KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Śląskie.
Pozytywna energia

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

WSPÓŁPRACA Z RODZICAMI DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH W WIEKU 3-6 LAT

PORADNIK

dla rodziców, opiekunów i terapeutów

Szymon Godawa

Biuro Projektu:
RODN „WOM” w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

Spis treści

Wstęp 3
Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka – prawo i podstawowe określenia 4
Przychodzę na świat i odkrywam – rozwój dziecka w wieku 0 – 6 lat 8
Kiedy dziecko idzie krętą drogą – trudności rozwojowe 11
Diagnoza we wczesnym wspomaganiu rozwoju 17
Skarbiec terapeuty – przegląd form terapii i metod wsparcia rozwoju dzieci 23
Współpraca z rodziną 37
Zakończenie 38
Bibliografia 38
Aneks 40

Biuro Projektu:
RODN „WOM” w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

Wstęp

Poradnik ten kieruję głównie do rodziców i nauczycieli oraz terapeutów. Opracowanie to nie wyczerpuje w pełni przedstawionych zagadnień, jest z założenia wstępem do pracy dla osób chcących wspierać rozwój małych dzieci.

W pierwszej części poradnika została opisana problematyka terminologiczna i uwarunkowania prawne wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, rozwój dziecka do 6 roku życia oraz trudności rozwojowe. W dalszej części scharakteryzowano wybrane formy terapii i metody wsparcia rozwoju, porady związane z diagnozą funkcjonalną oraz współpracą z rodzicami. W aneksie, w załączniku nr 5, znajduje się lista proponowanych lektur z zakresu będącego przedmiotem rozważań. W poradniku zwrócono szczególnie uwagę na zagadnienia, które w przekonaniu autora są stosunkowo mniej powszechnie znane, a warte jednocześnie uwagi; dotyczy to przede wszystkim stosowanych metod wsparcia rozwoju oraz problematyki diagnozy funkcjonalnej dzieci, w tym diagnozy środowiska rodzinnego.

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka – prawo i podstawowe określenia

Określenie wczesne wspomaganie rozwoju dziecka (WWRD) jest stosunkowo nowe w literaturze przedmiotu, często zestawiane lub wręcz utożsamiane z pojęciem wczesnej interwencji. Najpełniej definicję WWRD wydaje się prezentować J. Rafał-Łuniewska, która uważa że *wczesne wspomaganie rozwoju dziecka to interdyscyplinarne podejście, umożliwiające objęcie specjalistyczną opieką dziecka i jego rodziny. To holistycznie działania mające na celu pobudzanie i stymulowanie psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka od chwili wykrycia pierwszych sygnałów nieprawidłowego funkcjonowania do podjęcia nauki w szkole*.[1]

B. Marcinkowska zwraca uwagę na fakt, że *wspomaganie jest procesem dynamizowania czynników sprzyjających rozwojowi i należy go rozpatrywać jako jeden z pierwszych etapów rehabilitacji osób niepełnosprawnych, prowadzącej do uzyskania w dorosłym życiu autonomii… Wspomaganie rozwoju należy rozpatrywać w kontekście systemowym*.[2]

Z kolei *interwencja to termin jednoznaczny, wskazujący na aktywność polegającą na wtrącaniu się, włączaniu się w jakąś sprawę w celu wniesienia zmiany. Nieprawidłowości w rozwoju obserwowane u dzieci stanowią właśnie taką sytuację, w której należy interweniować, by nie dopuścić do jej nieodwracalności, bądź łagodzić skutki zaburzeń najtrudniejszych pozostawiających piętno na całe życie*.[3] Interwencja w rozumieniu psychopedagogicznym jest specyficznym kontaktem terapeutycznym ograniczonym w czasie (do kilku, kilkunastu spotkań), skoncentrowanym na konkretnym problemie, którego

---

[1] J. Rafał-Łuniewska: *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka w polskim prawie oświatowym*. ORE, Warszawa.

[2] B. Marcinkowska: *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością sprzężoną*. W: *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka z uszkodzonym wzrokiem z dodatkowymi niepełnosprawnościami*. Red. G. Walczak. Wyd. MENiS, Warszawa 2005.

[3] B. Cytowska: *Idea wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka*. W: B. Cytowska, B. Winczur: *Wczesna interwencja i wczesne wspomaganie rozwoju małego dziecka.* Impuls, Kraków 2008.

głównym celem może być zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, wsparcie emocjonalne, pomoc w pracy nad lękiem.[4]

Zasadnicze funkcje WWR:

- diagnozująca – dotycząca wczesnego określenia poziomu funkcjonowania dziecka; rozpoznanie kliniczne;
- stymulacyjna – terapeutyczna, obejmująca wielospecjalistyczne wsparcie rozwoju dziecka i jego rodziny, profilaktykę oraz rehabilitację i kompensację;
- informacyjna.[5]

Edukacja i wsparcie rozwoju dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych jest oparte m.in. na następujących aktach prawnych:

- *Konstytucja RP*,
- *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka*,
- *Konwencja o prawach dziecka*,
- *Światowa deklaracja edukacji dla wszystkich*,
- Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych,
- Deklaracja z Salamanki – związana z zaleceniami dla działań w zakresie specjalnych potrzeb edukacyjnych,
- *Deklaracja Madrycka*,
- *Ustawa o systemie oświaty* z dnia 7 września 1991 r., z późniejszymi zmianami (Dz. U. z 2004 r. Nr 256 poz. 2572),
- Ustawa MEN z dn. 23 sierpnia 2001r. (Dz. U. nr 111 poz. 1194) – tzw. ustawa czyszcząca, dotycząca wczesnego wspomagania,
- Akty wykonawcze w formie rozporządzeń zmienianych lub nowelizowanych co kilka lat, w szczególności rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 r. odnośnie organizacji wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. poz.1257).

[4] http://www.interwencjakryzysowa.pl/o-kryzysie-i-interwencji; dostęp: 01.2014.

[5] J. Rafał-Łuniewska: *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka w polskim prawie oświatowym*. ORE, Warszawa.

Miejsce organizacji pomocy

WWR jest organizowane najczęściej w przedszkolu, w tym w placówkach specjalnych, w innych formach wychowania przedszkolnego, w ośrodkach, o których mowa w art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, oraz w publicznej i niepublicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej, jeżeli mają one możliwość realizacji wskazań zawartych w opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, w szczególności dysponują środkami dydaktycznymi i sprzętem, niezbędnymi do prowadzenia takiego wspomagania.

Zajęcia w ramach WWR, zwłaszcza z dziećmi, które nie ukończyły trzeciego roku życia, mogą być prowadzone także w domu rodzinnym.[6]

Zespół wczesnego wspomagania

Zespół WWR jest organizowany przez zarządzającego – dyrektora, odpowiednio przedszkola, szkoły, ośrodka lub poradni, lub osobę kierującą inną formą wychowania przedszkolnego. W skład zespołu wchodzą osoby posiadające przygotowanie do pracy z małymi dziećmi o zaburzonym rozwoju psychoruchowym, w tym:

- pedagog z kwalifikacjami adekwatnymi do niepełnosprawności dziecka, w szczególności: oligofrenopedagog, tyflopedagog lub surdopedagog;
- psycholog;
- logopeda;
- inni specjaliści – dobór kadry jest uwarunkowany potrzebami dziecka i jego rodziny.

Zadania zespołu:

- ustalenie kierunków i harmonogramu działań w zakresie wczesnego wspomagania i wsparcia rodziny dziecka;
- kooperacja z innymi podmiotami (m.in. lecznicą, zakładem pomocy społecznej) w celu zapewnienia dziecku rehabilitacji, terapii lub innych form pomocy, stosownie do jego potrzeb;

6 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 r. Źródło: http://bip.men.gov.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=2029:rozporzadzenie-ministra-edukacji-narodowej-z-dnia-11-padziernika-2013-r-w-sprawie-organizowania-wczesnego-wspomagania-rozwoju-dzieci&catid=26:akty-prawne-obowizujce&Itemid=49

- stworzenie i realizacja indywidualnego programu wczesnego wspomagania, z uwzględnieniem działań wspomagających rodzinę dziecka w zakresie realizacji programu, koordynowania działań specjalistów prowadzących zajęcia z dzieckiem oraz oceniania postępów dziecka;
- analizowanie skuteczności pomocy udzielanej dziecku i jego rodzinie, wprowadzanie zmian w indywidualnym programie wczesnego wspomagania, stosownie do potrzeb dziecka i jego rodziny, oraz planowanie dalszych działań w zakresie wczesnego wspomagania.[7]

Współpraca z rodziną dziecka musi obejmować:

- pomoc udzieloną prawnym opiekunom w zakresie kształtowania zachowań pożądanych w kontaktach z dzieckiem: wzmacnianie więzi emocjonalnej pomiędzy rodzicami i dzieckiem, rozpoznawanie zachowań dziecka i utrwalanie właściwych reakcji na te zachowania;
- poradnictwo, edukację i reedukację oraz prowadzenie konsultacji w zakresie pracy z dzieckiem;
- instruktaż w zakresie dostosowania warunków w środowisku domowym do potrzeb dziecka oraz dotyczący pozyskania i wykorzystania w pracy z dzieckiem odpowiednich środków dydaktycznych i niezbędnego sprzętu.[8]

Kuratelę nad pracą grupy sprawuje – jak powiedziano wcześniej – dyrektor (kierownik) placówki, albo osoba przez niego upoważniona. Zespół ma obowiązek dokładnie dokumentować całą swoją pracę w ramach indywidualnego programu wczesnego wspomagania. Zajęcia trwają od 4 do 8 godzin w miesiącu – w zależności od potrzeb i możliwości dziecka. Prowadzone są indywidualnie (wraz z rodziną; po ukończeniu trzeciego roku życia dziecko może uczestniczyć w zajęciach grupowych, organizowanych dla 2 – 3 dzieci (wraz z rodziną).

