inaczej niż dorośli? Zasadność specyfiki postępowania w sprawach z nieletnimi. I Krakowska Konferencja Psychologii Sądowej, Kraków, 31.05-1.06, 2008.

Łosiak, W. (2007). Informacja własna.

Pecyna, M. B. (2000). Dziecko i jego choroba. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.

Pilecka, W. (2005). Dziecko wobec bólu i cierpienia – jak je rozumie i doświadcza. W: M. Ledzińska, G. Rudkowska & L. Wrona (red.), Psychologia współczesna: oczekiwania i rzeczywistość. (s. 190-202). Kraków: WN AP.

Pilecka, W. (2007). Psychospołeczne aspekty przewlekłej choroby somatycznej dziecka – perspektywa ekologiczna. W: B. Cytowska & B. Winczura (red.), Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne. (s. 13-38). Kraków: Impuls.

Sauer, R. (1993). Dzieci wobec cierpienia. Warszawa: PAX.

Sikora, K. & Trzópek, J. (1999). Narodziny psychologii egzystencjalnej i jej związki z innymi kierunkami w psychologii. W: M. Opoczyńska, (red.), Wprowadzenie do psychologii egzystencjalnej. (s. 79-128). Kraków: WUJ.

Sikora, K. & Trzópek, J. (1999). Specyfika egzystencjalnego ujęcia człowieka w psychologii. W: M. Opoczyńska (red.), Wprowadzenie do psychologii egzystencjalnej. (s. 129-162). Kraków: WUJ.

Szaszkiewicz, M. (2008). Przejawy patologii społecznych w subkulturach młodzieżowych. I Krakowska Konferencja Psychologii Sądowej, Kraków, 31.05-1.06, 2008.

Trempała, J. (2004). Rozwój poznawczy. W: B. Harwas-Napierała & J. Trempała (red.), Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych. (s. 14-43). Warszawa: PWN.

Żółkowska, T. (1994). Rodzina a funkcjonowanie w szkolnej klasie ucznia upośledzonego umysłowo w stopniu lekkim. Szczecin: Wyd. Uniwersytetu Szczecińskiego.