

# Bernadeta Szczupał

---

## Mechanizmy naznaczania społecznego osób z niskorosłością

---

Niepełnosprawność nr 15, 151-166

---

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Bernadeta Szczupał

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa

## Mechanizmy naznaczania społecznego osób z niskorosłością

### Mechanisms of social labeling towards people with short stature

Contact with persons with disabilities causes discomfort to many people. This is associated with the existence of unjust stereotypes relating, among other things, to the appearance of the "others" leading to their stigmatization and increasing social distance towards such persons. The perception of a human body is in many ways dictated by an aesthetic canon, generally accepted and promoted by mass media and thus a person with a short stature is usually perceived by society through the prism of flawed beauty. This article presents short describe of the labeling theory as well as the phenomenon of social stigmatization towards individuals with short stature (especially children with idiopathic short stature). Indicates on the limitations and difficulties of individuals with short stature, problems with his/her psychosocial functioning, difficulties in adaptation to social community and meaning of coping strategies.

Słowa kluczowe: niskorosłość, teoria naznaczania, stygmatyzacja, funkcjonowanie psychospołeczne

Keywords: short stature, labeling theory, stigmatization, psychosocial functioning

## Wprowadzenie

W postrzeganiu niepełnosprawności jako zjawiska społecznego w ostatnich dekadach występowały znaczące zmiany. Swoistym zwieńczeniem tych zmian było przejście od modelu biomedycznego (skoncentrowanego na deficytach jednostki, wymagających pomocy medycznej) do modelu społecznego (uwzględniającego potencjał osób z niepełnosprawnością i możliwości ich rozwoju w warunkach tworzonych przez otwarte społeczeństwo). Obecnie podkreśla się znaczenie kontekstu społecznego, interakcji z otoczeniem, oddziaływań i zależności pomiędzy osobami z niepełnosprawnością a społeczeństwem, ponieważ – zgodnie z definicją WHO z 2007 r. – „niepełnosprawność to wielowymiarowe zjawisko wynikające ze wzajemnych oddziaływań między ludźmi a ich fizycznym

i społecznym otoczeniem, efekt barier napotykanych w otoczeniu fizycznym i społecznym” [Woźniak 2008, s. 54].

Niepełnosprawność nadal traktowana jest jednak jako coś odmiennego, nadal bywa także postrzegana w wymiarze negatywnym. Osoby z niepełnosprawnością, oprócz barier architektonicznych i prawnych, napotyka także na bariery psychologiczne (powiązane z „obrazem siebie” problemy z samoakceptacją, poczuciem własnej wartości i jakości życia) oraz społeczne (dotyczące relacji z innymi osobami, negatywnych interakcji, postaw i stereotypów), mające istotny wpływ na sposób funkcjonowania społecznego [Woźniak 2008].

Spółeczna percepcja osób z niepełnosprawnością często ogranicza się głównie do zauważania (podkreślania) odmienności ich wyglądu i sposobu funkcjonowania oraz do postrzegania ich jako jednostek różniących się od typowych przedstawicieli danej zbiorowości. Wszelkie odchylenia od społecznie akceptowanej normy (jak np. ograniczenia sprawności, widoczność dysfunkcji, odmiennosc w wyglądzie lub zachowaniu itp.) sprzyjają powstawaniu stereotypów oraz stygmatyzowaniu osób o cechach niezgodnych z normą, traktowaniu osób z niepełnosprawnością jako „dewiantów”, zaś samej niepełnosprawności jako swoistej formy dewiacji społecznej [Marszałek 2007].

## Teoria naznaczania społecznego

Proces tworzenia stereotypów oraz stygmatyzowania jednostek *innych* od ogółu stanowi od lat przedmiot dociekań badaczy z różnych dyscyplin naukowych. Jedną z wielu istniejących koncepcji jest powstała na początku lat 50. XX w. teoria naznaczania społecznego (*labeling theory* – teoria etykietowania, teoria stygmatyzacji), według pierwotnych założeń dotycząca głównie zachowań przestępczych. Podstawą jej powstania było pojęcie „jaźni odzwierciedlonej” Ch.H. Cooley’a, czyli sposobu „w jaki indywidualne poczucie jaźni jest »odzwierciedlane« i odbijane przez innych” [Marshall 2004, s. 43]. Według Cooley’a obraz samego siebie stanowi wynik interakcji pomiędzy jednostką a jej otoczeniem: każda jednostka – na podstawie opinii innych osób – posiada zdanie na swój temat oraz samoocenę wpływającą na jej zachowanie [Marshall 2004].

W teorii naznaczania społecznego istotne jest nie tyle samo zachowanie dewiacyjne, ile reakcja społeczna na nie, zaś „dewiacja” jako naruszenie wzorców normatywnych danej grupy stanowi pojęcie „o zmiennym zakresie, wieloznacznym i płynnym” [Marshall 2004, s. 54]. Różnicowanie osób tworzy reakcje społeczne (np. karanie, degradację czy izolację) wobec jednostek lub grup, określanych jako „inne”. Dewiacja jest statusem przypisanym właściwościom (psychicznym

i fizycznym), zachowaniu bądź roli negatywnie ocenianej przez otoczenie, a jednostka o takim zachowaniu zostaje nazwana dewiantem [Kojder 1980; Marszałek 2007].

Teoria (częściej i trafniej określana jako koncepcja bądź kierunek) naznaczania społecznego ewoluowała na przestrzeni dekad. Za jej pierwszego przedstawiciela uznaje się E. Lemerta, który uważał, że dewiacja powstaje w wyniku reakcji (kontroli) społecznej. Wyróżnił także dwa rodzaje dewiacji: pierwotną – istniejącą bez reakcji społecznej, oraz wtórną, powodowaną przez ciąg interakcji pomiędzy dewiantem a piętnującym go otoczeniem, eskalację negatywnych emocji i stosowanie coraz silniejszych kar i odrzucenia, aż do akceptacji przez dewianta narzucanego statusu społecznego i przystosowania się do nowej roli społecznej. Reakcje społeczne na obecność dewianta (dewiacji) sprawiają, iż niektóre jednostki tak określane zaczynają się zachowywać zgodnie z nadanymi im przez otoczenie etykietami: poddane procesowi stygmatyzacji wytwarzają negatywny obraz samego siebie, wpływający na ich zachowanie [Kojder 1980; Marszałek 2007].

