

WŁADYSŁAWA PILECKA

Wyższa Szkoła Pedagogiczna  
w Krakowie

## **Sklonności depresyjne u uczniów z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju w świetle badań testem depresji dla dzieci P. Rossmanna**

Każde bardziej istotne odchylenie w stanie zdrowia i rozwoju dziecka należy uznać za czynnik przekształcający jego aktualne sytuacje życiowe w szczególnego rodzaju sytuacje trudne, które mogą prowadzić do dezorganizacji jego zachowania, a w dalszej konsekwencji mogą zmieniać strukturę i cechy jego osobowości. Choroba, defekt fizyczny, istotne obniżenie inteligencji czy niezwykle zdolności umysłowe mogą stanowić nieustanne źródło frustracji, wyzwalającej negatywne, najczęściej silne emocje. Przegląd badań empirycznych nad rozwojem osobowości dzieci i młodzieży niesprawnej sensorycznie, ruchowo, somatycznie i umysłowo oraz charakteryzujących się wybitnymi zdolnościami (T. Gałkowski i in. 1978; Z. Sękowska, 1991; I. Obuchowska, 1991; W. Pilecka, 1990, 1992; R. Kościelak, 1989; I. Borzym, 1979; T. Żuk, 1984) jednoznacznie przekonuje, że wiele spośród nich ujawnia zakłócenia, a nawet zaburzenia życia uczuciowego, najczęściej o charakterze nerwicowym. Skłonności depresyjne, obok neurotycznych, uważa się za dominujące w obrazie klinicznym wszelkich nieprawidłowości występujących w rozwoju emocjonalno-popędowej sfery osobowości tych dzieci.

Skłonności depresyjne mogą, zgodnie z kryteriami Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R i DSM-IV-R), manifestować się poprzez następujące symptomy:

- obniżenie nastroju,
- znaczną utratę ciekawości i radości,
- psychomotoryczne pobudzenie lub zahamowanie,
- uczucie bezwartościowości, nieuzasadnione poczucie winy,

- trudności z koncentracją,
- uczucie zmęczenia,
- zaburzenia apetytu i snu,
- wyraźny spadek lub przyrost wagi ciała,
- powracające myśli o śmierci i samobójstwie,
- drażliwość,
- lęk przed separacją,
- trudności szkolne.

Jeśli symptomy te pojawiają się w funkcjonowaniu dziecka przez okres co najmniej dwóch tygodni, to można mówić nie tylko o depresyjnych skłonnościach lecz już o wyraźnie występujących zaburzeniach.

Oddzielne kryteria diagnostyczne dla zaburzeń depresyjnych u dzieci ustalił W.A. Weinberg wraz z zespołem współpracowników (za: L. Blöschl, 1992, P. Rossmann, 1990). Są one w dużym stopniu zbieżne z kryteriami przyjętymi przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Autor uznał, iż w zachowaniu dziecka muszą wystąpić dwa objawy osiowe: nastrój dysforyczny i samodeprecjacja, a ponadto dwa lub więcej symptomów brzeżnych, do których zaliczył:

- zachowania prowokacyjne, zaczepne,
- zaburzenia snu,
- zmiany w osiągnięciach szkolnych,
- obniżenie poziomu uspołecznienia,
- zmiana postawy wobec szkoły,
- dolegliwości somatyczne,
- utrata energii,
- niezwykle zmiany apetytu i wagi ciała.

Symptomy te, zdaniem autora, muszą oznaczać wyraźne zmiany w zachowaniu dziecka i muszą występować w okresie dłuższym niż 1 miesiąc.

Praktyczna weryfikacja kryteriów proponowanych przez DSM-III-R i Weinberga (za: P. Rossmann, 1990) pozwoliła ostatecznie przyznać wyższą wartość diagnostyczną tym pierwszym.

