

Dr Kasper Sipowicz  
*Akademia Pedagogiki Specjalnej  
im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie  
Katedra Interdyscyplinarnych Studiów  
nad Niepełnosprawnością*

Dr hab. Tadeusz Pietras, prof. UM  
*Uniwersytet Medyczny w Łodzi  
Zakład Farmakologii Klinicznej  
I Katedry Chorób Wewnętrznych*

## Wielowymiarowe ujęcie zdrowia – studium teoretyczne

*Błogosław, duszo moja, Panu,  
I nie zapominaj wszystkich dobrodziejstw Jego!  
On odpuszcza wszystkie winy twoje,  
Leczy wszystkie choroby twoje (Ps. 103, 2-3 BW).*

### Wstęp

Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization*, WHO) zdefiniowała zdrowie jako stan pełnego dobrostanu w wymiarze: fizycznym, umysłowym i społecznym (Herzyk, 2005; Sęk, 2005). *Ipsa facto* zdrowym jest ten, kto zachowuje dobre samopoczucie w rzeczonych trzech dymensjach. Mamy zatem do czynienia z jawnym odejściem od dotychczasowego paradygmatu socjomedycznego na rzecz socjoekologicznego, który jest tożsamy z holizmem (Heszen, Sęk, 2007). Ten pogląd filozoficzny opracowany przez południowoafrykańskiego polityka, Jana Smutsa, w latach 20. XX wieku głosi, że określone fenomeny można wyjaśnić jedynie uwzględniając całość zjawiska, a nie li tylko jego części składowe (Mainzer, 2007).

Współczesne nauki medyczne dostrzegają, że istota ludzka to coś znacznie więcej aniżeli procesy biochemiczne zachodzące w ludzkim organizmie. Człowiek doświadcza emocji, uczuć i stanów obcych innym istotą żywym. Krańcowy dowód potwierdzający tę tezę stanowi akt samobójstwa (Kapusta, 2010). Do tego czynu nie są zdolne zwierzęta, gdyż nie stawiają sobie pytań egzystencjalnych. Jedynie przedstawiciele *homo sapiens* od zarania dziejów dręczą odwieczne, a zarazem fundamentalne pytania: Dlaczego jestem na świecie?

Czy moje życie ma sens? Czy mam bezpośredni wpływ na to, co mi się przydarza? Osoba wierząca z łatwością znajdzie odpowiedź na te dylematy. Jednak w obecnych czasach, charakteryzujących się podważaniem i negowaniem uniwersalnych wartości, nie brakuje osób wątpiących i poszukujących sensu życia. Wobec tego można postawić tezę, że sferą zdrowia człowieka powinien zajmować się interdyscyplinarny zespół, w skład którego wchodziłoby: lekarz, psycholog oraz osoba duchowna (np. spowiednik, w zależności od wyznania) (Witusik i wsp., 2015). Według współczesnej wielowymiarowej koncepcji zdrowia oznacza ono nie brak choroby, lecz dobrostan: somatyczny, psychiczny, społeczny, ekonomiczny i duchowy (Heszen, Sęk, 2007). O świecie duchowym często zapomina się. Człowiek pozbawiony dobrostanu duchowego nie może cieszyć się pełnią zdrowia, tak jak osoba z zaburzeniami psychicznymi czy też chorobami somatycznymi. Zdrowie duchowe osiągają osoby z tzw. poczuciem koherencji, na które składają się wymiary: zrozumiałości, sensowności i sterowalności (Antonovsky, 2005). Zrozumiałość to odczucie rozumienia otaczającego świata (nie jest ważne, czy jest to rozumienie mnicha buddyjskiego, czy duchownego katolickiego). Sensowność to z kolei poczucie sensu własnego życia, które wielu osobom daje wiara. Natomiast sterowalność oznacza wewnętrzne poczucie atrybucji, lokowanie własnej skuteczności w życiu w sobie, a nie w otoczeniu zewnętrznym. To także często postępowanie wbrew woli większości w imię wyznawanego przez siebie systemu wartości.