[7] Tamże.
[8] Tamże.

Zakres wczesnego wspomagania rozwoju może być związany z stymulacją:

- kształtowania mowy i języka,
- rozwoju motorycznego,
- stymulacji polisensorycznej,
- orientacji przestrzennej,
- usprawniania zmysłu słuchu i wzroku,
- prawidłowej komunikacji,
- zdolności samoobsługi,
- funkcjonowania autonomicznego i nawiązywania prawidłowych relacji w środowisku.

Przychodzę na świat i odkrywam – rozwój dziecka w wieku 0 – 6 lat

W podrozdziale tym zostaną przedstawione podstawowe informacje z zakresu rozwoju dzieci do 6 roku życia w obszarach: fizycznym, psychomotorycznym, mowy, emocjonalnym i społecznym.

Rozwój fizyczny, w szczególności wzrost (długość), masa, zabarwienie skóry, obwód głowy czy klatki piersiowej są istotnymi, pierwszymi wyznacznikami prawidłowego rozwoju. Normy rozwojowe dla chłopców i dziewcząt znajdują się w aneksie, w załączniku nr 1.

W tabeli zamieszczonej poniżej przedstawiono kompetencje i czynności psychomotoryczne, jakie dzieci osiągają w pierwszych 36 miesiącach życia; mają one jednak charakter orientacyjny, ponieważ mogą występować różnice osobnicze, niezwiązane z występowaniem stanów patologicznych u poszczególnych dzieci.

Tabela 1. Rozwój psychomotoryczny dziecka

Wiek (miesiące)	Czynności ruchowe	Inne czynności
1	• reaguje na dźwięk • wykonuje ruchy ssania • unosi główkę w pozycji na brzuchu • zaciska rękę na przedmiocie	• okazuje zadowolenie przy karmieniu • wodzi oczami za światłem
2	• uśmiecha się • odwraca głowę w kierunku dźwięku	• rozpoczyna proste zabawy przedmiotami • wydaje pojedyncze dźwięki

		• śledzi poruszające się obrazy
3	• utrzymuje grzechotkę w ręku • śledzi przedmiot • wydaje artykułowane dźwięki • leżąc na brzuchu, opiera się na przedramionach, unosząc głowę • porusza dynamicznie nogami	• ożywia się na widok ludzi
4	• przewraca się z boku na plecy i z pleców na bok • sięga ręką do przedmiotu • odpowiada dźwiękiem, gdy się do niego przemawia	• śmieje się głośno • odróżnia rodziców
5	• utrzymuje głowę bez wysiłku • chwyta dłonią • bawi się zabawkami • podciągane za ręce, potrafi usiąść	• rozpoznaje swoje odbicie w lustrze
6	• sięga nogami do ust • siedzi, trzymając się • chwyta przedmioty jedną ręką • otwiera usta na widok jedzenia	• zaczyna sylabizować
7	• siedzi • trzymane pod pachami podskakuje • pełza na brzuchu	• szuka schowanej zabawki • je łyżeczką • komunikuje potrzebę aktywnych kontaktów z dorosłymi
8	• pełza w przód • siedzi samo bez podparcia • umie usiąść samo • trzyma palcami	• wyrzuca zabawki z łóżka • samo potrafi zjeść np. kawałek wafla • reaguje lękiem na obce osoby
9	• raczkuje • pewnie siedzi • zaczyna stawiać pierwsze kroki z podtrzymaniem	• reaguje na imię, • naśladuje ruchy
10	• staje samodzielnie, trzymając się	• rozumie proste polecenia • podaje zabawki • pije z kubka
11 – 12	• staje bez podparcia • podnosi zabawki, kucając	• wskazuje nazwany przedmiot

Biuro Projektu:
RODN „WOM” w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

	• chodzi trzymane za rękę lub kilka kroków samo	• wkłada mniejsze przedmioty do większych, otwiera pudełka
15	• samodzielnie chodzi	• posługuje się łyżeczką, • zna swoje imię, • otwiera pudełka i szuflady • trzyma kubek
18	• trzymane za rękę wchodzi po schodach • wspina się na krzesła	• pokazuje części ciała
21	• biega	• sygnalizuje potrzeby fizjologiczne
24	• siedzi przy stole • kopie piłkę	• słucha opowiadań
36	• rzucając i kopiąc nie traci równowagi • biega i poskakuje przy muzyce	• tworzy budowle dwuwymiarowe.[9]

Rozwój mowy

Zaraz po urodzeniu krzyk dziecka jest mało zróżnicowany, wydawane dźwięki mają charakter krótki i gardłowy. W drugim miesiącu życia rozpoczyna się okres gruchania, a dźwięki dziecka mają charakter bardziej zróżnicowany. Około czwartego miesiąca życia następuje przygotowanie do wypowiadania sylab, powiększa się zasób samogłosek. Od 9 – 10 miesiąca życia można zaobserwować gesty wskazywania palcami, rozumienie prostych słów, usłyszeć słowa zbudowane z sylab. Około pierwszego roku życia dziecko może samodzielnie wypowiadać wyrazy, rozumieć proste polecenia oraz identyfikować nazwy przedmiotów, jest w stanie powtarzać proste słowa i wyrazy wypowiadane przez inną osobę. W drugim roku życia dziecko powinno posługiwać się nazwami czynności, przedmiotów itp.; rozpoczyna się etap rozumienia prostych zdań, poszerza się zasób słownika rozumianego i wypowiadanego, kształtuje się zdolność procesów uwagi. W trzecim roku życia następuje stosunkowo szybki rozwój:

- fonetyczno-fonologiczny,
- konstrukcji składni (różne typy zdań),
- sprawności w komunikacji oraz poszerza się zasób słownictwa.

[9] Tabela stworzona na podstawie: http://www.zdrowie.med.pl/nasze_dzieci/ndzieci_02.html, http://www.maluchy.pl/tabele/11-tabela-psychomotorycznego-rozwoju-dziecka

Biuro Projektu:
RODN „WOM" w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

W wieku czterech lat dziecko powinno swobodnie budować zdania złożone i rozwinięte, tworzyć mniej neologizmów, częściej używać przysłówków i przymiotników, zadawać coraz więcej pytań. W wieku pięciu – sześciu lat powinno mieć w pełni ukształtowany system fonetyczno-fonologiczny, powinna też pojawić się umiejętność narracyjna oraz początki wiedzy metajęzykowej.[10]

Rozwój społeczny

Do około trzeciego miesiąca życia dziecko powinno reagować mimiką na twarze osób dorosłych, skupiać na nich uwagę, na uśmiech odpowiadać uśmiechem. Między czwartym a ósmym miesiącem życia dziecko powinno rozwinąć umiejętność okazywania negatywnych reakcji na obce osoby oraz na brak matki, a także poszerzyć zasób przeżywanych emocji. Do pierwszego roku życia dziecko powinno przejawiać zachowania intencjonalne, opanować wskazywanie palcem, zapoczątkować interakcje z innymi osobami. W drugim roku życia wzrasta zainteresowanie rówieśnikami, pojawia się odrębność własnego *ja*; to czas identyfikacji nowych uczuć i intensywnego używania języka w relacjach z innymi. Około trzeciego roku życia dziecko może zacząć przyswajać reguły i zasady społeczne, a od czwartego roku życia powinno opanować zdolność do udziału w grach z zasadami, w aktywnościach tematycznych, kontrolować ekspresję, przestrzegać zasad panujących w danej grupie. W wieku pięciu – sześciu lat powinno umieć współdziałać, posiadać poczucie tożsamości płciowej, poszukiwać autorytetów nie tylko w rodzicach; powinien następować rozwój moralny.[11]

W ciągu ostatnich kilku lat szeroko prowadzona jest dyskusja społeczna związana z obowiązkowymi szczepieniami. Coraz większy odsetek rodziców nie szczepi swoich dzieci, co jest wiązane z przekonaniem o dużej szkodliwości szczepionek. Na dziś, z prawnego punktu widzenia, rodzice nie mają żadnej alternatywy; wszystkie dzieci muszą być poddane obowiązkowym szczepieniom ochronnym:

- noworodek: gruźlica, BCG, WZW B – 1 dawka;
- 2 miesiąc życia: wzw B – 2 dawka, DTP – 1 dawka, Hib – 1 dawka;
- 3 – 4 miesiąc życia: DTP – 2 dawka, Hib – 2 dawka, polio IPV – 1 dawka;

[10] J. Cieszyńska, M. Korendo: *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6 roku życia*. Wyd. Edukacyjne, Kraków 2007.