Przez długi czas diagnoza zaburzeń depresyjnych opierała się o dane z wywiadu klinicznego i obserwacji klinicznej, w latach osiemdziesiątych w wielu krajach podjęto próby opracowania psychometrycznych narzędzi pomiaru stanów depresyjnych u dzieci. W Austrii na Uniwersytecie Karola Franciszka w Grazu, w Katedrze Psychologii Wychowawczej został opracowany przez P. Rossmanna Test Depresji dla Dzieci. Podstawy przygotowania pierwszej wersji testu stanowiły kwestionariusze publikowane w j. angielskim (między innymi kwestionariusze autorstwa: M. Kovacs, M. Lang i M. Tisher, M.M. Lewkowitz i E.P. Tesing, G.A. Lenart i R. Kohlen i in.).

## Postępowanie badawcze

Celem podjętych badań było poszukiwanie odpowiedzi na trzy zasadnicze pytania:

1. Jak często dzieci z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju ujawniają skłonności depresyjne?
2. Jaka jest ich symptomatologia w zależności od typu odchylenia i płci?
3. W jakim zakresie współwystępują one z innymi zaburzeniami sfery emocjonalnej?

Analiza literatury przedmiotu i dotychczasowych wyników badań pozwala sformułować następujące hipotezy:

1. Dzieci z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju charakteryzują się wyższym poziomem tendencji depresyjnych niż dzieci zdrowe.

2. Symptomatologię skłonności depresyjnych determinuje rodzaj odchylenia i płeć w sposób interakcyjny. Dzieci przewlekle chore, zwłaszcza dziewczęta, najwyższe wyniki osiągają w skali pierwszej, podczas gdy upośledzeni umysłowo, zwłaszcza chłopcy – w skali drugiej, zaś zdolni – w skali trzeciej.

3. Skłonności neurotyczne współwystępują z tendencjami depresyjnymi, ze względu na wspólny komponent niepokoju w obu typach zaburzeń.

Badaniami objęto cztery grupy:

- dzieci przewlekle chore (dotknięte astmą, cukrzycą i chronicznymi chorobami nerek); n=60, w tym: dziewczęta – 30, chłopcy – 30, w wieku 9 – 14 lat,
- dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim, n = 59, w tym: dziewczęta – 31, chłopcy – 28, w wieku 11 – 15 lat,
- dzieci zdolne; n = 61, w tym; dziewczęta – 34, chłopcy – 27, w wieku 9 – 12 lat,
- dzieci zdrowe; n=103, w tym: dziewczęta – 54, chłopcy – 49, w wieku 9 – 14 lat.

Podstawową metodę badań stanowił Test Depresji dla Dzieci P. Rossmanna, w tłumaczeniu W. Pileckiej i H. Wrony-Polańskiej<sup>\*</sup>. Test składa się z 3 skal:

- Dysforia – Samoocena,
- Zachowania prowokacyjne (zaczepne),
- Męczliwość – Reakcje wegetatywne.

Skala pierwsza zawiera 25 pytań dotyczących zaburzeń nastroju i poczucia własnej wartości. Druga skala obejmuje 16 pytań odnoszących się do zachowań agresywnych lub zaczepnych, zaś trzecia – składa się z 14 pytań opisujących utratę energii, aktywności i psychosomatyczne aspekty stanów depresyjnych. Badany udziela odpowiedzi „tak” lub „nie” na każde z pytań. Suma punktów w każdej z trzech skal stanowi podstawę ilościowej i jakościowej oceny stanów depresyj-

---

<sup>\*</sup> Autorki przygotowują polską wersję testu. Prezentowane wyniki stanowią część szerokich badań, które będą stanowić podstawę jej normalizacji i standaryzacji.