Jeden z reprezentantów teorii naznaczania H.S. Becker w pracy *Outsiders* z 1963 r. dowodził, że to grupy społeczne stanowią reguły, „których złamanie stanowi dewiację”, a „dewiacja nie jest właściwością czynu, który popełniła jednostka, tylko konsekwencją zastosowania przez innych reguł i sankcji wobec »przestępcy«. Dewiant to osoba, której z powodzeniem przylepiono tą etykietkę; zachowanie dewiacyjne to zachowanie, które ludzie określają w ten sposób” [Becker 2009, s. 13]. „Dewiacyjność” danego zachowania zależy zatem wyłącznie od społecznej reakcji na nie, zaś samo zachowanie dewiacyjne nie posiada specyficznych cech, umożliwiających odróżnienie go od innych zachowań, a dewianta od „nie-dewianta” [Becker 2009]. Podobnie twierdził E. Lemert w odniesieniu do osób niepełnosprawnych, podkreślając, że niepełnosprawność fizyczna istnieje niezależnie od kultury i jest spotykana we wszystkich społecznościach, odmienny i kulturowo zróżnicowany jest natomiast stopień, w jakim dysfunkcja ogranicza możliwości pełnienia ról społecznych [Kojder 1980]. Zatem dewiacją pierwotną jest tu dysfunkcja biomedyczna, zaś dewiacją wtórną – dysfunkcja społeczna, czyli nieakceptowane społecznie formy reagowania osoby z niepełnosprawnością na przejawiane wobec niej postawy otoczenia (izolowanie, stygmatyzowanie, dyskryminowanie) [Błęszyńska 2001]. Niepełnosprawność powoduje nadawanie etykietek, które „włączają osobę w kategorię, która jest wypełniona społecznymi znaczeniami i uprzedzeniami [...]. Osobowość jakby zastyga w postaci upośledzenia” [Gustavsson, Zakrzewska-Manterys 1997, s. 13].

W koncepcji naznaczania społecznego kluczowe jest pojęcie tożsamości, redefiniowanej i przekształcanej zgodnie z wzorem przypisanym przez otoczenie społeczne. Tożsamość jednostki, związana z pełnionymi przez nią rolami społecznymi, tworzą dwie, zintegrowane i wchodzące we wzajemne powiązania struktury

ry: tożsamość osobista (stałe i specyficzne, niepowtarzalne właściwości podmiotu) i tożsamość społeczna (znaczące dla jednostki zaszeregowania, określające stopień jej przynależności oraz identyfikacji z otoczeniem) [Błęszyńska 2001].

A. Ostrowska i J. Sikorska [1996] definiowały proces naznaczania społecznego w kategorii automarginalizacji, rozumiejąc owo pojęcie jako zaakceptowanie przez osobę z niepełnosprawnością oferowanego jej przez otoczenie obrazu „ja” wraz z towarzyszącym temu obrazowi niskim statusem społecznym, związanym z przynależnością do grupy zmarginalizowanej. W syndromie automarginalizacji, kształtującym się w toku socjalizacji, szczególną rolę pełnią wpajane osobom z niepełnosprawnością specyficzne modele osobowe, wzory karier życiowych oraz sposoby postępowania.

Wobec teorii naznaczania społecznego formułowano liczne uwagi krytyczne. Dotyczyły one m.in. koncepcji E. Lemerta, według której bezwolna jednostka pozwala na wtłoczenie jej w rolę dewianta, bez uwzględnienia zarówno indywidualnej odporności na działania stygmatyzujące, jak i psychologiczne oraz społeczne mechanizmy obronne. Krytycy wskazywali także na istnienie procesów prowadzących do zachowań dewiacyjnych (takich jak odmienne wzorce socjalizacji) [Kojder 1980].

## „Społeczna widownia”, stereotypy i stygmatyzowanie

Odmienne spojrzenie zaprezentował E. Goffman [2005], według którego piętno to wszystko, co zakłóca „normalne” społeczne kontakty, wśród trzech typów stygmatu wymieniając także fizyczny, związany z dysfunkcjami, deformacjami ciała, brzydotą itp. Dla Goffmana piętno jest nie tylko przymiotem nosiciela, ale także relacją pomiędzy nosicielem piętna a *normalsem*. Niepełnosprawność jako stygmat jest cechą negatywną, przypisaną jednostce przez ogół społeczeństwa – do przyczepienia etykiety inwalidy wystarczy wzbudzająca niechęć ułomność ciała, zaś osoba z niepełnosprawnością nie ma wpływu na swą nową tożsamość, stworzoną w świadomości społecznej.

Społeczeństwa funkcjonują w ramach określonych systemów aksjologiczno-normatywnych. Społeczeństwo („społeczna widownia”) ustala kategorie i decyduje, które cechy są postrzegane jako normalne i naturalne, decyduje, co jest niepożądane/nieaprobowane. Proces stygmatyzacji dotyczy negatywnej społecznej reakcji na istnienie jednostki *innej*, różniącej się »*czymś*« od społecznie przyjętej normalności. Stygmatem może być np. cecha fizyczna, niedoskonałość lub słabość, sprzeczna ze stereotypowymi oczekiwaniami co do tego, jaki powinien być dany typ jednostki oraz uważana w danym środowisku za dyskredytującą

[Goffman 2007; Link, Phelan 2001; Pawlica 2001]. Znaczącą cechą spostrzegania społecznego jest przyporządkowywanie innych według takich kryteriów, jak np. specyficzne cechy osobowości lub cechy fizyczne (m.in. płeć, wiek, wygląd, sprawność fizyczna). „Społeczna widowia” (zgodnie z mechanizmem atrybucji) nie szuka uzasadnienia dla zjawisk, zdarzeń czy zachowań, ponieważ uważa, że je zna; łatwo przy tym o tworzenie stereotypów (stosowanie uogólnień na podstawie jednej lub kilku informacji) i idące za tym dyskryminujące zachowania [Försterling 2005; Weigl 2000].

