

UKD: 14.07.07/ 14.23.05/15.21.69

A. Pawluk-Skrzypek

## ELEMENTY PSYCHOLOGII POZNAWCZEJ W TERAPII PEDAGOGICZNEJ

*Численні дослідження вказують на зв'язок труднощів у навчанні дітей з розладами поведінки та дефіцитом соціальних навиків як формою прояву цих негативних наслідків. Метою педагогічної терапії є вплив через педагогічні методи (навчальні та дидактичні) на причини і прояви таких труднощів у навчанні, що часто є причиною неуспішності дітей та призводить до негативних наслідків. Застосування когнітивної терапії є одним з ефективних способів впливу. Коригування спотворених когнітивних схем позитивно впливає на зміни у сфері освіти та соціальної компетенції дітей з труднощами в навчанні.*

**Ключові слова:** педагогічна терапія, когнітивна психологія, упереджена думка.

*Многочисленные исследования указывают на связь трудностей в обучении детей с расстройствами поведения и дефицитом социальных навыков как формой проявления этих негативных последствий. Целью педагогической терапии является воздействие посредством педагогических методов (учебные и дидактические) на причины и проявления таких трудностей в обучении, что часто является причиной неуспешности детей и приводит к негативным последствиям. Применение когнитивной терапии является одним из эффективных способов воздействия. Корректировка искаженных когнитивных схем положительно влияет на изменения в сфере образования и социальной компетенции детей с трудностями в обучении.*

**Ключевые слова:** педагогическая терапия, когнитивная психология, предвзятое мнение.

*Numerous researches indicate the relation of learning difficulties with behaviour disorders and deficits within social skills, as a display of negative effects of such difficulties. The task of a pedagogic therapy is impacting through pedagogic means (educational and didactic) the causes and demonstrations of children's difficulties in learning, aiming at the elimination of school failures and their negative consequences. Application of a cognitive therapy proves to be one of the effective ways of action within this area. Liquidating distorted cognitive schemas it positively affects changes in education and social competences of children with learning difficulties.*

**Keywords:** pedagogic therapy, cognitive psychology, preconceived notions.

Pojęcie «terapia» początkowo związane było z medycyną (z greckiego *therapeia* – leczenie). Obecnie stosowane jest w naukach takich jak: psychologia, pedagogika i socjologia. Zaistniawszy w pedagogice specjalnej, jest dziś szeroko rozumiane jako pomoc wszelkiego rodzaju udzielana jednostce, mająca na celu usunięcie lub złagodzenie występujących u niej zaburzeń. Współcześnie pojęcie to ma zastosowanie zarówno wobec osób chorych, niepełnosprawnych intelektualnie, z zaburzeniami sensorycznymi, pozostających w obrębie patologii społecznych jak i wobec dzieci z trudnościami w uczeniu się [6, p. 41].

Autorzy polskiej literatury psychologiczno-pedagogicznej w różny sposób ujmują istotę terapii pedagogicznej, w zależności od specjalizacji [17, p. 13]. Terapia pedagogiczna rozumiana bywa jako: specjalne nauczanie i wychowanie osób niepełnosprawnych intelektualnie, część psychoterapii, działania skierowane na likwidowanie objawów, działania oparte na teorii uczenia się, działania ukierunkowane na osobowość wychowanka itp [23, p. 61].

Naukowcy i praktycy używają wielu terminów na określenie działań zmierzających do usuwania lub minimalizowania zaburzeń związanych z nabywaniem podstawowych kompetencji szkolnych. Spotykane określenia to: reedukacja, terapia pedagogiczna, zajęcia korekcyjno-kompensacyjne czy zajęcia wyrównawcze.

H. Nartowska [25, p. 173], mianem terapii określa oddziaływania zmierzające do wyrównania opóźnień i dysharmonii w rozwoju, wpływających dezorganizująco na ogólną działalność dziecka lub działalność tylko w określonych zakresach. Zwraca ona także uwagę na brak wyraźnej granicy pomiędzy terapią a profilaktyką, podkreślając wzajemną zależność tych dwóch rodzajów oddziaływań, kiedy to zabiegi terapeutyczne stają się profilaktyką w stosunku do zaburzeń wtórnych.