nych u danego dziecka. Austriackiej normalizacji dokonano na podstawie badań przeprowadzonych w grupie 2507 uczniów w wieku 9 – 15 lat. Przy obliczaniu norm nie uwzględniono wieku i płci badanych, gdyż nie stwierdzono różnic pomiędzy wyróżnionymi grupami. Normy centylowe obliczono łącznie dla obu płci i wszystkich grup wiekowych. Sam autor testu podkreśla, że być może istotne różnice związane z płcią i wiekiem badanych wystąpiłyby w badaniach przeprowadzonych na dużych grupach dzieci. Dziewczęta osiągały nieznacznie wyższe rezultaty w skali I i III, zaś chłopcy w skali II. Ponadto w dwóch pierwszych skalach najwyższe wyniki średnie uzyskali uczniowie z najstarszych klas.

Rzetelność tekstu oceniono za pomocą współczynnika zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha obliczonego dla każdej skali. I tak dla skali pierwszej „Dysforia – Samoocena” wynosi on 0,86, dla drugiej „Zachowania prowokacyjne” – 0,78, zaś dla trzeciej „Męczliwość – Reakcje wegetatywne” – 0,75. Wszystkie trzy skale korelują ze sobą pozytywnie ( $r_{12} = 0,40$ ,  $r_{13} = 0,54$ ,  $r_{23} = 0,39$  (za: P. Rossmann 1993).

W celu weryfikacji wyników uzyskanych przez polskich uczniów w Teście Depresji posłużono się Kwestionariuszem „Jaki jesteś” w opracowaniu M. Chojnowskiego i E. Skrzypek, który służy do badania jawnego niepokoju jako wyrazu skłonności neurotycznych u dzieci w wieku 9 – 16 lat. Polska wersja składa się z dwóch skal: 40-pytaniowej skali neurotyczności (N) i 9 – pytaniowej skali kłamstwa (K). Skala N (neurotyczności) mierzy skłonności neurotyczne, wyrażające się w niepokojach, zmartwieniach, lękach i troskach oraz w objawach psychosomatycznych, które towarzyszą wymienionym stanom bądź generalnie, bądź w odniesieniu do danej sytuacji. Dzieci, uzyskujące wysokie wyniki, skłonne są do nadmiernej pobudliwości, lęklivosti, a nawet do załamania nerwowego w sytuacjach stresowych. Skala K (kłamstwa) jest skalą kontrolną, która pozwala stwierdzić, czy dziecko odpowiadało szczerze, czy też zatajało rzeczy mogące rzucić na nie ujemne światło. Pytania z tej skali dotyczą tych rodzajów postępowania, które na ogół oceniane są ujemnie (spóźnianie się, kłamanie, nieposłuszeństwo itp.), ale które zdarzają się każdemu dziecku. Wysokie wyniki w tej skali uzyskują dzieci, które chcą uchodzić za lepsze i grzeczniejsze niż są w rzeczywistości.



## Wyniki

Przeprowadzone badania nie pozwalają potwierdzić hipotezy pierwszej, w której założono, iż dzieci z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju częściej niż zdrowe będą ujawniać skłonności depresyjne. Wyniki tabeli 1 przekonują, iż to właśnie uczniowie szkół powszechnych, dobrani losowo, osiągnęli najwyższe wyniki we wszystkich skalach testu. To oni częściej niż przewlekle chorzy, upośledzeni umysłowo czy zdolni ujawniają skłonności depresyjne. Manifestują je przede wszystkim poprzez zachowania zaczepne. W skali drugiej uzyskali bowiem istotnie (0,05) wyższe wyniki niż wszystkie pozostałe grupy. Najmniej symptomów depresyjnych występuje w zachowaniu uczniów zdolnych. Średnie wyników surowych dowodzą, że symptomy depresji można usytuować najczęściej na poziomie przeciętnym, w górnej granicy normy (od 60 do 70 centyla). Jedynie rezultaty dzieci zdrowych w skali drugiej są na tyle wysokie ( $M = 6,62$  tzn. 75,6.c), iż można je uznać za wskaźnik występujących już zaburzeń. Porównanie wartości odchyłeń standardowych przekonuje o większym rozszaniu wyników w grupie uczniów zdrowych. Tak więc niektórzy spośród nich uzyskali wyniki niskie, inni zaś wysokie, jednoznacznie sugerujące pojawienie się symptomów depresji.