Niepełnosprawność i zmiany chorobowe mogą wykluczać społecznie osoby, które odbiegają od „normy”. Widoczność choroby/niepełnosprawności oraz typ przejawianych zaburzeń odróżniają je od większości społeczeństwa oraz determinują postawy występujące w ich otoczeniu społecznym, tj. wysoki poziom dystansu społecznego oraz tendencje izolacyjne. Proces naznaczania społecznego można zdefiniować w kategorii automarginalizacji – zaakceptowania przez osobę z niepełnosprawnością oferowanego jej przez otoczenie (społeczną widownię, czyli osoby z rodziny, grup odniesienia itp.) obrazu „ja” i towarzyszącego temu obrazowi niskiego statusu społecznego, przyjęcie tożsamości członka grupy zmarginalizowanej [Major, O’Brien 2005; Somma, Bond 2006].

Posiadanie nietolerowanej społecznie cechy może prowadzić do stopniowej zmiany obrazu własnej osoby, do samonaznaczania – jednostka ma świadomość, że jej cechy lub właściwości są gorsze, brzydkie, inne, dyskredytujące, co może prowadzić do zaistnienia poczucia małej wartości, powstania kompleksów i zmian w samoocenie; zatem zaniżona samoocena jest w tym przypadku przyczyną naznaczania i samonaznaczania. Należy podkreślić, że mechanizmy naznaczania społecznego oraz samonaznaczanie mogą występować niezależnie od siebie [Goffman 2007; Pawlica 2001].

## Niskorosłość – przyczyny, wpływ na codzienne funkcjonowanie

Niskorosłość (*short stature* – niski wzrost, niedobór wzrostu) to zaburzenie wzrastania, które ocenia się na podstawie porównań z dziećmi tej samej płci i w tym samym wieku. Definiowane jest „jako sytuacja, gdy wysokość ciała danej osoby osiąga wartość poniżej 2 odchyień standardowych dla wieku, płci i populacji” [Bielecka-Jasiocha, Rymkiewicz-Kluczyńska 2008, s. 72].

Niski wzrost może być wariantem normy rozwojowej bądź wynikiem patologii. Może powstać w efekcie zaburzeń hormonalnych, jako element zespołów genetycznych, skutek wewnątrzmacicznego opóźnienia wzrastania bądź chorób przewlekłych, albo też być cechą konstytucjonalną, niemającą związku z innymi

patologiami. Interpretując pomiary dziecka należy sprawdzić, czy niski wzrost nie jest cechą rodzinną, uwzględniając wzrost rodziców i dziadków oraz fakt, że niskorosłość w rodzinie wielodzietnej może dotyczyć np. tylko jednego dziecka [Bielecka-Jasiocha, Rymkiewicz-Kluczyńska 2008; Styne 2001; Wheeler i in. 2004]. Ponieważ przyczyny niskorosłości mogą być rozmaite, zróżnicowanie to sprawia liczne problemy w obiektywnym porównywaniu funkcjonowania psychospołecznego grup dzieci o różnej etiologii niedoboru wzrostu. Najbardziej obszerna i zarazem najczęściej badana pod względem funkcjonowania psychospołecznego (oprócz dzieci z niedoborem hormonu wzrostu powodowanym niedoczynnością przysadki: somatotropinową SNP lub wielohormonalną WNP), a przy tym niejednolita, jest grupa dzieci z niskorosłością bez jednoznacznie rozpoznanej przyczyny, określana za pomocą różnych terminów: idiopatyczny niski wzrost (INW, ang. *idiopathic short stature* – ISS), rodzinny niski wzrost, konstytucjonalny niski wzrost, konstytucjonalne opóźnienie wzrastania i dojrzewania/rozwoju (KOWR) [Bielecka-Jasiocha, Rymkiewicz-Kluczyńska 2008; Ranke 1996].

Niskorosłość (a zwłaszcza znaczny niedobór wzrostu) w istotny sposób komplikuje codzienne funkcjonowanie. Przede wszystkim może znacząco utrudniać (lub wręcz uniemożliwiać) korzystanie z miejsc i urządzeń standardowo dostosowanych do przeważającej w populacji grupy osób o wzroście przeciętnym, takich jak rzeczy użytkowe (np. meble, sprzęt AGD, samochody), obiekty użyteczności publicznej czy środki transportu; część utrudnień może przyczyniać się do ograniczania bądź rezygnacji z uczestnictwa w niektórych formach życia społecznego. Niski wzrost ogranicza możliwości swobodnego wyboru drogi edukacji i kariery zawodowej, może także utrudniać relacje z innymi, szczególnie przy tworzeniu bliskich relacji oraz szukaniu partnera życiowego [Busschbach i in. 1998; Stabler i in. 1996; Ulph i in. 2004].

## Stereotypy związane z niskorosłością

Postawy wobec niskorosłości i osób o niskim wzroście, ujawniane w społeczeństwie (w tym przez dzieci, młodzież, rodziców i lekarzy), mają zazwyczaj postać utrwalonych przekonań i powszechnie spotykanych negatywnych stereotypów [Kelnar 1990]. Powszechnie uznawany kanon estetyczny, lansowany przez przekazy mass-mediów, faworyzuje osoby wysokie, które zdecydowanie dominują w obszarze kultury masowej. Schemat ten jest głęboko zakotwiczony w tradycji i kulturze, powoduje, że współczesnego człowieka postrzega głównie poprzez pryzmat ciała [Samborska 2005]. Dla większości ludzi wygląd fizyczny odgrywa znaczącą rolę w życiu – stanowi o atrakcyjności danej osoby, wpływa na jej

postrzeganie przez innych (łącznie z przypisywaniem ludziom o danym wyglądzie określonych cech osobowości oraz oczekiwań), co przekłada się na kształt codziennych relacji interpersonalnych (dobieranie sympatii oraz antypatii, tworzenie związków, szukanie partnera życiowego) [Sandberg i in. 2004; Zieniewicz 2010].

Stereotypy społeczne dotyczące niskorosłości funkcjonują już od najmłodszych lat; status danej osoby i osiągnięte korzyści społeczne są utożsamiane z jej sylwetką – wysoki wzrost postrzegany jako synonim siły fizycznej, autorytetu, władzy i sukcesu. Osobom o wzroście wyższym niż przeciętny przypisywane jest znacznie więcej cech pozytywnych niż pozostałym, przy czym nawet dzieci przypisują pozytywne cechy osobom wysokim oraz negatywne – niskim. Liczne źródła [Bielecka-Jasiocha, Rymkiewicz-Kluczyńska 2008; Gilmour, Skuse 1996; Kelnar 1990; Kelnar i in. 1999; Myers 2003; Sandberg i in. 2004; Sandberg, Colsman 2005a; Voss, Wiklund 1995; Zieniewicz 2010] potwierdzają, że w większości społeczeństw osoby wysokie częściej osiągają wyższy status zawodowy, częściej stają się liderami społecznymi i politycznymi, przy czym dotyczy to przede wszystkim mężczyzn – niski wzrost u płci żeńskiej bywa bowiem oceniany jako kobiecy i atrakcyjny [Busschbach i in. 1998].