I. Czajkowska [6, p. 175], pod pojęciem terapii pedagogicznej rozumie oddziaływania na przyczyny i przejawy trudności w uczeniu się, które mają na celu eliminowanie niepowodzeń szkolnych wraz z ich negatywnymi konsekwencjami.

M. Bogdanowicz [4] uważa, że używany do tej pory termin «reedukacja» (przywracanie utraconych umiejętności) można stosować tylko wobec tych osób (zarówno dzieci jak i dorosłych), które utraciły umiejętność czytania czy pisania wskutek uszkodzenia mózgu. Niezasadne jest to w przypadku dzieci, które tych umiejętności jeszcze nie posiadły.

Określenie zajęcia korekcyjno-kompensacyjne posiada konstrukcję dwuczłonową, gdzie korekcja oznacza usprawnianie zaburzonego obszaru, a kompensacja, wyrównywanie braków i zastępowanie deficytów [9, p. 85]. Termin: zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze przeznaczony jest na zajęcia dla uczniów, którzy mają znacz-

ne opóźnienia w opanowaniu programów obowiązkowych przedmiotów nauczania [27, p. 257].

Pomimo wielości określeń oddziaływań prowadzonych wobec dzieci z trudnościami w uczeniu się, najczęściej osób zajmujących się tą problematyką używa terminu: terapia pedagogiczna. Wydaje się on być najbardziej odpowiedni dla specyfiki podejmowanych działań. Warto także podkreślić, że jest on używany zarówno w Polsce, jak i za granicą.

Rozpatrywana w kategoriach zarówno procesu dydaktycznego, jak i procesu wychowania terapia pedagogiczna powinna tworzyć warunki do wszechstronnego rozwoju dziecka – intelektualnego, emocjonalnego i społecznego, na miarę jego możliwości [23]. Z tego powodu ważne jest, aby była prowadzona przez odpowiednio wykształconego i posiadającego adekwatne predyspozycje psychiczne – terapeutę.

Zdaniem I. Czajkowskiej [6, p. 43] «nadrzędnym celem terapii pedagogicznej jest stworzenie możliwości wszechstronnego rozwoju umysłowego, psychicznego i społecznego dzieciom z utrudnieniami rozwojowymi». Działania terapeuty muszą zatem koncentrować się na stymulowaniu i usprawnianiu funkcji psychomotorycznych, wyrównywaniu braków w wiadomościach i umiejętnościach uczniów, eliminowaniu niepowodzeń szkolnych oraz ich emocjonalnych i społecznych konsekwencji».

T. Gąsowska i Z. Pietrzak-Stępkowska [11, p. 8] oprócz zasadniczego celu pracy z dziećmi z dysleksją, jakim jest «umożliwienie im opanowania podstawowych umiejętności czytania i pisanie oraz kontynuowania nauki w szkole» wskazują na konieczność przebiegu pracy terapeutycznej na trzech płaszczyznach: 1) usprawnianie zaburzonych procesów psychomotorycznych istotnych w opanowywaniu umiejętności czytania i pisanie, 2) ćwiczenie sprawności czytania i pisanie, 3) oddziaływanie psychoterapeutyczne ogólnie uspokajające, a równocześnie aktywizujące dziecko do nauki. Także według E. Gruszczyk-Kolczyńskiej [14, p. 156] celem podejmowanych działań naprawczych powinna być nie tylko rekonstrukcja wiadomości i umiejętności szkolnych, ale także wspomaganie rozwoju dziecka i korygowanie zauważonych zaburzeń.

B. Zakrzewska [35, pp. 46–47], w swojej metodzie pracy z dziećmi z dysleksją oprócz celów skoncentrowanych na: rozwijaniu i korygowaniu funkcji percepcyjno-motorycznych, niezbędnych w procesie pisanie i czytania (usuwanie przyczyn trudności); wszechstronnym angażowaniu tych funkcji podczas pracy z dzieckiem; usprawnianiu czytania pod względem bezbłędności, szybkości, techniki i rozumienia; usprawnianiu pisanie w zakresie bezbłędności; stymulacji ogólnego rozwoju intelektualnego – zwraca uwagę na usuwanie niekorzystnych objawów psychicznych (zaburzenia uwagi, obniżenie motywacji do nauki, osłabienie poczucia własnej wartości) często występujących wtórnie na skutek niepowodzeń szkolnych. Uwzględniając podawane w literaturze przedmiotu ogólne cele oddziaływań terapeutycznych, należy pamiętać, że terapia pedagogiczna powinna uwzględniać szereg oddziaływań, których cele będą ustalane indywidualnie, w zależności od potrzeb i możliwości dziecka, z którym pracuje terapeuta.