### 1. Depresja czy choroba duszy?

Żyjemy obecnie w zglobalizowanym świecie. Najdalsze zakątki Ziemi są na wyciągnięcie ręki. To z kolei przyczynia się do wymiany informacji, przenikania kultur oraz chaosu informacyjnego. Media neoliberalne kreują przy tym przekaz, w którym człowiek wyznający i kierujący się wartościami chrześcijańskimi jest przedstawiany jako swoistego rodzaju anachronizm. Sponują one, iż bycie katolikiem stanowi symbol zaściankowości i wsteczności myślenia (Stanisławczyk, 2015). *Notabene* analogiczny mechanizm nie jest stosowany np. wobec muzułmanów, co z pewnością zostałoby odebrano jako brak tolerancji. Odwieczny kręgosłup moralny Europejczyka, zbudowany na możeszowym Dekalogu, został zastąpiony przez humanistyczną etykę, która jednak nie jest w stanie zaspokoić potrzeb duchowych wszystkich ludzi. Wybitny religioznawca Mircea Eliade (2007, s. 5) skonstatował, że „człowiek bez religii nie byłby już człowiekiem”. Na potwierdzenie tej tezy przytoczył argument, iż „(...) sacrum jest elementem w strukturze świadomości, nie zaś etapem w jej historii” (Eliade, 2007, s. 31). Zatem potrzeba więzi i obcowania z bytem transcendentnym jest immanentnie przypisana rodzajowi ludzkiemu. Tymczasem od zakończenia II wojny światowej obserwujemy w kulturze szeroko pojętego Zachodu konsekwentny proces wypierania filozofii chrześcijańskiej ze sfery publicznej jakoś czegoś „wstydliwego”. Nie ulega wątpliwości, że kultura Europy została zbudowana w oparciu o różne nurty filozofii chrześcijańskiej i o tradycję antyczną (Kołakowski, 2006). Doceniając

różnorodność ujęć filozoficznych człowieka, rozmaite koncepcje ontologiczne i epistemologiczne, należy podkreślić, że to na dorobku św. Augustyna i św. Tomasza z Akwinu zbudowano filozoficzne podstawy tożsamości europejskiej (Augustyn Św., 2010; Granat, 1985). Aberracje systemu filozoficznego dorobku Europy powstały jako bunt przeciw filozofii chrześcijańskiej (np. marksizm). Doprowadziły one do niewyobrażalnych zbrodni (Acton, 2013; Courtois, 2017). Negowanie znaczenia dorobku myśli chrześcijańskiej w kulturze starego kontynentu doprowadza do sytuacji, w której to osoba wierząca jest osobliwym indywiduum odbiegającym od niewierzącej normy (Stanisławczyk, 2015). Owi ludzie, wyzuci ze sfery sacrum, odczuwają dojmującą pustkę. Daje ona o sobie znać poprzez odczuwanie zwątpienia, utratę sensu dalszej egzystencji, anhedonię, a nawet myśli suicydalne. Te objawy są charakterystyczne dla najczęstszej choroby psychiatrycznej doby XXI wieku, jaką jest depresja (Bobińska, Gałęcki, 2017, s. 17n). Rzecz jasna mała religijność lub jej brak nie jest i nie może być traktowana jako jedyna przyczyna stanów obniżonego nastroju. Jednakowoż wiara stanowi ważny sposób radzenia sobie ze stresem choroby. Z punktu widzenia psychologii zdrowia zasób ten jest ważną składową higieny (salutogenezy). Trzeba zauważyć, że procesy patogenezy (powstawania choroby) są szeroko eksplorowane przez biochemię, fizjologię, patologię i psychologię kliniczną. Zasobami odporności na rozwój choroby zajmuje się psychologia zdrowia (Heszen, Sęk, 2007). Higieny stanowi rzadko przedmiot zainteresowania nauk biomedycznych, psychologii i socjologii medycyny (Witusik i wsp., 2015).

Wyznawany system wartości głęboko zinterioryzowany ze strukturą osobowości może przestać pełnić funkcję regulacyjną w przypadku pogwałcenia owego systemu wartości (Cervone, Pervin, 2011). Podstawową wartością regulowaną w strukturze osobowości jest dobra samoocena Ja. Rozbieżność pomiędzy poznawczą siecią obrazu siebie a narzuconym, odmiennym sposobie postrzegania świata może stać się przyczyną zaburzeń psychicznych. Na styku różnic pomiędzy tym, co reprezentuje Ja, a tym, co narzuca wola większości wbrew Ja, rodzi się silny stres (Terelak, 2008). Do zaburzeń psychicznych prowadzi niekiedy postępowanie wbrew własnemu sumieniu. Sztandarowy przykład stanowi tutaj Zespół Stresu Pourazowego (PTSD - *Posttraumatic Stress Disorder*) zdiagnozowany u kobiet, które poddały się zabiegowi aborcji. Trauma po usunięciu ciąży, a zatem zabiciu własnego dziecka – drugiego człowieka, przekracza zdolności adaptacyjne danej osoby (Sipowicz, Najbert, Pietras, 2017). Niektórzy badacze określają to zjawisko mianem syndromu postaborcyjnego (Foa, 2015; Ślipko, Starowieyski, Muszala, 2010). Wstrząsające świadectwo kobiety, która rozważa dokonanie aborcji, opisała wysmienita włoska dziennikarka i pisarka Oriana Fallaci. Jest to relacja unikalna, ponieważ autorka przedstawiła w niej swoje własne rozterki moralne. Warto przytoczyć fragment jej rozważań, w którym w sposób wręcz poetycki uzasadnia konieczność urodzenia dziecka:

*Odwagi dziecko. Myślisz, że nasienie drzewa nie potrzebuje odwagi, żeby zacząć kiełkować? Wystarczy powiew wiatru, żeby je porwać, łapka myszy, żeby je zgnieść. A jednak kiełkuje i mocno się trzyma, i rośnie, rozsiewając inne nasiona. I staje się lasem. Jeśli któregoś dnia krzykniesz: „Po co*

wydałaś mnie na świat, po co?", odpowiem ci: „Zrobiłam to, co robią i robiły drzewa przez miliony lat przede mną, i uważam, że zrobiłam dobrze” (Fallaci, 2017, s. 12).

Jednakże nie wszystkie kobiety decydują się dać nowe życie. Część z nich po zabiegu usunięcia ciąży doświadcza – wspomnianego wyżej – Zespołu Stresu Pourazowego. Jego objawy nasilają się pod wpływem bodźców zewnętrznych, takich jak np. widok matki z dzieckiem lub kobiety w zaawansowanej ciąży. Należy zwrócić uwagę, iż pacjentkom z tego rodzaju zaburzeniami często nic nie dolega pod względem somatycznym. Zatem postępowanie wbrew własnemu sumieniu przyczyniło się do wyindukowania zaburzeń psychicznych.

## 2. Wielowymiarowy aspekt niepełnosprawności

Paradygmat biopsychospołeczny pojmowania zdrowia zmienił także sposób, w jaki definiuje się niepełnosprawność (Dolińska-Zygmunt, 1996). WHO już w 1980 roku wprowadziło cztery kategorie niepełnosprawności (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*), implementując model stworzony przez amerykańskiego socjologa, Saada Z. Nagiego (Kirenko, 2006). Wyodrębnił on następujące składowe niepełnosprawności: patologię, uszkodzenie, ograniczenie funkcjonowania i niepełnosprawność. Obecnie obowiązująca Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), opracowana również przez WHO, nie posługuje się już terminem „patologia”, gdyż zgodnie z paradygmatem humanistycznym ujęcia niepełnosprawności samo pojęcie „normy” zostało zniesione. Dlatego też autorzy klasyfikacji ICF opracowali nową koncepcję definiującą fenomen niepełnosprawności. Rozróżnia ona trzy elementy: uszkodzenie (*impairment*), niepełnosprawność (*disability*) oraz upośledzenie społeczne (*handicap*). Gwoli ścisłości należy nadmienić, że w języku polskim brakuje świadomości rozróżniania wyżej wymienionych elementów. W polskiej myśli pedagogiki specjalnej dominuje pogląd, że niepełnosprawność rozwija się na styku fenomenu biologicznego i konstruktów społecznych (Witusik i wsp., 2005). Ten ostatni oznacza, że z fenomenem niepełnosprawności mamy do czynienia w momencie, kiedy społeczeństwo przypisze osobę do zbioru ludzi niepełnosprawnych. Istnieją dwa ujęcia owego konstrukcjonizmu. Joanna Głodkowska (2015) propaguje koncepcję autorstwa (autokreacji) własnego życia osoby z niepełnosprawnością, wykorzystując dorobek personalizmu chrześcijańskiego. Z kolei Amadeusz Krause (2010), nawiązując do świeckich idei pedagogiki niemieckiego obszaru językowego, sformułował humanistyczny paradygmat niepełnosprawności. W jego skład wchodzi cztery mikroparadygmaty: społeczny paradygmat niepełnosprawności, paradygmat normalizacyjny, paradygmat emancypacyjny oraz paradygmat jakościowy (interpretatywny). Pierwszy z nich oznacza, że fenomen niepełnosprawności nie tylko jest skonstruowany społecznie, lecz także podlega interpretacji społecznej. Natomiast przez paradygmat normalizacyjny rozumie się depatologizację niepełnosprawności. Paradygmat emancypacyjny oznacza znów odzyskanie

sprawności utraconej w wyniku nieumiejętnego wsparcia, marginalizacji lub piętnowania. Ostatni z wymienionych mikroparadygmatów to wyzwolenie pedagogiki specjalnej spod jarzma myślenia biomedycznego, wykorzystującego badania populacyjne na dużych próbach, weryfikowane metodami statystycznymi (Krause, 2010).