[11] Tamże.

Biuro Projektu:
RODN „WOM" w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

- 5 – 6 miesiąc życia: DTP – 3 dawka, Hib – 3 dawka, polio IPV – 2 dawka;
- 7 miesiąc życia: WZW B – 3 dawka;
- 13 – 14 miesiąc życia: odra, świnka, różyczka – 1 dawka;
- 16 – 18 miesiąc życia: DTP – 4 dawka, Hib – 4 dawka, polio IPV – 3 dawka;
- 6 rok życia: DTP – 1 dawka przypominająca, polio OPV;
- 10 rok życia: odra, świnka, różyczka – 2 dawka przypominająca.

Kiedy dziecko idzie krętą drogą – trudności rozwojowe

W podrozdziale tym zostaną opisane najczęściej występujące zaburzenia psychiczne i zachowania, z którymi można spotkać się w ramach pracy WWRD (scharakteryzowane w ICD – 10[12] oraz DSM – V), oraz ich główne kryteria diagnostyczne wraz z przyczynami**.** Szczegółowy spis zaburzeń ICD -10 znajduje się w aneksie, w załączniku nr 4.

Niepełnosprawność intelektualna

Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych podaje, że *niepełnosprawność intelektualna jest stanem zahamowania lub niepełnego rozwoju umysłu, które charakteryzuje się zwłaszcza uszkodzeniem umiejętności ujawniających się w okresie rozwoju i składających się na ogólny poziom inteligencji, to jest: zdolności poznawczych, mowy, ruchowych i społecznych*[13]. Inna typologia zaburzeń, stworzona przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne DSM-V przedstawia trzy kryteria niepełnosprawności intelektualnej zaprezentowane w tabeli poniżej.

Tabela 2. Kryteria niepełnosprawności intelektualnej według DSM – V

Kryterium A	*Deficyty w zakresie ogólnych zdolności umysłowych, takich jak: rozumowanie, rozwiązywanie problemów, planowanie, myślenie abstrakcyjne, wydawanie osądów, zdobywanie wiedzy w systemie edukacyjnym, jak i przez doświadczenia. Niepełnosprawność intelektualna*

[12] ICD – 10 to Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych utworzona przez Światową Organizację Zdrowia w celu m.in. systematyzacji i stworzenia kryteriów diagnostycznych problemów zdrowotnych ludzi. Jej odpowiednikiem w zakresie zaburzeń psychicznych w USA jest klasyfikacja DSM V stworzona przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.

[13] *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Red. S. Pużyński, J. Wciórka. Vesalius, Warszawa 1998, s. 189.

Biuro Projektu:
RODN „WOM" w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

	wymaga obniżenia sprawności intelektualnej około dwa lub więcej odchyleń standardowych w ilorazie inteligencji, I.I (Intelligence Quotient, IQ) poniżej średniej populacyjnej dla danej grupy wiekowej i kulturowej, co jest wynikiem ilorazu około 70 lub poniżej, mierzonego indywidualnymi, standaryzowanymi, kulturowo odpowiednimi testami psychologicznymi.
Kryterium B	*Deficyty w ogólnych zdolnościach umysłowych upośledzają funkcjonowanie w porównaniu z adekwatną grupą wiekową i kulturową przez ograniczenia w udziale i istnieniu w jednym lub więcej aspektach codziennej aktywności, takich jak: komunikacja, udział w życiu społecznym, funkcjonowanie w szkole i pracy, osobnicza niezależność w środowisku domowym i otoczeniu społecznym. Ograniczenia skutkują w konieczności wsparcia w szkole, pracy i samodzielnym życiu. Niepełnosprawność intelektualna charakteryzuje się znaczącym upośledzeniem w funkcjonowaniu przystosowawczym. Zachowania adaptacyjne mierzone są za pomocą zindywidualizowanych, wystandaryzowanych, odpowiednich kulturowo testów psychometrycznych.*
Kryterium C	*Początek wystąpienia zaburzenia w okresie rozwojowym.*

Źródło: American Psychiatric Association. DSM-V Development. Update January 26, 2011; www.dsm5.org/ Pages/Default.aspx. Za: K. Bobińska, P. Gałecki: *Rys historyczny, terminologia, definicja, nozologia, kryteria rozpoznawania niepełnosprawności intelektualnej.* W: *Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia.* Red.: K. Bobińska, T. Pietrasa, P. Gałecki. Wyd. Coninuo, Wrocław 2012, s.32 – 33.

Zaburzenia rozwoju psychicznego

Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka są związane z upośledzeniem prawidłowych wzorców (od wczesnych stadiów rozwoju) nabywania umiejętności językowych. Nie wiąże się ich bezpośrednio z zaburzeniami sfery czuciowej, upośledzeniem umysłowym, zaburzeniami neurologicznymi, nieprawidłowościami mechanizmów mowy ani czynnikami środowiskowymi. Zaburzenia te wpływają często na trudności w nabywaniu umiejętności czytania oraz zaburzenia zachowania i emocji. Należą do nich zaburzenia ekspresji mowy, rozumienia mowy, nabyta afazja z padaczką (zespół Landau-Kleffnera) oraz inne zaburzenia rozwoju mowy i języka.[14]

[14] Tamże.

Biuro Projektu:
RODN „WOM" w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych obejmują m. in. problemy z czytaniem, umiejętności arytmetyczne, analizy dźwiękowo-literowej.[15]

Specyficzne zaburzenia rozwoju funkcji motorycznych określane są na podstawie wystandaryzowanych narzędzi koordynacji ruchów subtelnych i grubych.[16]

Całościowe zaburzenia rozwojowe obejmują m.in. autyzm dziecięcy, autyzm atypowy, Zespół Retta, zaburzenia hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi, Zespół Aspergera oraz inne zaburzenia rozwojowe.

Autyzm charakteryzuje się nieprawidłowym funkcjonowaniem w zakresie co najmniej jednej ze sfer, obejmujących:

- jakościowe nieprawidłowości w interakcjach społecznych,
- zaburzenia w zakresie porozumiewania się i kontaktów interpersonalnych,
- schematyczne, często ubogie wzorce zachowania i aktywności oraz inne jakościowo zainteresowania.

W przypadku autyzmu dziecięcego objawy te muszą pojawić się przed ukończeniem trzeciego roku życia; w przypadku autyzmu atypowego nieprawidłowości ujawniają się po trzecim roku życia; może się również pojawić nietypowa symptomatologia.[17]

Zespół Retta charakteryzuje się prawidłowym rozwojem do ok. piątego miesiąca życia, po tym okresie następuje spowolnienie wzrostu głowy, utrata nabytych celowych umiejętności ruchu rąk (między 5 a 30 miesiącem życia), upośledzenie ekspresji i rozumienia języka, pojawia się niepełnosprawność ruchowa, stereotypie ruchowe rąk.

Zespół Aspergera charakteryzuje się:

- zaburzeniami relacji społecznych (podobnie jak autyzm),
- wyizolowanymi, szczególnymi zainteresowaniami,
- brakiem klinicznych objawów opóźnienia w zakresie rozwoju czynności poznawczych, języka mówionego i rozumianego,
- zachowaniami adaptacyjnymi i prawidłowo rozwiniętym do trzeciego roku życia zainteresowaniem środowiskiem.[18]

---

[15] Tamże.
[16] Tamże.
[17] Tamże.
[18] Tamże.

Biuro Projektu:
RODN „WOM" w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

Zaburzenia zachowania i emocji

Zaburzenia zachowania i emocji mają swój początek w dzieciństwie oraz w wieku młodzieńczym; obejmują zaburzenia: hiperkinetyczne, zachowania, emocji, funkcjonowania społecznego, rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym, tiki oraz zaburzenia innego typu.[19]

Zaburzenia hiperkinetyczne (ADHD) cechują się problemami w zakresie trzech sfer, które występują w różnych sytuacjach życiowych i są obserwowane co najmniej 6 miesięcy; zalicza się do nich:

- nadmierną aktywność (m.in. niepokój ruchowy, rozbieganie, hałaśliwość),
- impulsywność (m.in. przeszkadzanie innym, nadmiernie częste wypowiadanie się, udzielanie odpowiedzi bez pytania),
- brak uwagi (m.in. częste gubienie rzeczy, brak skupienia na szczegółach, częste wrażenie, że dziecko nie słyszy kierowanych do niego komunikatów, upośledzona organizacja działań i czynności).