Stereotypowo niskorosłość jest niemal powszechnie traktowana jako niepełnosprawność, mająca istotny wpływ na fizyczny, psychiczny oraz społeczny rozwój dziecka/adolescenta oraz na poziom stresu społecznego i jakość życia osoby dorosłej. Dzieci i dorośli z niskorosłością są źle traktowani z powodu ich wzrostu oraz są gorzej przystosowani psychospołecznie; niscy mężczyźni są mniej atrakcyjni dla kobiet jako partnerzy, zaś osoby dorosłe z niskorosłością osiągają niższy status zawodowy [Kelnar 1990; Sandberg i in. 2004; Sandberg, Colsman 2005a; Voss, Wiklund 1995].

Występujące powszechnie negatywne stereotypy dotyczące niskorosłości wynikają m.in. z mechanizmów społecznych oraz rodzinnych.

Skupienie uwagi na składniku danego obiektu czy zjawiska sprawia, że przydaje mu się większe znaczenie niż ma ono w rzeczywistości (zjawisko *focusing illusion*). Wyrazistość i niemożność ukrycia cechy, jaką jest niski wzrost może też pełnić rolę wskaźnika (*lighting rod*), który może odwracać uwagę od takich elementów, jak inne przyczyny zaburzeń zachowania i funkcjonowania społecznego [Sandberg, Colsman 2005a].

Zdaniem L.D Voss i D.E. Sandberga [2004] znaczna część lekarzy uważa, że u dzieci ze wzrostem poniżej 3 centyla występuje upośledzony dobrostan emocjonalny. Potencjalnie tendencyjne jest także postrzeganie niskorosłości przez rodziców i nauczycieli, skłonnych interpretować problemy behawioralne lub emocjonalne jako mające bezpośredni związek z niskorosłością. Istotne są także reakcje otoczenia, jakich doświadcza dziecko z niskorosłością, a które wpływają na całą rodzinę; umiejętność rodziców radzenia sobie z nimi jest ważnym czynni-



kiem determinującym zdolność dziecka do zaakceptowania niedoboru wzrostu i warunkującym jego adaptację społeczną [Sandberg i in. 1994; Starke i in. 2000; Voss, Sandberg 2004].

## Niskorosłość a funkcjonowanie psychospołeczne w analizach badawczych

Wiele z badań prowadzonych w ostatnich kilkadziesiąt latach wykazywało negatywne konsekwencje niskorosłości dla psychospołecznego rozwoju dziecka (zarówno w przypadku dzieci zdrowych, tj. z idiopatycznym niskim wzrostem, jak i tych, u których niski wzrost wynika ze schorzeń); od dzieci o przeciętnym wzroście odróżniały się m.in. większą dozą samokontroli, częściej wykazywały symptomy lęku i depresji; w większości interakcji społecznych brakowało im asertywności, skłonności do dominacji i agresji, charakteryzowała je natomiast większa wrażliwość i sumienność (także po zakończeniu okresu dzieciństwa). Badania wykazywały także słabsze niż w przypadku dzieci przeciętnego wzrostu funkcjonowanie poznawcze i osiągnięcia szkolne, słabsze kompetencje społeczne oraz więcej problemów dotyczących zachowania, niższe wyniki w przystosowaniu społecznym, niskie poczucie własnej wartości, silnie rozwinięte i utrwalone mechanizmy obronne typu hiperkompensacji i zaprzeczania. Dzieci z niskim wzrostem częściej niż ich rówieśnicy wykazują społeczną niedojrzałość, izolację, nieśmiałość oraz tendencję do wycofania i unikania konfliktów (jako dominujący sposób zachowania, także po zakończeniu okresu dzieciństwa); często cierpią z powodu fobii społecznej, czują się niedostosowane i zależne od rodziców oraz obwiniają siebie za swój niski wzrost [Erling i in. 2002; Gilmour, Skuse 1996; Mazzone i in. 2003; Molinari i in. 2002; Nicholas i in. 1997; Sandberg i in. 1994; Schneil, Bannard 1991; Siegel i in. 1991; Skuse i in. 1994].

Jednakże obecnie wyniki wielu badań dotyczących niskorosłości są poddawane krytyce, z uwagi na istotne błędy metodologiczne (m.in. mała liczebność grup, brak randomizacji, niewłaściwy dobór badanych – grupy złożone z osób o różnej etiologii niskorosłości, ignorowanie wpływu ważnych zmiennych niezależnych) [Downie i in. 1997; Gollust i in. 2003; Kranzler i in. 2000; Noeker 2005; Sandberg 2011; Voss, Sandberg 2004]. Słabością badań jest także fakt, że „zwykle dotyczą wyselekcjonowanych grup dzieci – pacjentów kierowanych na diagnostykę do specjalistycznych klinik i poradni: »najbardziej prawdopodobnego miejsca, gdzie można znaleźć lękliwych rodziców i dzieci funkcjonujące poniżej oczekiwań (*underachieving children*«” [Bielecka-Jasiocha, Rymkiewicz-Kluczyńska 2008, s. 74].

Znaczące zmiany mogące mieć wpływ na wyniki studiów badawczych wiążą się także z coraz szerszym stosowaniem terapii syntetycznym hormonem wzrostu rhGH (od 1986 r.); nie można wykluczyć silnej presji zarówno rodziców dzieci, jak i koncernów farmaceutycznych zorientowanych na zyski (przez objęcie leczeniem jak największej liczby pacjentów) [Downie i in. 1996; Sandberg 2011; Sandberg, Colsman 2005b].

Należy podkreślić, że pomimo dopuszczenia w USA od roku 2003 stosowania terapii hormonem wzrostu u dzieci i młodzieży z idiopatycznym niskim wzrostem [Freemark 2004] terapia ta (kosztowna, a jednocześnie nieprzynosząca spektakularnych efektów) pozostaje tematem kontrowersji – do dziś nie są znane długoterminowe korzyści uzasadniające terapię hormonem wzrostu osób niskich bez deficytu hormonalnego, istnieją natomiast badania dotyczące możliwości wystąpienia efektów niepożądanych [Kemp i in. 2005; Quigley i in. 2005; Ranke 2013].