Należy zwrócić uwagę, że zarówno koncepcja Głodkowskiej (2015), jak i Krausego (2010) przesuwają myślenie o niepełnosprawności z obszaru choroby w kierunku wielowymiarowego rozumienia zdrowia. Takie salutogenetyczne myślenie o niepełnosprawności zdejmuje odium patologii z osób „innych” na rzecz uczestnictwa i akceptacji. Wbrew pozorom myśl taka w polskiej pedagogice specjalnej znana jest od dawna choćby z dorobku Marii Grzegorzewskiej (1964) czy siostry Róży Czackiej (Mazowiecki, 1987) – założycielki Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi. Warto w tym miejscu przytoczyć myśl Grzegorzewskiej, która skonstatowała, że „nie ma kaleki, jest człowiek”.

### **3. Styl życia jako podstawowy czynnik kształtujący zdrowie**

Według paradygmatu biopsychospołecznego zdrowia i choroby nie można traktować jako kategorii przeciwstawnych i opozycyjnych względem siebie (Dolińska-Zygmunt, 1996). Zdrowie i choroba stanowią continuum, spektrum, w którym każdy człowiek znajduje się w określonym momencie życia. Przesuwanie się człowieka w kierunku choroby oznacza pogorszenie stanu zdrowotnego, w kierunku zdrowia zaś jego poprawę. Zadaniem psychologii klinicznej, psychologii zdrowia i medycyny zapobiegawczej jest dążenie, aby jak największa liczba ludzi przesuwiała się na tym continuum w stronę zdrowia (Bzdęga, Gębska-Kuczerowska, 2010). Należy zadać pytanie, czy działania te są skuteczne. Odpowiedź brzmi tak, wbrew obiegowej opinii, że żywność i powietrze są zatrute wytworami cywilizacji. Ludzie żyją co raz dłużej, osiągając względny dobrostan. Średni wiek życia mężczyzn w Polsce przekroczył 70 lat, a kobiet 80 (Bzdęga, Gębska-Kuczerowska, 2010). Zawdzięczamy to profilaktyce pierwszej, drugiej i trzeciej fazy. Profilaktyka pierwszej fazy oznacza promocję prozdrowotnego stylu życia u osób zdrowych. O skuteczności profilaktyki tej fazy decyduje świadomość zdrowotna rodzin pochodzenia oraz edukacja w szkole. Profilaktyka drugiej fazy to nadzór nad grupami ryzyka np. regularne badanie piersi przez lekarzy i same pacjentów w rodzinach, w których były stwierdzone zachorowania na tę postać nowotworu. Profilaktyka trzeciej fazy to działanie pionu medycznego oznaczające leczenie osób już chorych. Według badań Lalonda za 50% wariacji stanu zdrowia społeczeństwa odpowiedzialny jest styl życia. Medycyna naprawcza zaś odpowiada tylko za 10-20% wariacji stanu zdrowia populacji (Jędrychowski, 2010). Należy w tym miejscu postawić pytanie, czym ów styl życia jest. Przez styl życia współczesna psychologia rozumie sposób zachowania się podmiotu powstały w wyniku interakcji czynników osobowościowych (w tym temperamentalnych) z czynnikami uczenia społecznego (Strelau, 2015). Styl życia oznacza to, w jaki sposób żyjemy się, pracujemy, odpoczywamy oraz jakie preferujemy system wartości. Promocja prozdrowotnego stylu życia determinuje

przesuwanie się większości ludzi na continuum zdrowie-choroba w kierunku tego pierwszego (Dolińska-Zygmunt, 1996). Konstrukt stylu życia został sformułowany przy badaniach nad czynnikami ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Oprócz podwyższonego stężenia cholesterolu, cukrzycy, palenia tytoniu, czynnikiem ryzyka choroby niedokrwiennej okazał się tzw. wzór zachowania A. Oznacza on rywalizację, pośpiech, brak czasu, głośne mówienie i tendencje do osiągnięcia sukcesów (Wrześniewski, Włodarczyk, 2004).