Zaburzenia zachowania są związane z łamaniem norm społecznych, podstawowych praw innych osób adekwatnie do wieku i obserwowane co najmniej przez 6 miesięcy. Obejmują m.in. kłótnie, kłamstwa, wybuchy niekontrolowanej złości, mściwość, złośliwości, drażliwość, okrucieństwo wobec zwierząt, kradzieże, celowe aktywności mające wzbudzić gwałtowne reakcje u innych, łamanie narzuconych reguł. Zaburzenia te mogą być ograniczone do środowiska rodzinnego, przebiegać z nieprawidłowym procesem socjalizacji, mogą mieć charakter opozycyjno-buntowniczy.

Zaburzenia emocjonalne związane są najczęściej z występowaniem:

- lęku separacyjnego,
- zaburzeń lękowych w postaci fobii w dzieciństwie,
- lęków społecznych w dzieciństwie,
- zaburzeń związanych z rywalizacją w rodzeństwie.

Zaburzenia funkcjonowania społecznego obejmują mutyzm wybiórczy, reaktywne zaburzenia przywiązania w dzieciństwie, zaburzenia selektywności przywiązania w dzieciństwie.

[19] Tamże.

Tiki są nagłymi, szybkimi i nawracającymi niekontrolowanymi wokalizacjami lub ruchami; mogą mieć charakter przewlekły lub przemijający.

Do innych zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym można zaliczyć także moczenie mimowolne nieorganiczne, zanieczyszczanie się kałem nieorganiczne, zaburzenia odżywiania lub picia, stereotypie ruchowe, jąkanie oraz mowę bezładną.[20]

Przyczyny niepełnosprawności oraz zaburzeń psychicznych

Istnieje wiele typologii przyczyn występowania niepełnosprawności. Przyczyny dzielone są na: dziedziczne (genetyczne, endogenne) oraz czynniki środowiskowe, działające na zarodek, płód i dziecko w pierwszych latach rozwoju.[21] Czasami dzieli się te czynniki na społeczno-ekonomiczne i środowiskowe, urazy, infekcje i zatrucia oraz przyczyny biologiczne. Poglądy na etiologię niepełnosprawności zmieniają się dynamicznie na przestrzeni lat wraz z rozwojem nauk medycznych i dostępnych narzędzi technicznych. Stąd mogą wynikać różnice między starszymi opracowaniami (Z Sękowska, J. Wyczesany czy Clarke A.&M.), a nowszymi; dlatego najsłuszniejsze wydaje się zaprezentowanie najnowszych publikacji poświęconych temu tematowi. Amerykańskie Stowarzyszenie Niepełnosprawności Intelektualnej i Rozwojowej dzieli przyczyny niepełnosprawności na trzy grupy w zależności od czasu występowania:

- przed urodzeniem – w okresie rozwoju płodowego (czynniki genetyczne, zatrucia, toksyny, choroby płodu i matki, m.in. różyczka, grypa, toksoplazmoza, kiła, półpasiec, opryszczka, a także urazy, wady żywieniowe, zakażenie i inne);
- okołoporodowe (urazy, skrajne wcześniactwo, zamartwica, niedotlenienie i niedokrwienie OUN i inne);
- poporodowe (zatrucia, toksyny, choroby, infekcje, urazy, wady żywieniowe, zakażenie, czynniki środowiskowe i inne).[22]

[20] Tamże.
[21] Z. Sękowska: *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. WSPS, Warszawa 1985, s.217
[22] D.D. Smith: *Pedagogika specjalna – podręcznik akademicki*. PWN. Warszawa 2008.

Biuro Projektu:
RODN „WOM" w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

Współczesne opracowania skupiają się często na przyczynach, które mogą być zaobserwowane we wszystkich trzech okresach; są to m.in. czynniki genetyczne, toksyny, traumy.

Istnieje wiele przyczyn genetycznych mogących determinować niepełnosprawność. Naukowcy odkryli jak dotąd ponad 500 takich czynników. Do najczęściej cytowanych (w szczególności związanych z niepełnosprawnością intelektualną) należą:

- Zespół łamliwego chromosomu X – najczęstsza przyczyna genetyczna niepełnosprawności intelektualnej; dzieci z tym zespołem charakteryzuje opóźniony rozwój mowy, impulsywność, zaburzenia uwagi, wydłużona twarz, asymetryczna czaszka, wydatna żuchwa i wysokie czoło.
- Fenyloketonuria – genetyczne upośledzenie możliwości metabolizowania fenyloalaniny, które nieleczone powoduje uszkodzenie OUN i oligofrenię.
- Zespół Pradera-Willego – różnej wielkości delacja długiego ramienia 15 chromosomu przekazywanego przez ojca; chorego charakteryzuje niski wzrost, hipogonadyzm, zmniejszone napięcie mięśniowe, nieobliczalne zachowania agresywne i gwałtowne, drażliwość, zez, wysoki próg odczuwania bólu, hiperfagia.
- Zespół Angelmana – związany z mikrodelacją na matczynym chromosomie 15; twarz lalkowata, wysunięty język, o wiele mniejsze możliwości posługiwania się mową w stosunku do globalnej niepełnosprawności.
- Zespół Smitha-Magenis – mikroderacja krótkiego ramienia chromosomu 17; chory charakteryzuje się problemami ze snem, samouszkodzeniami, czasami nadaktywnością i problemami z koncentracją uwagi, brakiem wyraźnych zmian fenotypowych.
- Zespół miauczenia kota – częściowa delecja krótkiego ramienia chromosomu 5; chorzy wydają charakterystyczny krzyk przechodzący w miauczenie; pojawiają się stereotypie ruchowe i nadwrażliwość na dźwięk.
- Zespół Noonan – uszkodzenie w długim ramieniu chromosomu 12; charakterystyczna dysmorfia twarzy, niskorosłość, koślawość łokci, deformacje mostka.
- Zespół XXY – drażliwość, wybuchowość, opóźniony rozwój mowy, sprawianie wielu trudności wychowawczych.
- Zespół Lescha-Nyhana – wrodzone zaburzenie przemiany puryn; charakterystyczne

Biuro Projektu:
RODN „WOM" w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

dla chorych są samouszkodzenia, drażliwość; pojawia się zespół niedowładu spastycznego czterokończynowego.[23]

Toksyny są czynnikiem mogącym oddziaływać zarówno w okresie prenatalnym, jak i postnatalnym. Do najlepiej zidentyfikowanych toksycznych powodów niepełnosprawności należą alkohol (alkoholowy zespół płodowy, alkoholowy efekt płodowy), zatrucia ołowiem (farby, odpady przemysłowe, wycofana ze sprzedaży benzyna ołowiowa), pestycydy, rtęć oraz inne odpady poprzemysłowe.

Do środowiskowych czynników wpływających na problemy dzieci można zaliczyć m.in.:

- zaniedbywanie psychospołeczne (izolacja, maltretowanie, brak odpowiedniej stymulacji bodźcowej, niewystarczająca opieka),
- błędy opiekuńczo-wychowawcze rodziny,
- dyskryminację i uprzedzenia,
- problemy osobiste rodziców (somatyczne, psychiczne),
- rozpad rodziny.

Diagnoza we wczesnym wspomaganiu rozwoju

W języku greckim *diagnoza* oznacza: rozróżnienie, osądzanie. Początkowo określenie to było wiązane z ustalaniem patologicznego stanu organizmu, z czasem zaczęło ono oznaczać ogólnie określanie stanu zdrowia danej osoby. Zadaniem działań diagnostycznych w zakresie pedagogiki i psychologii jest szacowanie aktualnej sytuacji (m.in. stanu zdrowia), możliwości człowieka, jego ograniczeń, wyjaśnienie genezy zastanego stanu rzeczy oraz możliwości zmian.[24]

Diagnoza funkcjonalna będąca wprowadzeniem do pracy w ramach wczesnego wspomagania rozwoju powinna opierać się na:

- obserwacji dziecka podczas: swobodnej aktywności, celowych zadań;
- analizie swobodnych wytworów aktywności dziecka;

[23] J. Komender: *Upośledzenie umysłowe - niepełnosprawność intelektualną.* W: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Red. I. Namysłowska PZWL. Warszawa 2004.

[24] E. Jarosz, E. Wysocka: *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*. Żak, Warszawa 2006.