Pomimo że wskazania do leczenia rhGH nie uwzględniają zaleceń stosowania tej terapii u zdrowych niskich dzieci, to powszechny obecnie dostęp do tej metody leczenia oraz nacisk na atrakcyjność fizyczną (związaną m.in. z wysokim wzrostem) nasilają dążenia do leczenia niedoboru wzrostu w przypadkach nie wynikających ze wskazań medycznych.

Wielu badaczy [m.in. Allen 2006; Brook 1997; Ranke 2013; Saenger 2000; Sandberg 2011; Sandberg, Colsman 2005b; Voss 2000; Voss, Sandberg 2004] skupia się na dylematach moralnych i etycznych dotyczących tego typu praktyk (określanych endokrynologią kosmetyczną lub plastyczną), w tym kwestii, czy szerokie stosowanie leczenia rhGH nie doprowadzi do sytuacji rozbudzenia nierealistycznych oczekiwań co do efektów terapii oraz braku akceptacji niskorosłości (przez rodziców i społeczeństwo), a zabiegi związane z diagnostyką i leczeniem dziecka, które wcale nie czuje się inne i gorsze od rówieśników z powodu swego niższego wzrostu, staną się dla niego wyrazistym „sygnałem braku akceptacji dla jego odmienności, urastającej do rangi dewiacji, a samo leczenie może się okazać »okrutną iluzją i kosztownym błędem«” [Bielecka-Jasiocha, Rymkiewicz-Kluczyńska 2008, s. 77].

Z uwagi na niewielką ilość przeprowadzonych badań oraz zastosowaną w nich różnorodną metodykę zarówno ocena funkcjonowania społecznego i emocjonalnego, rozwoju intelektualnego, jak i funkcji kognitywnych dzieci z niskorosłością jest utrudniona, jednak nie odbiegają one znacząco od przeciętnych osiągnięć swych rówieśników. Nie potwierdzono także zależności w ocenie kompetencji społecznych, problemów z zachowaniem oraz stopniem adaptacji społecznej związanych z przyczyną oraz głębokością niedoboru wzrostu [Sandberg, Colsman 2005a].

Zgodnie z systematycznym przeglądem piśmiennictwa dotyczącego zaburzeń funkcjonalnych u dzieci z pierwotnym niedoborem wzrostu (idiopatyczny niski wzrost – INW, konstytucjonalne opóźnienie wzrastania i dojrzewania/rozwoju – KOWR, somatotropinowa SNP lub wielohormonalną WNP niedoczynność przysadki) ich iloraz inteligencji pozostawał na poziomie przeciętnych wartości, choć częstość występowania istotnego deficytu IQ (Z) była większa od występującej w populacji ogólnej (w przypadku dzieci z INW/KOWR około sześciokrotnie, a dzieci z SNP/WNP około trzykrotnie) [Wheeler i in. 2004]. Specyficzne trudności dotyczyły sprawności matematycznych i powtarzania klasy (istotnie częściej niż rówieśnicy z grupy kontrolnej), choć poziom ich osiągnięć szkolnych nie odbiegał zwykle od średniej rówieśniczej, nie zależał też – podobnie jak IQ – od zmian wysokości ciała uzyskanych w terapii rhGH [Stabler i in. 1998].

Sfera osiągnięć szkolnych dzieci niskich jest w znacznym stopniu zależna od wpływu czynników środowiskowych i psychospołecznych: często są one izolowane społecznie, funkcjonują na marginesie grupy rówieśniczej i niemal stale są narażone na ryzyko wiktymizacji (ponad połowa rodziców potwierdza częste przypadki złego traktowania – zaczepki, drażnienie, wyśmiewanie oraz dręczenie fizyczne z powodu niskiego wzrostu jest nieomal normą) [Busschbach i in. 1998; Lee i in. 2009; Voss, Sandberg 2004; Voss, Wiklund 1995].

Różnica wzrostu wzbudza ciekawość, ale także niechęć, sprzyja naznaczaniu – powoduje nadawanie etykietek, powstawanie nieuzasadnionych uprzedzeń. Wpływ negatywnych doświadczeń w kontaktach z otoczeniem społecznym może skutkować wystąpieniem problemów psychosocjalnych, a w wieku dorosłym obniżoną jakością życia, wyższym poziomem stresu psychospołecznego oraz występowaniem fobii społecznej [Sandberg i in. 2004; Starke i in. 2000; Stabler i in. 1996].

Nowe badania dotyczące osób z niskorosłością dowodzą, że za utrudnienia w wykształceniu się dojrzałej osobowości dziecka z niskorosłością odpowiadają przede wszystkim negatywne stereotypy społeczne i nieodpowiednie traktowanie, a nie niski wzrost; jego wpływ zmniejsza się, gdy uwzględni się wszystkie czynniki mające wpływ na rozwój dziecka (edukacja, otoczenie społeczne, cechy indywidualne etc.). Jeśli przyczyną niskiego wzrostu nie jest choroba lub zaniedbanie psychospołeczne (wolne tempo wzrastania może świadczyć m.in. o problemach i konfliktach emocjonalnych lub materialnych, przewlekłym stresie psychospołecznym lub emocjonalnym doświadczanym przez dziecko), zwykle nie funkcjonują one gorzej od osób o przeciętnym wzroście, nie wykazują także częściej zaburzeń w sferze osobowościowo-emocjonalnej i intelektualnej [Downie i in. 1997; Ross i in. 2004; Sandberg, Voss 2002; Visser-van Balen i in. 2007; Voss 2006; Voss, Sandberg 2006].

Wyniki rozpoczętego w Wielkiej Brytanii w 1986 r. obszernego badania podłużnego *The Wessex Growth Study* (porównanie rozwoju zdrowych dzieci z niskorosłością z dziećmi normalnego wzrostu) dowodzą, że niski wzrost może mieć wpływ na poziom rozwoju psychicznego (gorsze wyniki w podskalach oceniających m.in. IQ oraz podstawowe umiejętności szkolne), jednakże w znacznie większym stopniu różnice te tłumaczyła klasa pochodzenia społecznego (14% różnic) niż niedobór wzrostu (2%) [Downie i in. 1997; Sandberg, Voss 2002]. Niskorosłość nie powoduje także poważnych trudnień psychologicznych i edukacyjnych u dzieci i adolescentów, nie wpływa w sposób bezpośredni na wskaźniki przystosowania, na zachowanie ani samoocenę czy poczucie własnej wartości; wiąże się z jednak z poziomem satysfakcji z własnego wyglądu fizycznego i pragnieniem bycia wyższym, choć nie zaburza globalnego obrazu własnej osoby [Sandberg 2011; Sandberg, Voss 2002; Zieniewicz 2010].