Terapia pedagogiczna powinna uwzględniać zatem działania nie tylko korekcyjno – kompensacyjne (korygujące i wyrównujące deficyty parcjalne percepcyjno-motoryczne i językowe), ale również psychoterapeutyczne (redukujących zaburzenia emocjonalne i zaburzenia zachowania). Konieczność takich oddziaływań przejawia się w formułowanych przez znawców tematu zasadach terapii pedagogicznej. Zdaniem M. Szurmiak [33, pp. 71-83] jedną z najważniejszych zasad jest **oddziaływanie terapeutyczne** poprzez:

- a) kształcenie właściwego poziomu motywacji ucznia do nauki
- b) organizację sytuacji zapewniających dziecku sukces
- c) akceptację ucznia
- d) kształtowanie realnej samooceny ucznia i nawyku samokontroli
- e) system zabiegów wychowawczych zmierzających do kształtowania prawidłowego stosunku ucznia do rówieśników i dorosłych
- f) pracę nad wdrożeniem dziecka do uporządkowanego działania
- g) kształtowanie odporności ucznia na sytuacje trudne.

Wśród zasad proponowanych przez innych autorów, oprócz podstawowej zasady indywidualizacji środków i metod oddziaływania terapeutycznego znajdujemy także zasadę ciągłości oddziaływań psychoterapeutycznych [6; 13, pp. 156-158], zasadę doboru właściwego terapeuty, ze względu na osobowość i posiadaną wiedzę, zasadę indywidualizacji programu terapeutycznego, zasadę tworzenia atmosfery akceptacji i serdeczności [35, pp. 41-44].

Pomimo braku jednolitego stanowiska w kwestii priorytetowych zasad postępowania terapeutycznego, nie ulega wątpliwości, że podejmowane działania zawsze powinny być dostosowane do możliwości i potrzeb dziecka. W związku z tym, należy je prowadzić w kilku etapach.

Terapię pedagogiczną rozpoczynać powinien etap wstępny – trwający od 1 do 3 miesięcy, który obejmuje oddziaływania psychoterapeutyczne, a także ćwiczenia stymulujące i korekcyjne zaburzonych funkcji percepcyjno-motorycznych i ich koordynacji w postaci gier i zabaw. Działania prowadzone na tym etapie mają na celu przede wszystkim «rozładowanie i wyciszenie negatywnych emocji dziecka, wyzwalanie potencjalnych możliwości i zainteresowań, tłumionych przez niepowodzenia szkolne, odzyskanie wiary we własne siły i zwiększenie motywacji do pracy, nawiązanie przyjaznych kontaktów w relacji terapeuta – dziecko» [35, pp. 47]. Na tym

etapie usprawniamy także ogólną sprawność ruchową i manualną, poprzez ćwiczenia dużej i małej motoryki.

Dopiero wówczas może nastąpić etap terapii właściwej – obejmujący dalsze stymulowanie zaburzonych funkcji oraz ćwiczenia usprawniające podstawowe umiejętności szkolne. Ostatnim etapem jest doskonalenie podstawowych umiejętności szkolnych, w którym «szlifujemy» udoskonalone i nowo nabyte przez dziecko umiejętności.

Ten pierwszy etap terapii jest w wielu przypadkach etapem najtrudniejszym. Dzieci z trudnościami w uczeniu się, doświadczane kolejnymi porażkami oraz negatywnymi informacjami zwrotnymi – zaczynają wątpić w siebie, swoje możliwości oraz tracą motywację do podejmowania kolejnych wysiłków z obawy przed niepowodzeniem. M. Bogdanowicz [3, p. 208] podkreśla występowanie nieprawidłowości motywacji u dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się wraz z zaburzeniami emocjonalnymi. Najczęściej dotyczą one: siły motywacji (np. dziecko nie wykazuje samodzielności w działaniu, waha się, ma wątpliwości, rezygnuje); wielkości motywów (stawianie sobie zbyt wysokich lub zbyt niskich celów w stosunku do posiadanych możliwości); intensywności motywacji (za mała lub za duża ilość energii wkładana w osiągnięcie celu).