Biuro Projektu:
RODN „WOM" w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

- stosowaniu znormalizowanych narzędzi diagnostycznych (m.in. testów psychologicznych, pedagogicznych);
- wywiadzie i rozmowie psychopedagogicznej z członkami rodziny dziecka;
- obserwacji środowiska domowego;
- informacji uzyskanej od innych specjalistów.

Do prawidłowego przeprowadzenia diagnozy psychopedagogicznej konieczne są następujące elementy:

- kompetentny diagnosta posiadający adekwatny zasób wiedzy i umiejętności oraz doświadczenia diagnostycznego;
- adekwatne narzędzia diagnostyczne;
- motywacja do współpracy ze strony rodziny;
- odpowiednie warunki oraz wystarczający czas trwania badania.

Odpowiednie warunki diagnozy to przede wszystkim właściwe warunki lokalowe: ciche pomieszczenie, neutralne barwy ścian, dobre nasłonecznienie, wystarczająca ilość miejsca do prowadzenia dialogu z rodzicami oraz swobodnej obserwacji dziecka. Czas trwania diagnozy powinien być dostosowany do możliwości dziecka i jego rodziny (jednostkowe sesje) oraz potrzeb diagnostycznych wymagających wykonania prawidłowego różnicowania (w wielu przypadkach istnieją ograniczenia narzucone ustawowo dotyczące ilości sesji diagnostycznych, co nie w każdym przypadku jest z korzyścią dla dziecka).

Motywacja do współpracy ze strony poszczególnych członków rodziny jest różna; należy pamiętać, iż tylko pełna diagnoza całej rodziny daje kompletny obraz środowiska domowego, w jakim funkcjonuje dziecko. Nie należy przeprowadzać zatem diagnozy bez uwzględnienia kontekstu społecznego – rodzinnego. Opór ze strony niektórych członków rodziny jest naturalnym mechanizmem obronnym. Najczęściej spotykane to:

- projekcja – przerzucanie swoich uczuć na kogoś, przypisanie własnego, nieakceptowanego impulsu innej osobie;
- introjekcja – przyjęcie cudzych myśli, uczuć, uznanie ich za swoje;
- retrofleksja – zawracanie uczuć do kogoś do siebie;
- defleksja – zamiast przeżywania uczuć do obiektu przejawianie uczuć

Biuro Projektu:
RODN „WOM" w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

zastępczych lub znajdowanie obiektu zastępczego;

- konfluencja – zlanie się z drugą osobą, otoczeniem, zatarcie granic, rozproszenie swojej odpowiedzialności za swoje czyny;
- wyparcie;
- zaprzeczenie – ignorowanie bodźca zagrażającego lub wzbudzającego lęk (konflikt pomiędzy impulsami *id* i frustrującą je rzeczywistością);
- sublimacja – przesunięcie popędowego celu na zgodny z akceptacją społeczną;
- regresja – powrót do zachowania charakterystycznego dla wcześniejszego okresu rozwojowego.[25]

Objawy oporu ze strony dorosłego to: zmiana tematu rozmowy, długie milczenie, zmniejszenie głębokości i konkretności wypowiedzi, intelektualizacja, zmiana sposobu mówienia, zapominanie pytania, pustka w głowie, objawy somatyczne, czynny atak, świadome kłamstwo, otwarta odmowa. Z oporem można sobie radzić m. in. poprzez przeformułowanie pytania, informacje zwrotne na temat zachowania, parafrazowanie, udzielanie dodatkowych informacji, prośbę o konkretyzację wypowiedzi, rozmowę tu i teraz, zaznaczenie roli i funkcji badania oraz wyrażenie własnych emocji.

Wywiad i rozmowa psychopedagogiczna są źródłem informacji ze strony rodziny na temat dziecka, jego zasobów i ograniczeń w percepcji i interpretacji opiekunów. Podczas rozmów należy zwrócić uwagę nie tylko na treść, ale także na jakość prowadzonego dialogu. Wywiad i rozmowa mogą przebiegać w sposób kierowany lub swobodny.[26] Arkusz obserwacji dorosłych członków rodziny oraz schemat wywiadu znajduje się w aneksie w załączniku nr 2.

Przeprowadzając ten rodzaj aktywności diagnostycznych, należy pamiętać o kilku kwestiach:

1. Kontrakt: pamiętaj, że należy jasno określić, po co jest robiony wywiad, kto z niego będzie mógł korzystać poza diagnostą.
2. Czas wywiadu i rozmowy: jednorazowo sesja nie powinna przekraczać 1 h.
3. Zadbaj o atmosferę rozmowy, właściwy klimat, i poczucie bezpieczeństwa (przede wszystkim swoje, emocjonalne).

[25] K. Dart-Ruszczak: *Teorie osobowości – podejście psychodynamiczne i humanistyczne.* W: *Psychologia, Podręcznik akademicki*. Red. J. Strelau. GWP, Gdańsk 2000.

[26] E. Jarosz, E. Wysocka: *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania…*

Biuro Projektu:
RODN „WOM” w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

4. Bądź autentyczny, przekonany o tym, co robisz.
5. Zbieraj informacje od rozmówcy – oceny dokonuj dopiero po zebraniu materiału.
6. Stawiaj pytania jasne, krótkie, dostosowane do poziomu rozmówcy, o charakterze otwartym (unikaj pytań, które wymagają odpowiedzi tylko TAK lub NIE).
7. Pytaj tylko o to, co rzeczywiście jest Ci potrzebne; przykładowy arkusz wywiadu znajduje się w aneksie, w załączniku nr 2.
8. Zrób listę informacji, które są ci potrzebne; będzie to uzależnione od filozofii i podejścia w twojej pracy.
9. Pamiętaj, że klient (pacjent) przychodzi do ciebie z OBJAWAMI, twoim zadaniem jest ustalić PRZYCZYNY i na nich pracować

Znormalizowane narzędzia do diagnozy psychopedagogicznej dziecka

1. *DSR – Dziecięca Skala Rozwojowa*

Autorami testu są: Anna Matczak, Anna Ciechanowicz, Diana Fecenec, Joanna Stańczak, Ewa Zalewska (2007).

- Wiek: dzieci od dwóch miesięcy do trzech lat.

Test ten służy do szacowania aktualnego poziomu rozwoju dziecka; jest indywidualny, bez ograniczenia czasu. Składa się ze skali wykonaniowej i skali obserwacyjnej. Skala wykonaniowa zawiera 10 testów (*Percepcja, Motoryka, Bazgranie i rysowanie, Manipulacja, Klocki, Porównywanie, Pamięć, Mowa, Słownik i Zachowania społeczne*). Skala obserwacyjna umożliwia poprzez obserwację dziecka w trakcie badania ocenienie cech jego temperamentu: *Adaptacyjność, Rytmiczność, Wigor i Wrażliwość*.[27]

2. *Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa*

Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa to metoda diagnostyczna stosowana do oceny rozwoju dziecka od pierwszego miesiąca do trzeciego roku życia. Oparta jest na obserwacji, analizie i interpretacji zachowania dziecka, pozwala na stosunkowo szybkie

[27] www.practest.com.pl; dostęp: 04.2014

Biuro Projektu:
RODN „WOM" w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

rozpoznanie opóźnienia funkcji psychomotorycznych. Diagnoza dzieci do pierwszego roku życia jest oparta na 8 sferach, zdefiniowanych jako wiek:

- siadania,
- chodzenia,
- chwytania,
- percepcji,
- mówienia,
- rozumienia mowy,
- raczkowania,
- rozwoju społecznego.

Diagnoza dzieci od drugiego do trzeciego roku życia opiera się na następujących funkcjach rozwojowych, opisywanych jako wiek:

- chodzenia,
- sprawności manualnej,
- percepcji,
- mówienia,
- rozumienia mowy,
- społeczny.[28]

3. *CAT-A – Test apercepcji tematycznej dla dzieci – wersja z postaciami zwierząt*

Autorami testu i podręcznika są Leopold Bellak, Sonya Sorel Bellak. Jest to test projekcyjny do badania osobowości dzieci w wieku od trzech do dziesięciu lat. Test jest złożony z 10 czarno-białych obrazków przedstawiających zwierzęta w różnych sytuacjach. Zadaniem dziecka jest ułożenie historyjki do każdego obrazka.