Wiele zależy także od sposobu sprawowania rodzicielstwa. Dzieci z niskorosłością częściej są określane przez rodziców jako słabo skoordynowane, niezdarne [Gilmour, Skuse 1996]. Problemy w funkcjonowaniu często są wynikiem nadopiekuńczości ze strony rodziny, różnic w określeniu funkcjonowania dziecka w ocenie jego samego oraz w opinii rodziców [Starke i in. 2000]. Niskorosłość może powodować „infantylizowanie” go przez rodziców, rówieśników oraz nauczycieli; zjawisko traktowania dziecka niskiego jako młodszego (tzw. juvenilizacja) jest powszechne – dotyczy około 3/4 dzieci niskorosłych obu płci. Według badań D. Skuse i in. [1994] ponad 80% rodziców uważa, że dziecko zachowuje się jak młodsze, co skutkuje tendencją do zaniżania oczekiwań ze strony rodziców i nauczycieli i w konsekwencji funkcjonowanie dziecka poniżej faktycznych możliwości oraz przyjęcie przez niego dziecinnego zachowania jako normy. Dziecko często ma świadomość, że nie przynosi dumy rodzicom, co może prowadzić do obniżenia poczucia wartości, związanego z obrazem własnego ciała [Downie i in. 1997; Voss 2011]. Także posiadanie młodszego, lecz wyższego rodzeństwa (sytuacja dotyczy około 20% dzieci z niskorosłością) może mieć istotny wpływ na obniżony rozwój kompetencji społecznych oraz zaburzenia zachowania [Sandberg, Voss 2002; Voss, Wiklund 1995].

Wielu rodziców przejawia obawy o relacje rówieśnicze dziecka, jednak z badań wynika, że nie istnieją statystycznie istotne związki pomiędzy wzrostem a wskaźnikami przyjaźni, popularności i reputacji wśród rówieśników. Niski wzrost ma niewielki wpływ na akceptację, zawiązywane przyjaźnie, popularność i reputację w grupie rówieśniczej/klasie szkolnej, bowiem akceptacja rówieśników jest silnie związana z umiejętnościami społecznymi dziecka, a „związek ten działa na zasadzie sprzężenia zwrotnego: umiejętności społeczne są niezbędne do nawiązywania i podtrzymywania interakcji z innymi ludźmi, a interakcje te są

podstawą dla formowania się odpowiednich kompetencji społecznych” [Zieniewicz 2010, s. 343].

Niskie dzieci są w stanie wypracowywać własne strategie, umożliwiające im psychologiczną adaptację do swojej sytuacji; pomocne w usprawnianiu funkcjonowania psychospołecznego mogą być trening asertywności oraz trening psychologiczny radzenia sobie z niskorosłością [Bannink i in. 2005; Hoverkamp, Noeker 1998].

Zdolności społeczne dzieci z niskorosłością są porównywalne z tymi posiadanymi przez ich rówieśników; z drugiej strony potrzeba aktywności społecznej oraz zabieganie o akceptację grupy mogą odsuwać na dalszy plan zadania związane z nauką, co z kolei może mieć wpływ na – wykazywane w badaniach – obniżone osiągnięcia w rozwoju [Gilmour, Skuse 1996; Voss, Sandberg 2006].

## Zakończenie

Osoby z niedoborem wzrostu nie stanowią jednolitej grupy; również dotyczące ich badania przeprowadzane są głównie z udziałem dzieci z niskorosłością bez jednoznacznie rozpoznanej przyczyny, często określanych jako „zdrowe o niskim wzroście”. Nie można zatem generalizować wniosków z badań, tym bardziej że studia badawcze nad przystosowaniem osób z niskorosłością korzystają z różnych założeń metodologicznych.

Pomimo że niski wzrost nie ma bezpośredniego wpływu na jakość życia jednostki, zazwyczaj nie jest także związany z istotnymi zaburzeniami, to jednak może wywierać znaczny wpływ na jej status psychospołeczny i samoocenę. Większość osób z niskorosłością wykazuje normalną adaptację emocjonalną i behawioralną, pomimo istniejących niedogodności, radzi sobie ze swoją odmiennością nieakceptowaną przez część otoczenia, jednak część z nich ma trudności w zaakceptowaniu swego stanu – wykazuje słabsze kompetencje społeczne, częściej podlega izolacji, jest narażona na ryzyko wiktyimizacji (lekceważenia, poniżania) i traktowanie nieadekwatne do wieku (przez rodziców oraz nauczycieli). Naznaczanie społeczne ma wpływ na rozwój, może prowadzić do przyjęcia narzuconego przez otoczenie obrazu „ja” i wraz z nim niskiego statusu społecznego, tożsamości osoby zmarginalizowanej (automarginalizacja).

Warto tu przytoczyć za D.E. Sandbergiem i M. Colsmem [2005a] zalecenia i przeciwwskazania adresowane do lekarzy, przypominające o konieczności przeprowadzenia kompleksowej oceny funkcjonowania psychospołecznego, jednak – w przypadku wykrycia problemów w adaptacji psychospołecznej – bez zakładania *a priori*, że są spowodowane one przez niskorosłość. Nie należy także

zaniebdywać zarówno szczegółowych badań (celem dotarcia do faktycznej przyczyny wszystkich komplikacji zdrowotnych), jak i prób rozwiązania problemów w psychospołecznym funkcjonowaniu osoby z niskorosłością. Zalecenia dotyczą także ścisłej współpracy z pacjentem i rodzicami/opiekunami oraz wspierania w świadomym podejmowaniu decyzji, w tym dotyczących skuteczności leczenia (pewności co do oczekiwanych efektów i bezpieczeństwa terapii), racjonalnego wyjaśniania, że wyższy wzrost nie wiąże się bezpośrednio ze zmianami w odczuwanej jakości życia, jak też rzetelnego rozważenia zastosowania terapii syntetycznym hormonem wzrostu rhGH (przedyskutowanie wszelkich potencjalnych korzyści i zagrożeń związanych z wystąpieniem efektów niepożądanych).