Szczególną rolę w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych odegrały badania epidemiologiczne. Dzięki nim udało się określić czynniki ryzyka wielu chorób (Jędrychowski, 2010). Znany czynnik ryzyka umożliwia taką modyfikację stylu życia, aby ograniczyć wpływ tegoż czynnika na ludzi, i przez to zapobiegać chorobie. Szczególnie znanym przykładem badania czynników ryzyka i zmiany stylu życia całego społeczeństwa był słynny eksperyment Północnej Karelii. W tym regionie Finlandii obserwowano największą umieralność z powodu chorób układu krążenia. W celu poprawy zdrowotności fińskiego społeczeństwa wprowadzono zmianę stylu życia całej populacji tego kraju. Obszar oddziaływania obejmował szkoły, zakłady pracy, poradnie, samorzady i organizację samorządową. Zmieniono sposób żywienia (uczono gospodynie przyrządzania zdrowych potraw), promowano ruch i aktywność fizyczną. Zastąpiono masło tłuszczami nienasyconymi i olejami roślinnymi oraz ograniczono spożywanie słodczy. Efektem projektu Północnej Karelii jest obecnie mała umieralność mieszkańców tego regionu na choroby układu krążenia. Eksperyment ten jest pośrednio dowodem na to, że styl życia odgrywa kluczową rolę w formowaniu stanu zdrowia społeczeństwa (Jędrychowski, 2010).

#### 4. Metody pomiaru zdrowia

Nauki biomedyczne, w tym psychiatria, za osobę zdrową uznają taką, która nie posiada symptomów choroby. Celem określenia stanu zdrowia społeczeństwa wykonywane są badania profilaktyczne i badania przesiewowe (Jędrychowski, 2010). Myślenie medyczne nie uwzględnia faktu wielowymiarowości fenomenu zdrowia oraz bycia w continuum wymiaru zdrowie-choroba (Dolińska-Zygmunt, 1996). Zgodnie z paradygmatem biopsychospołecznym opracowano wiele narzędzi psychometrycznych do pomiaru w psychologii zdrowia (Juczyński, 2009). Narzędzia te są dostępne w Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Osobami szczególnie zasłużonymi w normalizacji i standaryzacji tych narzędzi jest Zygfryd Juczyński i Nina Ogińska-Bulik (2009). Narzędzia te mierzą wybrane aspekty zdrowia i choroby. Nie opracowano do tej pory narzędzia psychometrycznego pomiaru zdrowia uwzględniającego aspekt psychiczny, somatyczny, ekonomiczny, społeczny i duchowy. Konstruktem zbliżonym do pojęcia zdrowia jest konstrukcja jakości życia. Przykładem narzędzia pomiaru tego zjawiska jest Kwestionariusz SF-36 (Tylka, Piotrowicz, 2009). Należy jednak pamiętać, że fenomen jakości życia bierze pod uwagę wyłącznie element subiektywnego samopoczucia, które może być nieadekwatne wobec obiektywnych estymatorów zdrowia

versus choroby. Przykład stanowić może hipomania, w przebiegu której jakość życia polepsza się mimo obiektywnie pogarszającego się stanu zdrowia psychicznego. Nie ma jednak na rynku narzędzi psychometrycznych lepszych metod pomiaru całościowej oceny zdrowia niż narzędzia oceny jakości życia. Nasz pogląd może wydawać się kontrowersyjny, gdyż – jak wspomniano – konstrukt jakości życia jest czymś innym niż konstrukt zdrowia. Gwoli ścisłości trzeba dodać, że jeżeli zsumujemy jakość życia z biomedyczną oceną jakości stanu zdrowia, to uzyskamy względnie obiektywny obraz zdrowia podmiotu w ujęciu wielowymiarowym. Takie podejście jest naszym zdaniem słuszne w idiograficznej ocenie stanu zdrowia pojedynczego człowieka. Medycyna i psychologia w ostateczności zajmują się jednostką (aspekt idiograficzny), co stoi w opozycji wobec wyników badań naukowych przeprowadzonych na zbiorowościach, które mają wyraźny charakter nomotetyczny (Paluchowski, 2001; Stemplewska-Żakowicz, 2009). Ujęcie personalistyczne osoby oraz głęboko rozumiany humanizm wymaga, aby wnioski płynące z podejścia nomotetycznego wykorzystać dla dobra konkretnego człowieka.