Badacze tego tematu zwracają także uwagę na związek trudności w uczeniu się z zachowaniami antyspołecznymi. P. K. Smith [29, p. 74] wskazuje na niepowodzenia szkolne w młodszym wieku szkolnym i odrzucenie przez grupę rówieśniczą, jako na okoliczności sprzyjające powstawaniu zachowań antyspołecznych. Związek taki dostrzega także w swoich badaniach A. P. Gindrich [12, pp. 66-69], gdzie większość dzieci z trudnościami w uczeniu się to dzieci odrzucone bądź izolowane przez rówieśników i nauczycieli. Zdaniem J. Sturzykiewicza [32, pp. 94-95] brak akceptacji otoczenia jest główną przyczyną występowania u uczniów dwóch postaw: agresora i ofiary, co pociąga za sobą konsekwencje w funkcjonowaniu psychospołecznym.

Wykazywanie przez dzieci z trudnościami w uczeniu się deficytów społecznych (agresji, nieśmiałości, napięcia emocjonalnego, bezradności w kontaktach społecznych, depresji, zaburzeń zachowania), potwierdzają także badania K. A. Kavale i S. R. Forness [19, p. 227], Settle i Milich [28], M. H. Epsteina, M. J. Eliason i L. C. Richman [12, pp. 74-76]. Zachowania te związane są przede wszystkim z brakiem możliwości wykazania się i odniesienia sukcesu w nauce, zabawie czy innych sferach funkcjonowania dziecka a skutkują odrzuceniem lub izolowaniem przez otoczenie. Problem wydaje się być o tyle poważny, ponieważ jak zauważa M. Jurawicz [16, p. 204], dla wielu dorosłych (w tym głównie nauczycieli) uczniowie, którzy przejawiają trudności w opanowaniu elementarnych umiejętności, postrzegani są po prostu jako słabi uczniowie we wszystkim. W korygowaniu i usuwaniu tych deficytów skutecznym narzędziem okazuje się często terapia poznawcza.

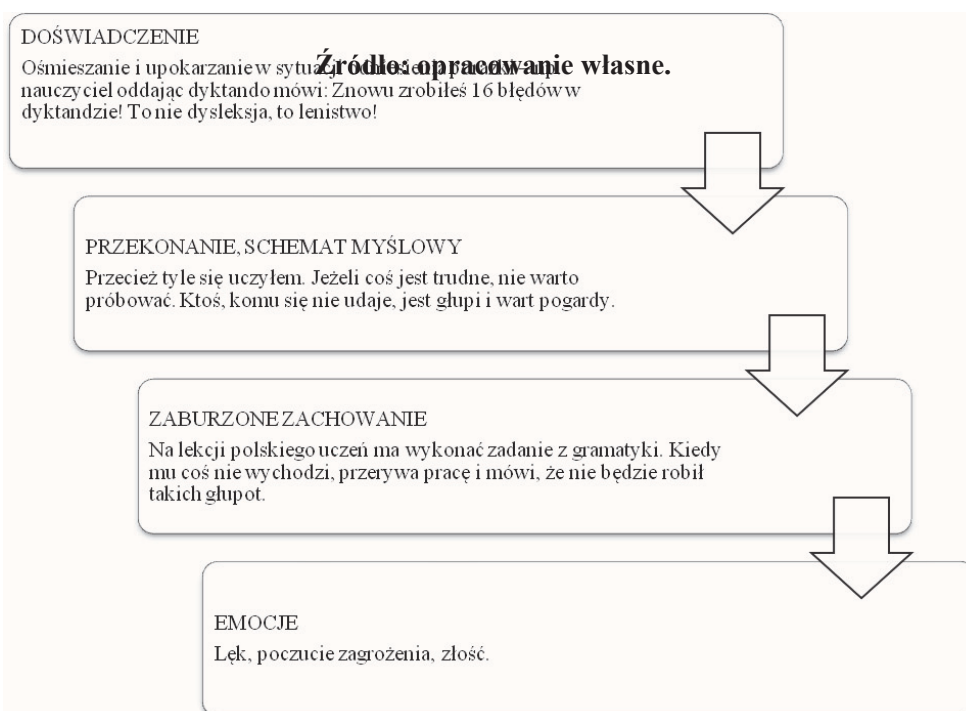
Związek między procesami poznawczymi a stanami emocjonalnymi i problemami psychologicznymi został zarysowany przez A. Ellisa [10]. Według niego, uczucia i zachowanie wyrastają raczej ze sposobu, w jaki odbieramy wydarzenia, niż z wydarzenia jako takiego. Zatem wydarzenia pobudzające są oceniane na tle przekonań, które prowadzą do konsekwencji emocjonalnych.