Chociaż w większości przypadków jedyną cechą osoby z niskorosłością różniącą ją od większości społeczeństwa jest niższy wzrost, nieposiadający cech dysfunkcji, to – podobnie jak w przypadku osób z niepełnosprawnością – satysfakcjonujące funkcjonowanie w otoczeniu społecznym zależy w dużej mierze od stopnia adaptacji do sytuacji własnej odmienności oraz samoakceptacji i odpowiedniego przystosowania do uwarunkowań powodowanych wzrostem. Niezwykle istotny jest także sposób, w jaki dziecko/adolescenta z niskorosłością traktuje najbliższe otoczenie, w tym odpowiedzialny sposób wychowania i wsparcie ze strony rodziny.

## Bibliografia

- Allen D.B. (2006), *Growth hormone therapy for short stature: Is the benefit worth the burden*, „Pediatrics”, 118(1), s. 343–348.
- Bannink E., Van Pareren Y., Theunissen N., Raat H., Mulder P., Hokken-Koelega A. (2005), *Quality of life in adolescents born small for gestational age: Does growth hormone make a difference?*, „Hormone Research”, 64, s. 166–174.
- Becker H.S. (2009), *Outsiderzy. Studia z socjologii dewiacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Bielecka-Jasiocha J., Rymkiewicz-Kluczyńska B. (2008), *Psychospołeczne funkcjonowanie dzieci niskorosłych*, „Endokrynologia Pediatryczna”, 22, s. 28–33.
- Błęszyńska K. (2001), *Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa.
- Brook C.G.D. (1997), *Growth hormone: Panacea or punishment for short stature?*, „British Medical Journal”, 315, s. 692–693.
- Busschbach J.J.V., Busschbach J.J.V., Rikken B., Grobber D.E., De Charro F.T., Wit J.M. (1998), *Quality of life in short adults*, „Hormone Research”, 49, s. 32–38.
- Downie A.B., Mulligan J., McCaughey E.S., Stratford R.J., Betts P.R., Voss L.D. (1996), *Psychological response to growth hormone treatment in short normal children*, „Archives of Disease in Childhood”, 75, s. 32–35.
- Downie A.B., Mulligan J., Stratford R.J., Betts P.R., Voss L.D. (1997), *Are short normal children at a disadvantage? The wessex growth study*, „British Medical Journal”, 314, s. 97–100.

- Erling A., Wiklund I., Albertsson-Wikland K. (2002), *Psychological functioning in boys of short stature: effects of different levels of growth hormone secretion*, „Acta Paediatrica”, 91(9), s. 966–971.
- Försterling F. (2005), *Atrybucje: podstawowe teorie, badania i zastosowania*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Freemark M. (2004), *Growth hormone treatment of “Idiopathic Short Stature”: not so fast*, „Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism” 89(7), s. 3138–3139.
- Gilmour J., Skuse D. (1996), *Short stature – the role of intelligence in psychosocial adjustment*, „Archives of Disease in Childhood”, 75, s. 25–31.
- Goffman E. (2007). *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Gollust S., Thompson E., Gooding C., Biesecker B. (2003), *Living with achondroplasia in an average-sized world: an assessment of quality of life*, „American Journal of Medical Genetics Part A”, 120(4), s. 447–458.
- Gustavsson A., Zakrzewska-Manterys E. (1997), *Społeczny kontekst upośledzenia [w:] Upośledzenie w społecznym zwierciadle*, red. A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa
- Hoverkamp F., Noeker M. (1998), *Short stature in children – a questionnaire for parents: a new instrument for growth disorder specific psychosocial adaptation in children*, „Quality of Life Research”, 7, s. 447–455.
- Kelnar C.J.H. (1990), *Pride and prejudice – stature in perspective*. „Acta Paediatrica Scandinavica (Supplement)” 370, s. 5–15.
- Kelnar C.J.H., Albertsson-Wikland K., Hintz R., Ranke M., Rosenfeld R. (1999), *Should we treat children with idiopathic short stature?*, „Hormone Research”, 52, s. 150–157.
- Kemp S.F., Kuntze J., Attie K.M., Maneatis T., Butler S., Frane J., Lippe B. (2005), *Efficacy and safety results of long-term growth hormone treatment of idiopathic short stature*, „Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism”, 90(9), s. 5247–5253.
- Kojder A. (1980), *Co to jest teoria naznaczania społecznego?*, „Studia Socjologiczne”, 78(3), s. 45–65.
- Kranzler J.H., Rosenbloom A.L., Proctor B., Diamond F.B. Jr, Watson M. (2000), *Is short stature a handicap? A comparison of the psychosocial functioning of referred and nonreferred children with normal short stature and children with normal stature*, „Journal of Pediatrics”, 136, s. 96–102.
- Lee J., Appugliese D., Coleman S., Kaciroti N., Corwyn R., Bradley R., Sandberg D., Lumeng J. (2009), *Short stature in a population-based cohort: social, emotional, and behavioral functioning*, „Pediatrics”, 124(3), s. 903–910.
- Link B.G., Phelan J.C. (2001), *Conceptualizing stigma*, „Annual Review of Sociology”, 27(1), s. 363–385.
- Major B., O’Brien L.T. (2005), *The social psychology of stigma*, „Annual Review of Psychology”, 56, s. 393–421.
- Marshall G. (red.) (2005), *Słownik socjologii i nauk społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Marszałek L. (2007), *Społeczny kontekst niepełnosprawności*, „Seminare”, 24, s. 339–353.