Tabela 2

Średnie i odchylenia standardowe wyników uzyskanych przez chłopców i dziewczęta z poszczególnych grup w trzech skalach Testu Depresji dla Dzieci

Dzieci	Dysforia\ samoocena		Zachowania prowokacyjne		Męczyliwość\ Reakcje wegetatywne	
	M	OS	M	OS	M	OS
Zdrowi chłopcy	7,33	5,68	7,57	3,25	4,67	3,01
Zdrowe dziewczęta	8,11	6,10	5,76	3,78	5,10	3,49
Upośledzeni chłopcy	5,96	4,57	5,50	2,60	3,86	2,21
Upośledzone dziewczęta	7,81	5,21	4,39	2,45	3,74	2,57
Zdolni chłopcy	5,56	5,48	5,52	4,90	3,70	2,49
Zdolne dziewczęta	5,71	4,80	2,85	2,57	3,94	2,50
Chorzy chłopcy	5,87	4,55	4,50	2,41	3,49	2,31
Chore dziewczęta	7,87	5,23	4,10	2,37	3,64	2,38

**Tabela 2a**  
**Poziom istotności różnic wyników uzyskanych przez dzieci przewlekłe chore, upośledzone umysłowo, zdolne i zdrowe w trzech skalach Testu Depresji dla Dzieci (różnice płci)**

Dzieci	Dysfonia Samoocena												Zachowania zstępne (provokacyjne)												Wrażliwość i Reakcje wegetatywne											
	i				t				i				t				i				t				i				t							
	Z Ch	Z Dz	U Ch	U Dz	Zd Ch	Zd Dz	Ch Ch	Ch Dz	Z Ch	Z Dz	U Ch	U Dz	Zd Ch	Zd Dz	Ch Ch	Ch Dz	Z Ch	Z Dz	U Ch	U Dz	Zd Ch	Zd Dz	Ch Ch	Ch Dz	Z Ch	Z Dz	U Ch	U Dz	Zd Ch	Zd Dz	Ch Ch	Ch Dz				
Zdrowi chłopcy	0,61 n.s.	0,77 n.s.	0,17 n.s.	0,98 n.s.	0,98 n.s.	0,74 n.s.	1,12 n.s.	1,59 n.s.	1,31 n.s.	1,09 n.s.	1,27 n.s.	2,41 p.i. <0,05	2,39 p.i. <0,05	1,07 n.s.	0,59 n.s.	0,76 n.s.	0,88 n.s.	1,09 n.s.	1,22 n.s.	1,22 n.s.	1,09 n.s.	0,88 n.s.	0,95 n.s.	1,30 n.s.												
Zdrowe dziewczęta																																				
Upośledzeni chłopcy				0,27 n.s.	0,27 n.s.	0,21 n.s.	0,11 n.s.			0,99 n.s.	0,01 n.s.	2,13 p.i. <0,05	1,17 n.s.	0,83 n.s.			0,18 n.s.	1,09 n.s.	0,14 n.s.	0,14 n.s.	0,18 n.s.	1,09 n.s.	0,31 n.s.	0,13 n.s.												
Upośledzone dziewczęta																																				
Zdolni chłopcy				0,11 n.s.	0,11 n.s.	0,26 n.s.	1,51 n.s.				2,57 p.i. <0,05	1,16 n.s.	2,12 p.i. <0,05				0,30 n.s.	0,52 n.s.	0,52 n.s.	0,52 n.s.	0,30 n.s.	0,52 n.s.	0,25 n.s.	0,25 n.s.												
Zdolne dziewczęta																																				
Chorzy chłopcy																																				
Chore dziewczęta							1,38 n.s.																								0,27 n.s.					