4. *COLUMBIA – Skala dojrzałości umysłowej Columbia*

Autorami testu są: Bessie B. Burgemeister, Lucille Hollander Blum, Irving Lorge. Jest to narzędzie diagnostyczne o charakterze niewerbalnym, służące do diagnozy poziomu

[28] A. Wójcik-Rudnicka, D. Kochut: *Diagnoza psychologiczna i pedagogiczna czy psychopedagogiczna*. W: *Dziecko o specjalnych potrzebach w kręgu interdyscyplinarnej terapii*. Red. D. Kochut. Impuls, Kraków 2013.

dojrzałości umysłowej dzieci w wieku od czwartego do dziesiątego roku życia. Narzędzie złożone jest z 70 tablic z rysunkami (3 tablice przykładowe i 67 tablic stanowiących właściwe zadania). Zadaniem dziecka jest wskazanie na każdej z tablic rysunku, który nie jest związany z pozostałymi.[29]

5. *Profil psychoedukacyjny PEP-R*

Profil psychoedukacyjny PEP-R jest narzędziem pozwalającym określić poziom umiejętności rozwojowych dzieci z autyzmem. Przeznaczony jest dla dzieci w wieku od siódmego miesiąca do siódmego roku życia. Złożona jest z 2 skal: rozwojowej i zachowań (różnicowanie nietypowych zachowań). Skala rozwojowa obejmuje:

- naśladownictwo;
- koordynację wzrokowo-ruchową;
- komunikację, mowę czynną;
- czynności poznawcze;
- percepcję;
- motorykę małą;
- motorykę dużą.

Wyniki testu umożliwiają stworzenie programu edukacyjnego-terapeutycznego, dostosowanego do potrzeb i możliwości dziecka.[30]

6. *FROSTIG – Test rozwoju percepcji wzrokowej Frostig*

Autorką testu jest Marianna Frostig; polska standaryzacja: Ewa Pietsch-Szurek, Barbara Szmigielska-Siuta, Jerzy Siuta. Jest to niewerbalny test służący do badania poziomu rozwoju percepcji wzrokowej dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym szkolnym. Badanie złożone jest z 72 prób rysunkowych, podzielonych na 5 skal badających spostrzeganie figury i tła, koordynację wzrokowo-ruchową, spostrzeganie położenia figur, stałość kształtu i stosunków przestrzennych.[31]

---

29 www.practest.com.pl; dostęp: 04.2014

30 E. Schopler i inni: *Profil psychoedukacyjny PEP – R*. Wyd. SPOA, Gdańsk 1995.

31 www.practest.com.pl; dostęp: 04.2014

Biuro Projektu:
RODN „WOM” w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

7. *Profil osiągnięć ucznia J. Kielina*

Jest to skala stworzona do obserwacji dzieci w wieku od roku do siedmiu lat, pozwalająca na opisowe przedstawienie rozwoju dziecka oraz tworzenie programów terapeutyczno-rozwojowych. Obejmuje 10 obszarów: samodzielność, motorykę dużą i małą, naśladownictwo, percepcję wzrokową i słuchową, rozwój społeczny, mowę czynną i bierną.[32]

Poza wyżej opisanymi narzędziami możemy spotkać się m.in. z następującymi testami: *TCT-DP – Rysunkowy test twórczego myślenia, SPK-DP – Skala poczucia kontroli u dzieci przedszkolnych, Test matryc Ravena, TSD – Test słownikowy dla dzieci, TSN – Test szybkiego nazywania: wersja dla dzieci młodszych (TSN-M) i wersja dla dzieci starszych (TSN-S), Skale inteligencji i rozwoju IDS, Scenotest, LEITER – Międzynarodowa wykonaniowa skala Leitera, DUM – Diagnozowanie uszkodzeń mózgu, EAS – Kwestionariusz temperamentu EAS, CFT 1-R – Neutralny kulturowo test inteligencji Cattella – wersja 1, zrewidowana przez Rudolfa H. Weiβa i Jürgena Osterlanda, BENTON – Test pamięci wzrokowej Bentona.*[33]

Skarbiec terapeuty – przegląd form terapii i metod wsparcia rozwoju dzieci

Formy postępowania terapeutyczno-wychowawczego obejmują wczesną, rozwiniętą diagnozę i interwencję, wielostronne stymulowanie i aktywowanie, usprawnianie, korekturę (korekcję, korygowanie), kompensację, indywidualizację, profilaktykę, prewencję, wspieranie i wspomaganie.

Interwencja w rozumieniu psychopedagogicznym to specyficzny kontakt terapeutyczny ograniczony w czasie (do kilku, kilkunastu spotkań), skoncentrowany na konkretnym problemie, którego głównym celem może być zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, wsparcie emocjonalne, pomoc w pracy nad lękiem.[34]

---

32 A. Wójcik-Rudnicka, D. Kochut: *Diagnoza psychologiczna i pedagogiczna czy psychopedagogiczna*. W: *Dziecko o specjalnych potrzebach w kręgu interdyscyplinarnej terapii…*

33 www.practest.com.pl; dostęp: 04.2014

34 http://www.interwencjakryzysowa.pl/o-kryzysie-i-interwencji; dostęp: 01.2014

Biuro Projektu:
RODN „WOM" w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

Kompensacja (łac. *Compensatio* – równoważenie) to proces zastępowania deficytów rozwojowych lub uzupełnianie braków, poprzez np. odtworzenie czynności całego narządu lub zmysłu za pomocą środków zastępczych. Mechanizm kompensacji polega na stymulacji rozwoju połączeń mózgowych, które dają bardziej efektywne wykorzystanie nieuszkodzonych części OUN. Kompensacja może także polegać na poszukiwaniu mocnych stron osobowości dziecka i jego środowiska, w celu wzmacniania procesu terapeutycznego.[35]

Prewencja – obejmuje różnego rodzaju działania prozdrowotne (szczepienia, badania okresowe, przekrojowe), opiekuńcze (prenatalne i postnatalne) oraz edukacyjne (dotyczące żywienia, bhp, zanieczyszczenia, zatrucia środowiska) nastawione na zapobieganie uszkodzeniom fizycznym, dysfunkcjom intelektualnym, psychicznym i narządów zmysłów; obejmuje też działania zapobiegające trwałym uszkodzeniom funkcjonalnym lub trwałej niepełnosprawności.[36]

Indywidualizacja to uwzględnienie niepowtarzalności i indywidualnych właściwości człowieka w procesie edukacyjno- rozwojowym. Związane jest to zarówno z różnorodnością mocnych stron dzieci z podobnymi schorzeniami, jak i z różnorodnością deficytów.

Profilaktyka to działania zmierzające do zapobiegania różnym chorobom, urazom i innym zjawiskom, które prowadzą do zachwiania homeostazy organizmu. Profilaktyka obejmuje swym działaniem stwarzanie odpowiednich warunków do rozwoju, edukacji.[37]

Wspieranie odnosi się przede wszystkim do warunków i okoliczności, w jakich następuje rozwój określonych właściwości zachowań człowieka, jego postaw i przekonań lub stylów życia. Wspomaganie odnosi się do tych czynników, które nie nawiązują do dysfunkcji czy zaburzeń, ale do wartościowanych pozytywnie właściwości psychicznych, mechanizmów osobowości i wpływów środowiska. Wspomaganie zawiera wzmacnianie czynników sprzyjających lub utrwalaniu korzystnych sił, mechanizmów i tendencji...[38]

---

35 *Pedagogika specjalna*. Red. W. Dykcik. Wyd. UAM, Poznań 1998.