### **Zakończenie**

Zdrowie stanowi fenomen wielowymiarowy, uwzględniający wiele zmiennych możliwych do badania na gruncie różnych nauk, w tym nauki o duchowości. Zatem podejście wobec konstruktów zdrowia powinno być polem współpracy specjalistów z różnych dziedzin nauki. Dopiero interdyscyplinarne spojrzenie na konstrukt zdrowia daje obiektywne jego rozumienie jako zasobu i wartości obecnych w życiu każdego człowieka.

### **Bibliografia:**

- Acton E. (2013), *Rosja. Dziedzictwo caratu i władzy radzieckiej*, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Antonovsky A. (2005), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Augustyn Św. (2010), *Soliloquia i inne dialogi o duszy*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bobińska K., Gałęcki P. (2017), *Diagnoza – klasyfikacja i kryteria rozpoznania według ICD-10 oraz DSM-5*, (w:) A. Orzechowska, P. Gałęcki, T. Pietras (Red.), *Nawracające zaburzenia depresyjne – etiologia, diagnoza i terapia*, (s. 16-26), Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Bzdęga J., Gębska-Kuczerowska A. (Red.) (2010), *Epidemiologia w zdrowiu publicznym*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Cervone D., Pervin L.A. (2011), *Osobowość. Teoria i badania*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Courtois S. (Red.) (2017), *Czarna księga komunizmu*, Dębogóra: Wydawnictwo Dębogóra.
- Dolińska-Zygmunt G. (Red.) (1996), *Elementy psychologii zdrowia*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

- Eliade M. (2007), *Historia wierzeń i idei religijnych*, t. 1, *Od epoki kamiennej do misteriów eleuzyńskich*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Fallaci O. (2017), *List do nienarodzonego dziecka*, Warszawa: Świat Książki.
- Foa B. (2015), *Imię cierpienia. Żałoba po aborcji dziecka*, Poznań: Wydawnictwo W Drodze.
- Głodkowska J. (Red.) (2015), *Personalistyczne ujęcie fenomenu niepełnosprawności*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Granat W. (1985), *Personalizm chrześcijański. Teologia osoby ludzkiej*, Poznań: Księgarnia Św. Wojciecha.
- Grzegorzewska M. (1964), *Pedagogika specjalna – skrypt wykładów*, Warszawa: Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej.
- Herzyk A. (2005), *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jędrychowski W. (2010), *Epidemiologia w medycynie klinicznej i zdrowiu publicznym*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Juczyński Z. (2009), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2009), *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kapusta A. (2010), *Szaleństwo i metoda. Granice rozumienia w filozofii i psychiatrii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kirenko J. (2006), *Oblicza niepełnosprawności*, Lublin: Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej.
- Kołakowski L. (2006), *Czy diabeł może być zbawiony i 27 innych kazań*, Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Krause A. (2010), *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Mainzer K. (2007), *Poznawanie złożoności. Obliczeniowa dynamika materii umysłu i ludzkości*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Mazowiecki T. (red.) (1987), *Ludzie Lasek*, Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak.
- Paluchowski W.J. (2001), *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sęk H. (2001), *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sipowicz K., Najbert E., Pietras T. (2017), *Wielowymiarowy aspekt kryzysu w teorii i praktyce*, Będzin: Wydawnictwo e-bookowo.
- Stanisławczyk B. (2015), *Kto się boi prawdy? Walka z cywilizacją chrześcijańską w Polsce*, Fronda: Fronda.
- Stemplewska-Żakowicz K. (2009), *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.



- Strelau J. (2015), *Różnice indywidualne. Historia, determinanty, zastosowania*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Ślipko T., Starowieyski M., Muszala A. (2010), *Aborcja. Spojrzenie filozoficzne, teologiczne, historyczne i prawne*, Kraków: Wydawnictwo Petrus.
- Światowa Organizacja Zdrowia (2009), Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia,  
[https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/Wytyczne/statystyka/icf\\_polish\\_version\\_56a8f7984213a.pdf](https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icf_polish_version_56a8f7984213a.pdf) [pobrane: 30.10.2017].
- Terelak J.F. (2008), *Człowiek i stres. Koncepcje, źródła, reakcje, radzenie sobie, modyfikatory*, Bydgoszcz/Warszawa: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Tylka J., Piotrowicz R. (2009), Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska, *Kardiologia Polska*, nr 67, 1166-1169.
- Witusik A., Leszto S., Podgórska-Jachnik D., Pietras T. (2015), *Schizofrenia w kontekście nauk społecznych. Osoba chora na schizofrenię w obszarze zainteresowań pedagogiki specjalnej*, Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Wrześniewski K., Włodarczyk D. (2004), *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.