W prezentowanych badaniach, podobnie jak w badaniach austriackich, zasadniczo nie stwierdzono różnic związanych z płcią. Dziewczęta i chłopcy ze wszystkich grup, z wyjątkiem zdolnych uczniów, osiągnęli zbliżone rezultaty w trzech wyróżnionych skalach testu. Zdolni chłopcy uzyskali znacząco wyższe wyniki ( $M = 5,52$ ) niż ich rówieśnice ( $M = 2,85$ ) w drugiej skali „Zachowania prowokacyjne” ( $p.i. < 0,05$ ). Największe podobieństwo osiągnięć daje się zauważyć w skali trzeciej „Męczliwość – Reakcje wegetatywne”, zaś największe rozbieżności – w skali drugiej. Dziewczęta, zwłaszcza zdrowe, częściej manifestują symptomy zaburzeń nastroju i samooceny, natomiast chłopcy szczególnie zdrowi – zachowania zaczepne. Średnia wartość wyników tych ostatnich pozwala przypuszczać, że niektórzy spośród nich cierpią na wyraźne zaburzenia typu depresyjnego.

**Tabela 3**

Współczynniki korelacji wyników w Teście Depresji dla Dzieci i w Kwestionariuszu „Jaki jesteś”

Dzieci	Zdrowe	Przewlekłe chore	Upośledzone umysłowo	Zdolne
Dysforia\ samoocena	0,86	0,90	0,92	0,92
Zachowanie zaczepne (prowokacyjne)	0,83	0,78	0,87	0,87
Męczliwość\ reakcje wegetatywne	0,82	0,83	0,87	0,86

Wartości współczynników korelacji pomiędzy wynikami w Teście Depresji i Kwestionariuszu „Jaki jesteś” jednoznacznie przekonują o współwystępowaniu skłonności depresyjnych i neurotycznych. Najsilniejsza zależność rysuje się pomiędzy dysforią i niskim poczuciem wartości a jawnym niepokojem. Wyraźnie silniejsze powiązania pomiędzy wyróżnionymi zmiennymi występują w grupach dzieci z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju niż w grupie dzieci zdrowych.

## Dyskusja

W prezentowanych badaniach nie została potwierdzona hipoteza pierwsza o częstszym występowaniu skłonności depresyjnych u dzieci z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju. Wzmoczone skłonności do depresyjnego reagowania ujawniają uczniowie zdrowi, zwłaszcza chłopcy. Symptomatologia tych tendencji obejmuje głównie reakcje i zachowania prowokacyjne, wyrażające się w negacji obowiązków, w aroganckich wypowiedziach, w ukrywaniu przed otoczeniem swoich zamiarów wyrządzenia komuś krzywdy i przykrości, w reakcjach gniew-

nych i destrukcyjnych czy w niepotrzebnym błaznowaniu. Dzieci z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju prezentują przeciętny poziom depresyjności, w której dominują: obniżenie nastroju, poczucie mniejszej wartości oraz zaburzenia o charakterze wegetatywnym. Te ostatnie stanowią osiowy symptom tendencji depresyjnych u dzieci zdolnych.