36 Tamże s.81

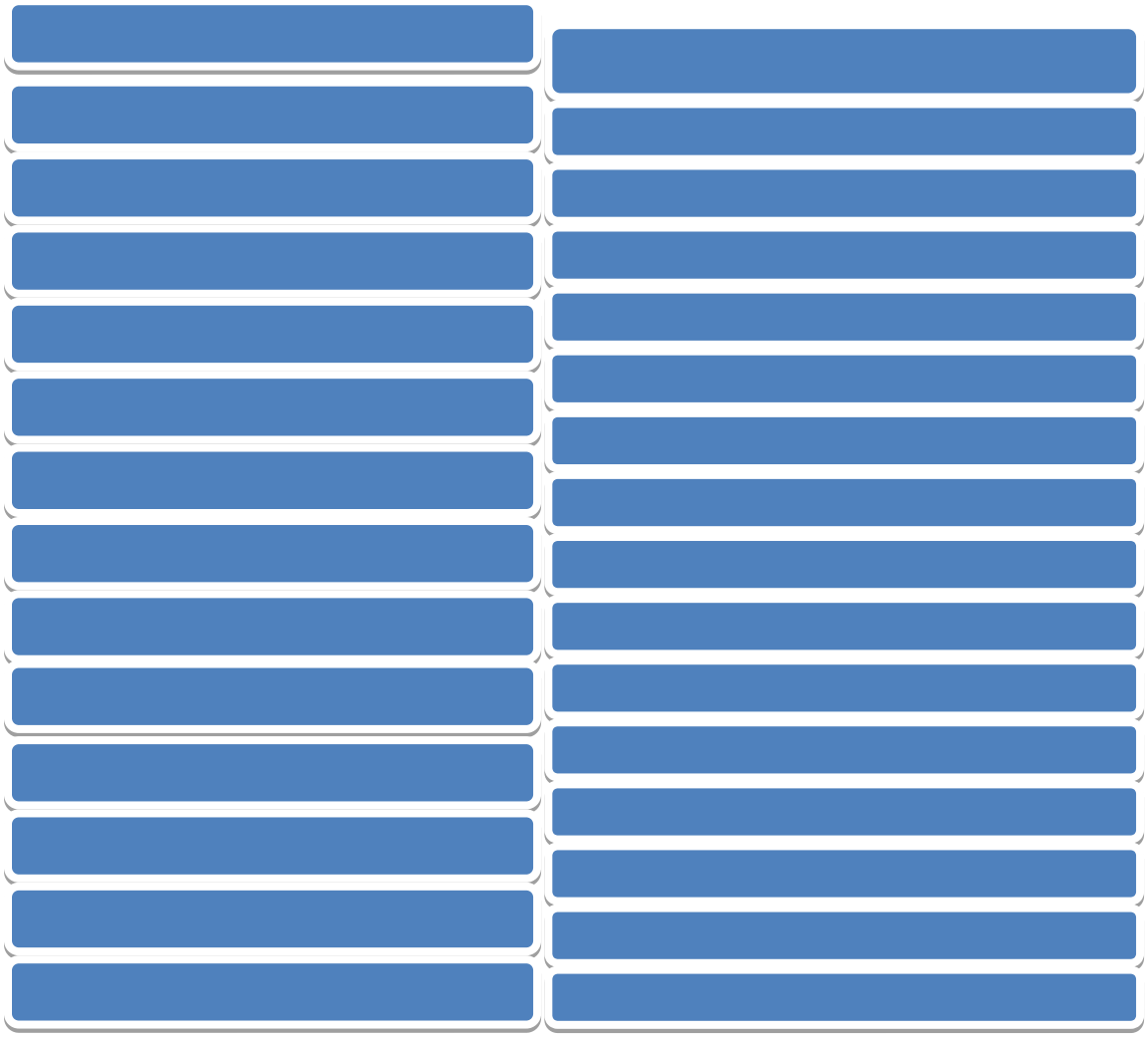
37 Tamże.

38 Tamże.

Biuro Projektu:
RODN „WOM” w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

Usprawnianie to świadoma i celowa aktywność, której celem jest utrzymanie lub poprawa przede wszystkim sprawności fizycznej (ale także psychicznej), postępowanie maksymalnie rozwijające siły biologiczne organizmu.[39]

Poniżej zaprezentowano wybrane metody, możliwe do zastosowania w pracy z małymi dziećmi; są to: *metoda pracy Snoezelen, fizjoterapia, muzykoterapia, terapia SI, Metoda Dobrego Startu, metoda V. Vojty, Metoda Ruchu Rozwijającego, fototerapia, aromaterapia, metoda nauczania Andreasa Petö, metoda M. i Ch. Knillów.* Niektóre inne metody (m.in. animaloterapia, arteterapia) zostały scharakteryzowane w poradniku *Terapia pedagogiczna*. Poniższa tabela przedstawia zakres stosowanych metod w Polsce w pracy z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych.



[39] Tamże.

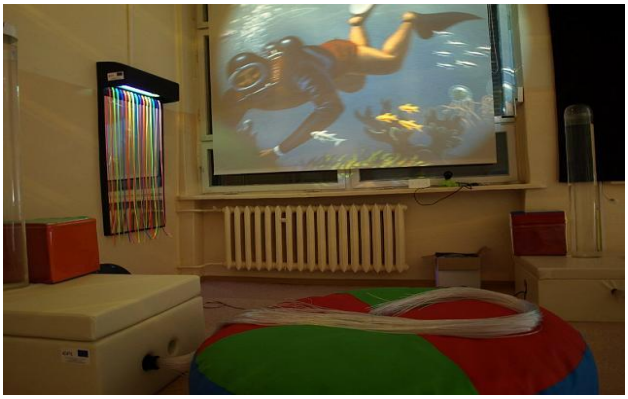
Metoda pracy Snoezelen

Metoda pracy Snoezelen, zwana potocznie salą doświadczania świata, jest przeznaczona do pracy z większością dzieci; nie ma tu ograniczeń wiekowych. Metoda polega na specyficznym oddziaływaniu na podopiecznego poprzez dotyk, światło, dźwięk i zapach. Terapia prowadzona jest w specjalnie przygotowanych i wyposażonych salach, które posiadają m.in. łóżka i fotele dźwiękowe, domki sensoryczne, łóżka wodne, specjalne oświetlenie, wyspy światłowodów, zestawy świetlno-dźwiękowe, domki lustrzane, zestawy terapeutyczne uv, projektory, kolumny wodne, kule obrotowe, zestawy do aromaterapii, tunele świetlne, węże świetlne, piłeczki, rękawice do masażu, granulaty i wodospady świetlne.

Cele terapii:

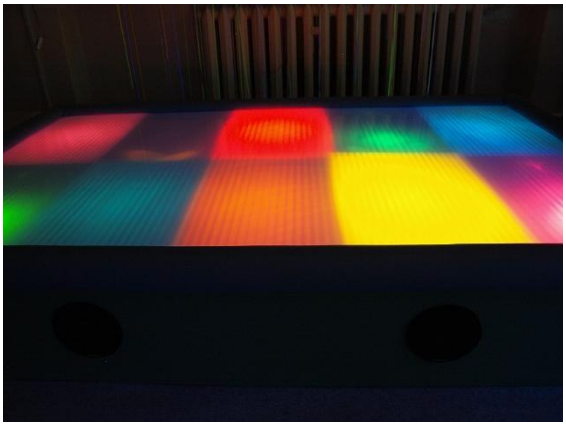
- wielozmysłowe doświadczanie świata;
- pobudzanie percepcji wielozmysłowej;
- relaks i odprężenie;
- wsparcie rozwoju komunikacji niewerbalnej,
- aktywizacja całościowa rozwoju.

Rys. 1. Sala doświadczania świata



Źródło: Zespół Szkół Specjalnych nr 4 w Sosnowcu

Biuro Projektu:
RODN „WOM” w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl



Terapia SI

Terapia polega na poprawie integracji czynności zmysłowych. Determinuje to wykonywanie ruchów, orientację allo- i autopsychiczną. Integracja odbywa się poprzez wykonywanie odpowiednich sekwencji ćwiczeń, indywidualnie dobieranych, stymulujących rozwój obwodowego, a co za tym idzie ośrodkowego układu nerwowego. Wszystko odbywa się w odpowiednio przygotowanej sali wyposażonej m.in. w huśtawki, równoważnie, tunele, piłki, trapezy, liny, taśmy, urządzenia do małej wspinaczki, drabinki, ramy, deski rotacyjne.

Stosowana jest u wszystkich pacjentów, u których stwierdzi się nieprawidłowe funkcjonowanie sensoryczne; szczególnie polecana jest przy autyzmie, ADHD, FAS, trudnościach w uczeniu się oraz niepełnosprawności intelektualnej.

Rys. 2. Sala SI

Źródło: http://www.sosw3.krakow.pl/sis.html

Metoda Dobrego Startu

Autorką Metody Dobrego Startu (MDS) jest Marta Bogdanowicz. Głównym celem MDS jest organizacja celowej aktywności dzieci poprzez odpowiednią zabawę i naukę polisensoryczną symboli graficznych, w celu wsparcia rozwoju psychomotorycznego. Metoda przeznaczona jest do pracy z dziećmi w normie, oraz ze specjalnymi potrzebami

edukacyjnymi, w wieku od dwóch do dziesięciu lat. Podczas zajęć MDS rozwijane są funkcje ruchowe wzrokowo-przestrzenne, słuchowo-językowe, oraz ich integracja percepcyjno-motoryczna. Ponadto metoda ta wspomaga rozwój świadomości schematu ciała. W skład metody wchodzą elementy:

- słuchowe – wyrazy, wiersze i piosenki,
- wzrokowe – znaki graficzne zawierające m.in. litery i znaki matematyczne, wzory literopodobne, proste wzory,
- motoryczne – ćwiczenia ruchowe, ruchowo-słuchowe oraz ruchowo-słuchowo-wzrokowe.

Czterdziestoletni rozwój metody zaowocował trzema wariantami MDS:

1. Łatwe wzory i piosenki lub wierszyki.
2. Wzory literopodobne i piosenki lub wierszyki.
3. Litery, znaki matematyczne i piosenki lub wierszyki.