- Molinari E., Sartori A., Ceccarelli A., Marchi S. (2002), *Psychological and emotional development, intellectual capabilities, and body image in short normal children*, „Journal of Endocrinological Investigation”, 25, s. 321–328.
- Myers D.G. (2003), *Psychologia społeczna*, Zysk i S-ka, Poznań.
- Nicholas L., Tancer M., Silva S., Underwood L., Stabler B. (1997), *Short stature, growth hormone deficiency and social anxiety*, „Psychosomatic Medicine”, 59(4), s. 372–375.
- Noeker M. (2005), *Neurocognitive development in children experiencing intrauterine growth retardation and born small for gestational age: pathological, constitutional and therapeutic pathways*, „Hormone Research”, 64 (suppl. 3), s. 83–88.
- Ostrowska A., Sikorska J. (1996), *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*, Wydawnictwo IFIS PAN, Warszawa.
- Pawlica B. (2001), *Mechanizmy naznaczania społecznego. Socjologiczne studium teoretyczno-empiryczne*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Częstochowa.
- Robling K., Chipman J.J., Rose S.R., Ross J.L., Cassorla F.G., Wolka A.M., Wit J.M., Rekers-Mombarg L.T., Cutler G.B. Jr. (2005), *Safety of growth hormone treatment in pediatric patients with idiopathic short stature*, „Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism”, 90(9), s. 5188–5196.
- Ranke M.B. (1996), *Towards a consensus on the definition of idiopathic short stature*. „Hormone Research”, 45 (suppl 2), s. 64–66.
- Ranke M.B. (2013), *Treatment of children and adolescents with idiopathic short stature*, „Nature Reviews Endocrinology”, 9(6), s. 325–334.
- Ross J., Sandberg D., Rose S., Werber Leschek E., Baron J., Chipman J., Cassorla F., Quigley C., Crowe B., Roberts K., Cutler G. Jr. (2004), *Psychological adaptation in children with idiopathic short stature treated with growth hormone or placebo*, „Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism”, 89(10), s. 4873–4878.
- Saenger P. (2000), *Growth hormone therapy for the short normal child: who needs it and who wants it? The case in support of GH therapy*, „Journal of Pediatrics”, 136, s. 106–110.
- Samborska L. (2005). *Media a przemiany kultury współczesnej – refleksje pedagogiczne*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu Wydziału Zamiejscowego w Chorzowie”, 6, s. 218–219.
- Sandberg D.E. (2011), *Psychosocial aspects of short stature and its management: good deeds require good science*, „Hormone Research in Paediatrics”, 76 Suppl 3, s. 37–39.
- Sandberg D.E., Brook A.E., Campos S.P. (1994), *Short stature: a psychosocial burden requiring growth hormone therapy?*, „Pediatrics”, 94, s. 832–849.
- Sandberg D.E., Bukowski W.M., Fung C.M., Noll R.B. (2004), *Height and social adjustment: Are extremes a cause for concern and action?*, „Pediatrics”, 114, s. 744–750.
- Sandberg D.E., Colman M. (2005a), *Assessment of psychosocial aspects of short stature*, „Growth, Genetics & Hormones”, 21(2), s. 17–25.
- Sandberg D.E., Colman M. (2005b), *Growth hormone treatment of short stature: status of the quality of life rationale*, „Hormone Research”, 63, s. 275–283.
- Sandberg D., Voss L. (2002), *The psychosocial consequences of short stature: a review of the evidence. Best Practice and Research*, „Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism”, 16, s. 449–463.



- Schneil F., Bannard J. (1991), *Short stature in childhood and adolescence, part 2, Psychological management*, „Canadian Family Physician”, 37, s. 2217–2222.
- Siegel P.T., Clopper R., Stabler B. (1991), *Psychological impact of significantly short stature*, „Acta Paediatrica Scandinavica (Suppl.)”, 377, s. 14–18.
- Skuse D., Gilmour J., Tian C.S., Hindmarsh P. (1994), *Psychosocial assessment of children with short stature: a preliminary report*, „Acta Paediatrica (Supplement)”, 406, s. 11–16.
- Somma D., Bond V. (2006), *International research workshop on health-related stigma and discrimination*, „Psychology, Health & Medicine”, 11(3), s. 271–276.
- Stabler B., Clopper R.R., Siegel P.T., Nicholas L.M., Silva S.G., Tancer M.E., Underwood L.E. (1996), *Links between growth hormone deficiency, adaptation and social phobia*, „Hormone Research”, 45, s. 30–33.
- Stabler B., Siegel P.T., Clopper R.R., Stoppani C.E., Compton P.G., Underwood L.E. (1998), *Behavior change after growth hormone treatment of children with short stature*, „Journal of Pediatrics”, 133, s. 366–373.
- Starke M., Erling A., Möller A. Wikland K.A. (2000), *Family function in families with children of normal height and in families with short children*, „Acta Paediatrica”, 89, s. 983–988.
- Styne D. (2001), *Growth [w:] Basic and clinical endocrinology*, red. F.S. Greenspan, D.G. Gardner, Lange Medical Books / McGraw-Hill, New York, s. 163–200.
- Ulph F., Betts P., Mulligan J., Stratford R. (2004), *Personality functioning: the influence of stature*, „Archives of Disease in Childhood”, 89, s. 17–21.
- Visser-van Balen H., Geenen R., Kamp G., Huisman J., Wit J., Sinnema G. (2007), *Long-term psychosocial consequences of hormone treatment for short stature*, „Acta Paediatrica”, 96(5), s. 715–719.
- Voss L.D. (2000), *Growth hormone therapy for the short normal child: Who needs it and who wants it? The case against growth hormone therapy*, „Journal of Pediatrics”, 136, s. 103–106.
- Voss L.D. (2006), *Is short stature a problem? The psychological view*, „European Journal of Endocrinology”, 155(1), s. S39–S45.
- Voss L.D. (2011), *Short normal stature and psychosocial disadvantage. A critical review of the evidence*, „Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism”, 14(6), s. 701–711.
- Voss L.D., Wiklund I. (1995), *Short stature and psychosocial assessment. Workshop report*, „Acta Paediatrica Supplement”, 411, s. 69–74.
- Voss L.D., Sandberg D.E. (2004), *The psychological burden of short stature: evidence against*, „European Journal of Endocrinology”, 151, s. S29–S33.
- Weigl B. (2000), *Stereotypy i uprzedzenia [w:] Psychologia. Podręcznik akademicki*, red. J. Strelau, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, s. 203–224.
- Wheeler P.G., Bresnahan K., Shephard B.A., Lau J., Balk E.M. (2004), *Short stature and functional impairment. A systematic review*, „Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine”, 158, s. 236–243.
- Woźniak Z. (2008), *Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej. Społeczny kontekst medycznego problemu*, Academica Wydawnictwo SWPS, Warszawa.
- Zieniewicz H. (2010), *Wpływ niskiego wzrostu na życie osoby nim dotkniętej*, „Current Problems of Psychiatry”, 11(4), s. 339–345.