Treściwie ujął to w swej pracy J. Young [34], który doszedł do wniosku, że nieadaptacyjne schematy poznawcze, które kształtują się podczas dzieciństwa, prowadzą do autodestrukcyjnych wzorców zachowania powtarzanych przez całe życie. Sposób, w jaki nabywa się i uruchamia dysfunkcyjne schematy poznawcze, oraz to, jak wpływają one na zachowanie i emocje, został przedstawiony w pracy A. T. Becka [1]. Zakłada on, że wczesne doświadczenia i wychowanie są czynnikiem prowadzącym do rozwoju dość mocno ugruntowanych i sztywnych sposobów myślenia (pierwotnych przekonań/schematów). Nowe informacje i doświadczenia są oceniane w kontekście owych pierwotnych przekonań/schematów a informacja, która je wzmacnia i podtrzymuje, zostaje odpowiednio dobrana i przefiltrowana. Pierwotne przekonania/schematy są uruchamiane czy ożywiane przez ważne wydarzenia, co prowadzi z kolei do wielu założeń. Te natomiast wywołują strumień automatycznych myśli, które odnoszą się do osoby, tego, co robi, oraz przyszłości – ten podział nazywany jest triadą poznawczą. Te automatyczne myśli z kolei mogą doprowadzić do zmian emocjonalnych, behawioralnych i somatycznych. Przykład przedstawia schemat poniżej.

Zniekształcenia poznawcze odnotowano u dzieci z różnymi trudnościami, np. dzieci cierpiące na zaburzenia lękowe błędnie postrzegają dwuznaczne wydarzenia jako groźne [21]. Dzieci te bywają zwykle nazbyt skupione na sobie oraz nadkrytyczne i zazwyczaj zauważa się u nich częstsze występowanie negatywnych oczekiwań [22]. Podobnie dzieci agresywne częściej dostrzegają agresywne intencje w sytuacjach niejasnych i wybiórczo biorą pod uwagę mniejszą liczbę sygnałów przy podejmowaniu decyzji co do intencji zachowania drugiej osoby [8]. Dzieci cierpiące na depresję przypisują wydarzeniom więcej negatywnych znaczeń niż dzieci niewykazujące objawów depresji [2; 5].

Deficyty w procesach poznawczych, takie jak niemożność planowego działania lub nieumiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach, odnotowywano u dzieci i młodzieży z problemami samokontroli, takimi jak zespół deficytu uwagi z nadruchliwością (ADHD) oraz u dzieci z kłopotami interpersonalnymi [20; 30]. Stwierdzono także, iż dzieci agresywne dysponują ograniczonymi umiejętnościami radzenia sobie w trudnych sytuacjach i rzadziej rozwiązują swe problemy werbalnie [24; 26].

Najczęstsze zniekształcenia poznawcze obserwowane przez autorkę u dzieci uczęszczających na terapię pedagogiczną dotyczą:



1. Czytania w myślach – wiem, co myślisz, pomimo, że nie mam na to dowodów – np. nauczyciel myśli, że jestem leniem a nie że mam dysleksję
2. Przepowiadania przyszłości – wiem co będzie, na pewno mi się nie uda
3. Katastrofizacji – to, co się stało lub stanie jest tak okropne, że tego nie zniosę
4. Etykietowania – przypisywanie ogólnie negatywnych cech sobie i innym – leń, głupek, ofiara
5. Umniejszania pozytywów – moje pozytywne osiągnięcia i sukcesy innych są błahe – co znaczy moja praca w porównaniu z pracą Marka
6. Stosowania filtru negatywny – koncentrowanie na tym, co się nie udaje, pomijanie pozytywów – no tak z matematyki piątka ale z polskiego trója
7. Nadmiernego uogólniania – zawsze, w ogóle, nigdy, np. zawsze dostaję dwóję, nigdy mi się nie udaje
8. Myślenia dychotomicznego – ze skrajności w skrajność – jednego dnia jestem świetny, następnego beznadziejny
9. Nadużywania imperatywów powinności – muszę, powinienem np. więcej czytać
10. Personalizacji – branie wszystkiego do siebie
11. Uzasadniania emocjonalnego – wiem, że źle zrobiłem, ale tak mnie sprowokował...

Interwencje, które dotyczą zniekształceń poznawczych, mają przede wszystkim na celu zwiększanie u dziecka świadomości występowania zaburzonych i irracjonalnych aktów poznawczych, przekonań i schematów oraz ułatwianie mu zrozumienia skutków wpływu powyższych zjawisk na zachowanie i emocje.

Typowe programy terapeutyczne zawierają: formy samoobserwacji, rozpoznawanie nieprzystosowawczych (destrukcyjnych) schematów poznawczych, testowanie myśli oraz restrukturyzację poznawczą. Postępowanie terapeutyczne, które skierowane jest na deficyty poznawcze, w pierwszym rzędzie kładzie nacisk na zdobycie nowych umiejętności poznawczych i behawioralnych. W programach często znajdują się: radzenie sobie w trudnych sytuacjach społecznych, uczenie się nowych strategii poznawczych (np. trening autoinstruktażowy oraz podtrzymujący na duchu (pozytywny) monolog wewnętrzny typu «poradzę sobie»), ćwiczenie oraz samowzmacnianie. Podstawowym wymogiem terapeutycznym jest rozumienie, w jaki sposób dzieci i młodzi ludzie interpretują poznawczo wydarzenia i doświadczenia, co powinno znaleźć odbicie w rodzaju zastosowanej interwencji poznawczej. Niezwykle istotne jest dostarczanie dziecku doświadczeń korygujących. Są to nowe doświadczenia, odmienne od dotychczasowych, które mogą zlikwidować lub złagodzić skutki zakodowanych schematów poznawczych. Ich istota polega na zachowaniu otoczenia, które nie potwierdza wyobrażeń i oczekiwań dziecka wynikających z jego uprzednich doświadczeń oraz pomaga dziecku doświadczyć siebie samego w inny sposób [18, p. 92]. Dlatego też, M. Jurewicz [15, p. 347] zwraca uwagę, iż niezwykle istotne jest dostrzeganie reakcji uczniów na pierwsze problemy szkolne. W codziennej pracy, to przede wszystkim pedagog – specjalista powinien monitorować rozwój ucznia, zarówno jego postępy jak i trudności. Istnieje wtedy duże prawdopodobieństwo iż korekta wzorca zaburzonego zachowania zajdzie na wszystkich jego poziomach:

zmiany sądów o rzeczywistości, zmiany sposobów zachowania i nastąpi odreagowanie emocjonalne [31]. Aby doświadczenia korygujące były skuteczne potrzeba intensywności i czasu.