Nieoczekiwany układ wyników dowodzi, że w populacji dzieci zdrowych znajdują się osoby o prawidłowo rozwijającej się osobowości oraz osoby o bardzo wyraźnych zaburzeniach typu depresyjnego. Uczniowie z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju, zwłaszcza dzieci przewlekłe chore i upośledzone umysłowo, stanowią bardziej homogeniczne grupy, ich skłonności depresyjne należałoby określić jako „nieznacznie nasilone”. Można powiedzieć, iż charakteryzują się oni stałą gotowością do depresyjnego reagowania na bodźce działające z zewnątrz. Większość sytuacji oraz obiektów świata materialnego i społecznego ma dla tych dzieci wysoką wartość emocjonalną, którą same im przypisują percepując otoczenie przez pryzmat swoich potrzeb, oczekiwań, stojących przed nimi zadań i trudności związanych z ich realizacją. Trzeba również pamiętać o tym, iż dzieci o nietypowym rozwoju są bardzo często otoczone opieką specjalistów. Biorą udział w różnorodnych zajęciach i spotkaniach terapeutycznych, więcej uwagi poświęca im nauczyciel i wychowawca okazując wsparcie w sytuacjach trudnych. Zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa i pomoc w aktualizacji potencjalnych możliwości chroni skutecznie przed wystąpieniem niekorzystnych zmian w ich rozwoju. Dzieci zdrowe często same, drogą prób i błędów, szukają rozwiązania trudnych sytuacji. Jeśli sytuacje te stanowią układ bodźców silnie traumatyzujących, czyli takich, które równocześnie zakłócają czynności i zagrażają poczuciu własnej wartości oraz (lub) potrzebie bezpieczeństwa, to dziecko nie potrafi się skutecznie bronić przed ich negatywnym wpływem gdyż nie ma jeszcze odpowiednio ukształtowanych mechanizmów przystosowawczych. Sytuacje te, jak twierdzi I. Obuchowska (1981), mogą oddziaływać w dwojaki sposób: w postaci długotrwałego kumulowania się negatywnych doświadczeń, splatających się z procesem psychicznego rozwoju dziecka lub też w postaci jednostkowego przeżycia o dużym ładunku emocji. Wcześniej czy później spowodują one zaburzenia w rozwoju jego osobowości, najczęściej o charakterze nerwicowym.

Hipoteza druga mówiąca o zależności symptomów skłonności depresyjnych od typu odchylenia w stanie zdrowia i rozwoju oraz płci badanych została zweryfikowana pozytywnie. Dzieci przewlekłe chore manifestują głównie obniżenie nastroju, poczucie mniejszej wartości oraz reakcje wegetatywne, dzieci upośledzone umysłowo - zachowania prowokacyjne i reakcje ze strony układu autonomicznego, zaś zdolne - reakcje wegetatywne. Prawidłowość ta znajduje pełne uzasadnienie w literaturze przedmiotu.

Choroba przewlekła jako szczególny rodzaj sytuacji trudnej jest źródłem przykrych, powtarzających się wielokrotnie doświadczeń, które powodują obniżenie nastroju, niekiedy aż do stanów depresyjnych. Badania empiryczne nad roz-

wojem osobowości dzieci i młodzieży przewlekłe chorych pozwoliły skłonności depresyjne uznać za charakterystyczne cechy ich osobowości.

Emocjonalne podłoże reakcji gniewnych jednostek upośledzonych umysłowo stanowi nadmierne pobudzenie wewnętrzne, powodujące niespokojne, ruchliwe zachowanie oraz nieumiejętność radzenia sobie z nadekscytacją. Jeśli znajdują się w środowisku, w którym są pozbawieni życzliwości, uwagi i zainteresowania, a w którym okazuje się im lekceważenie i traktuje się ich gorzej, to próbują swoją pozycją poprawić poprzez akty autodestrukcji lub agresji selektywnej. Agresja upośledzonych umysłowo nosi znamiona reakcji defensywnych czy odwetowych, wynika głównie z konieczności obrony przed innymi (Z. Bartkowicz, 1984).

Dzieci zdolne określa się jako silnie zneurotyzowane, o słabszej kontroli wewnętrznej, emocjonalnie niedojrzałe, charakteryzujące się wyższym od rówieśników poziomem napięcia nerwowego, którego źródeł upatrywać można w zagrożeniu potrzeby bezpieczeństwa (lęk przed utratą wysokiej pozycji społecznej w grupie szkolnej). Opisany wzór reagowania emocjonalnego wyzwała silne reakcje fizjologiczne, dające w konsekwencji symptomy wzmożonej męczliwości i zaburzeń wegetatywnych.