### **Bibliografia:**

1. Beck A. T., *Cognitive therapy and the emotional disorders*, New York 1976.
2. Bodiford C. A., Eisenstadt R. H., Johnson J. H., Bradlyn A. S., Comparison of learned helpless cognitions and behavior in children with high and low scores on the Children's Depression Inventory, *Journal of Clinical Child Psychology* 1988, vol. 17.
3. Bogdanowicz M., *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*, Warszawa 1991.
4. Bogdanowicz M., *Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie*, Gdańsk 2002.
5. Curry J. F., Craighead W. E., Attributional style in clinically depressed and conduct-disordered adolescents, *Journal of Clinical and Consulting Psychology* 1990, vol. 58.
6. Czajkowska I., Herda K., *Zajęcia korekcyjno – kompensacyjne w szkole*, Warszawa 1989.
7. Czajkowska I., *Organizacja opieki i pomocy dzieciom z trudnościami w uczeniu się w Polsce* (w:) J. Włodek-Chronowska (red.) *Terapia pedagogiczna*, Kraków 1993.
8. Dodge K. A., Attributional bias in aggressive children (w:) P. C. Kendall (red.) *Advances in cognitive-behavioural research and therapy*, vol. 4, New York 1985.
9. Dykcik W., *Formy postępowania terapeutyczno – wychowawczego* (w:) W. Dykcik (red.) *Pedagogika specjalna*, Poznań 2001.
10. Ellis A., *Reason and emotion in psychotherapy*, New York 1962.
11. Gąsowska T., Pietrzak-Stępkowska Z., *Praca wyrównawcza z dziećmi mającymi trudności w czytaniu i pisaniu*, Warszawa 1994.
12. Gindrich A. P., *Funkcjonowanie psychospołeczne uczniów dyslektycznych*, Lublin 2002.
13. Górniewicz E., *Trudności w czytaniu i pisaniu u dzieci*, Olsztyn 2000.
14. Gruszczyk-Kolczyńska E., *Dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się matematyki*, Warszawa 1994.
15. Jurewicz M., *Blaski i cienie szkolnej edukacji* (w:) Наукові записки. Серія «Психологія і педагогіка. – Острогог: Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2010. – Випуск 16.
16. Jurewicz M., *Miejsce ucznia ze specjalnymi potrzebami w szkole* (w:) E. Arciszewska, K. Dziurzyński, M. Jurewicz, *Zmienne konteksty edukacji wczesnoszkolnej*, Józefów 2011.
17. Kaja B., *Zarys terapii dziecka*, Bydgoszcz 1995.
18. Karasowska A., *Jak wychowywać i uczyć dzieci z zaburzeniami zachowania*, Warszawa 2009.
19. Kavale K. A., Forness S. R., Social skills deficits and learning disabilities: A meta-analysis, *Journal of Learning Disabilities* 1996, vol. 29.
20. Kendall P. C., *Cognitive-behavioural therapies with youth: guiding theory, current status and emerging developments*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993, vol. 62.
21. Kendall P. C., Kane M., Howard B., Siqueland L., *Cognitive-behaviour therapy for anxious children: treatment manual*, Ardmore 1992.
22. Kendall P. C., Panichelli-Mindel S. M., *Cognitive-behavioural treatments*, *Journal of Abnormal Child Psychology* 1995, vol. 23.
23. Kowaluk M., *Efektywność terapii pedagogicznej dzieci z trudnościami w uczeniu się*, Lublin 2009.
24. Lochman J. E., White K. J., Wayland K. K., *Cognitive-behavioural assessment and treatment with aggressive children* (w:) P. C. Kendall (red.) *Child and adolescent therapy: cognitive-behavioural procedures*, New York 1991.
25. Nartowska H., *Opóźnienia i dysharmonie rozwoju dzieci*, Warszawa 1980.
26. Perry D. G., Perry L. C., Rasmussen P., Cognitive social learning mediators of aggression, *Child Development* 1986, vol. 57.
27. Pilecka W., *Pedagogika osób z trudnościami w uczeniu się* (w:) W. Dykcik (red.) *Pedagogika specjalna*, Poznań 2001.
28. Settle S. A., Milich R., Social persistence following failure in boys and girls with LD, *Journal of Learning Disabilities* 1999, vol. 32/3.
29. Smith P. K., *Rozwój społeczny* (w:) P. E. Bryant, A. C. Colman (red.) *Psychologia rozwojowa*, Poznań 1997.
30. Spence S., Donovan C., *Interpersonal problems* (w:) P. Graham (red.) *Cognitive behavior therapy for children and families*, Cambridge 1998.
31. Strzemieczny J., *Zajęcia socjoterapeutyczne*, Warszawa 1988.
32. Sturzykiewicz J., *Agresja i przemoc w szkole. Uwarunkowania socjologiczne*, Warszawa 2000.
33. Szurmiak M., *Podstawy reedukacji uczniów z trudnościami w czytaniu i pisaniu*, Warszawa 1987.
34. Young J., *Cognitive therapy for personality disorders; a schema-focused approach*, Sarasota 1990.
35. Zakrzewska B., *Trudności w czytaniu i pisaniu*, Warszawa 1999.