Hipoteza trzecia zakładająca współwystępowanie stanów depresyjnych z innego rodzaju nieprawidłowościami w strukturze osobowości dzieci o nietypowym rozwoju również została potwierdzona. Znajduje ona swe uzasadnienie w tych rozważaniach teoretycznych, które mówią o nieswoistości objawów różnych zaburzeń rozwoju osobowości u dzieci i związanych z tym faktem trudnościach diagnostycznych. Badania zespołu H. Spionek (1973) dowiodły, że u dzieci najczęściej występują zaburzenia nerwicowe o charakterze polisymptomatycznym. Ponadto przyjęcie lęku za objaw osiowy wszelkich odchyłeń o charakterze nerwicowym, powoduje występowanie zbliżonych dolegliwości w różnych typach zaburzeń. Wysokie wartości współczynników korelacji pomiędzy wynikami w pierwszej podskali „Dysforia – samoocena” i rezultatami w kwestionariuszu „Jaki jesteś” przekonują o dominacji triady: lęk, dysforyczne zaburzenia nastroju i niska samoocena w obrazie klinicznym zaburzeń nerwicowych u dzieci z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju. Podobną prawidłowość opisuje P. Rossmann w podręczniku testu – osiągnięcia 549 uczniów w skali neurotyzmu korelują z efektami w pierwszej podskali na poziomie 0,76.

Przedstawione rozważania i formułowane na ich podstawie konkluzje należy odnosić wyłącznie do badanych grup. Nie dokonano bowiem polskiej walidacji skali. Badania, które będą stanowić podstawę standaryzacji i normalizacji Testu Depresji dla Dzieci w warunkach polskich są w toku.

## Literatura

- Bartkowicz Z., *Nieletni z obniżoną sprawnością umysłową w zakładzie poprawczym*, UMCS, Lublin 1984
- Blöschl L., *Depresja u dzieci i młodzieży – aktualne trendy w badaniach psychologicznych i w terapii*, Nowiny Psychologiczne 3, 1992
- Borzym I., *Wybrane cechy funkcjonowania intelektualnego osób zdolnych w różnym wieku a ich postępy w nauce*, Psychologia Wychowawcza 4, 1983
- Gałkowski T., Kunicka-Kaiser I., Smoleńska J., *Psychologia dziecka głuchego*, PWN, Warszawa 1978
- Kościelak R., *Psychologiczne podstawy rewalidacji upośledzonych umysłowo*, PWN, Warszawa 1989
- Obuchowska I., *Dynamika nerwic*, PWN, Warszawa 1981
- Obuchowska I., (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP Warszawa 1991
- Pilecka W., *Dynamika rozwoju psychicznego dzieci chorych na astmę i mukowiscydozę*, Wyd. Nauk. WSP, Kraków 1990
- Pilecka W., *Psychologiczne problemy dzieci przewlekle chorych i kalekich*, [w:] *Rewalidacja dzieci przewlekle chorych i kalekich*, W. Pilecka i J. Pilecki, Wyd. Nauk. WSP, Kraków 1992
- Rossmann P., *Symptoms of depression in childhood and the internal structure of a recently developed Austrian Depression Scale For Children*, [in:] *The scientific dialogue: From basic research to clinical intervention*, H.G. Zapotoczky, T. Wenzel (eds.), Sweta/Zeitlinger, Amsterdam 1990
- Rossmann P., *Depressionstest für Kinder*, Verlag Hans Huber, Bern 1993
- Sękowska Z., *Przystosowanie społeczne młodzieży niewidomej*, WSiP, Warszawa 1991
- Spionek H., *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*, PWN, Warszawa 1973
- Żuk T., *Profile osobowości uczniów o zróżnicowanym poziomie zdolności*, Psychologia Wychowawcza 4, 1984