Struktura zajęć MDS:

- zajęcia wprowadzające,
- zajęcia właściwe (ćwiczenia ruchowe, ruchowo-słuchowe i ruchowo-słuchowo-wzrokowe),
- zajęcia końcowe.[40]

Metoda V. Vojty

Metoda V. Vojty przeznaczona jest do pracy z najmłodszymi od pierwszego miesiąca życia, u których zdiagnozowano obniżone napięcie mięśniowe. Polega na wykonywaniu z dzieckiem odpowiednio dobranej grupy ćwiczeń w celu kształtowania prawidłowych wzorców motorycznych. Ćwiczenia te wykonują terapeuci oraz rodzice pracujący pod ich nadzorem. Metoda ta nie jest bezpośrednio związana z rozwojem emocjonalnym.

Metoda ta korzystnie wpływa na:

- stymulację rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, tworzenie i odbudowę dróg nerwowych,
- wykształcenie prawidłowych wzorców ruchu,

40 M. Bogdanowicz: *Metoda dobrego startu*. WSiP, Warszawa 1999.

- odczuwanie i świadomość własnego ciała,
- przemianę materii,
- przepływ krwi przez aktywowane mięśnie,
- pogłębienie oddechu,
- poprawa napięcia mięśni pęcherza moczowego oraz zwieracza odbytu,
- aktywizacja mięśni języka i mięśni artykulacyjnych.

Rys. 3. Metoda Voity

Źródło: http://www.rodzice.pl/niemowle/zdrowie/Rehabilitacja-maluszka.html

Metoda Ruchu Rozwijającego V. Sherborne

Podstawowe założenia tej metody oparte są na świadomości przestrzeni i aktywności w niej, świadomości własnego ciała oraz dzielenia przestrzeni z innymi ludźmi, nawiązywania z nimi bliskiego kontaktu. Ruch jest narzędziem do wsparcia całościowego rozwoju dziecka. Zajęcia odbywają się grupowo lub indywidualnie, systematycznie, ich podstawą jest celowa aktywność psychofizyczna. W stosowaniu metody brak jest ograniczeń wiekowych. Najczęściej metoda ta jest stosowana w Polsce w pracy z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną, autystycznymi, z zaburzeniami zachowania i emocji, z mózgowym porażeniem dziecięcym. Uwzględnia aktywność psychiczną, fizyczną i emocjonalną.

Korzyści płynące ze stosowania metody:

- kształtowanie relacji z otoczeniem,
- lepsze poznanie własnego ciała,
- poczucie partnerstwa, współpracy oraz bliskiego kontaktu fizycznego,

- uruchomienie swobody, aktywności i naturalności,
- uzyskanie możliwości do przekroczenia osobistych ograniczeń,
- pozytywne wzmocnienia w kontaktach z dorosłymi,
- pobudzanie kreatywności,
- wyzwolenie zaangażowania.[41]

Edukacja według M. Montessori

Według metody M. Montessori, nauczyciel jest pomocnikiem dziecka w nauce; jego głównym zadaniem jest odpowiednie przygotowanie otoczenia do pracy, zadbanie o zaplecze, ład i porządek, umiejętne korzystanie z pomocy dydaktycznych, przyjście z pomocą tam, gdzie jest ona potrzebna, odpowiadanie, gdy jest pytany, nienarzucanie zadań, akceptowanie błędów bez ich poprawiania, nieprzymuszanie do działania, nieprzeszkadzanie pracującemu dziecku. Materiały do pracy w pedagogice M. Montessori są podzielone na materiał do praktycznych ćwiczeń dnia codziennego, materiał sensoryczny, materiały artystyczne, materiał tzw. wychowania kosmicznego (biologii, geografii, astronomii, historii i innych dziedzin wiedzy), materiał językowy, materiał do matematyki.

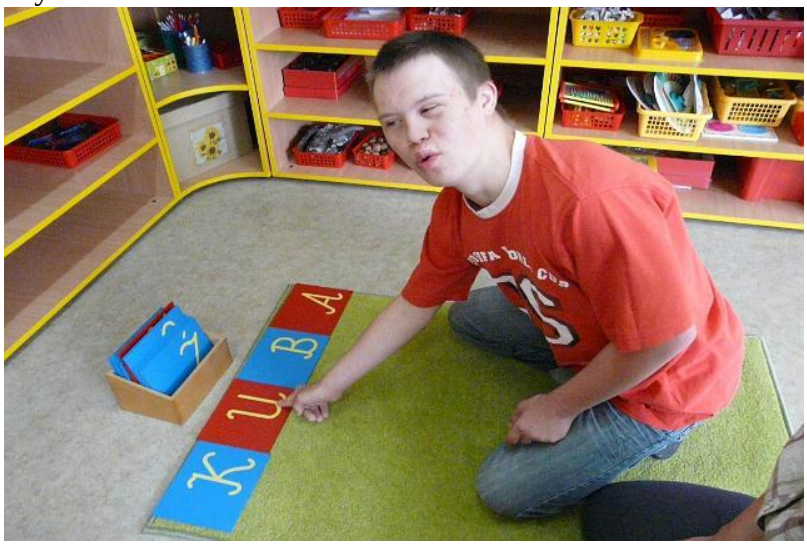
Podstawowe zasady pedagogiki Montessori:

- zasada swobodnego wyboru materiału , sposobu pracy, czasu i miejsca jej trwania,
- zasada ograniczenia,
- zasada porządku,
- zasada własnego działania i powtarzania,
- zasada izolowania trudności,
- zasada samokontroli,
- zasada stopniowania trudności,

[41] M. Bogdanowicz, B. Kisiel, M. Przasnyska: *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*. WSiP , Warszawa 1992.

- zasada transferu.[42]

Rys. 4. Metoda Montessori



Źródło: http://www.zss4.sosnowiec.pl/Albumy/SALA%20MONTESSORI/album/index.html

Fototerapia

Fototerapia to leczenie światłem wykorzystujące:

- naturalne źródła światła (helioterapia);
- sztuczne źródła światła (aktynoterapia): światło podczerwone – lampy sollux, ultrafiolet – lampy kwarcowe.

Fototerapia jest stosowana w przypadku chorób somatycznych (m.in. zmian skórnych, łuszczycy, bóli reumatycznych) i psychosomatycznych (m.in. depresji). Osoby niepełnosprawne szczególnie często korzystają z fototerapii w okresie jesienno-zimowym w celu odpowiedniej stymulacji organizmu (zapewnienie odpowiedniej dawki światła). Fototerapia jest skuteczna tylko przy zastosowaniu ściśle określonego światła.[43]

[42] M. Miksza: *Zrozumieć Montessori, czyli Maria Montessori o wychowaniu dziecka*. Impuls. Kraków 2004.

[43] K. Sowula: *Fototerapia*. Wyd. Czarne, Sękowa 2004.

Biuro Projektu:
RODN „WOM” w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

Koloroterapia

Koloroterapia to metoda wspomagająca, której nie można stosować samodzielnie. Oparta jest na teorii oddziaływania koloru na organizm ludzki. Swoje zastosowanie znajduje m.in. :

- w planowaniu kolorów ścian w salach terapeutycznych oraz w domu dzieci,
- w doborze kolorów wykorzystywanych podczas pracy terapeutycznej (m.in. w plastykoterapii, wizualizacjach, filmoterapii, fototerapii),
- celowym doborze ubrań i pościeli,
- kreowania najbliższego otoczenia.

Tabela 3. Zastosowanie kolorów w praktyce

Kolory i ich zastosowanie	
	Pobudza, stymuluje w najwyższym stopniu. Nie wolno przedawkować ekspozycji tego koloru, gdyż wzbudza wtedy agresję.
	Stosowany przy zahamowaniach psychicznych do uwalniania stłumionych napięć. Wspomaga trawienie i przemianę materii, sprzyja radości, regeneruje i odżywia. Nie wolno przedawkować ekspozycji tego koloru.
	Wzmacnia, ożywia umysł, tonizuje, otwiera, pobudza, ale nie denerwuje, rozszerza pole działania.
	Odpręża, uspokaja, przywraca równowagę, utrzymuje energię fizyczną i psychiczną w stanie równowagi, likwiduje napięcia i bóle, daje spokój. Idealnie nadaje się na kolory ścian pomieszczeń.

Biuro Projektu:
RODN „WOM” w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

	Uspokaja, wycisza, obniża ciśnienie krwi, działa antyseptycznie, reguluje sen, uśmierza ból, działa przeciwzapalnie. Idealnie nadaje się na sypialnię.
	Działa oczyszczająco, reguluje przemianę materii, pomaga w przezwyciężaniu lęków i obsesji, tłumi uczucie głodu. Do stosowania epizodycznego.
	Wycisza emocje, daje poczucie bezpieczeństwa.

Aromaterapia

Aromaterapia polega na wprowadzaniu do organizmu substancji zapachowych poprzez układ oddechowy lub/i masaż, kąpiel (olejki). Jest połączeniem medycyny naturalnej i zielarstwa. Cele aromaterapii to pobudzenie układu odpornościowego, wsparcie procesu relaksacji, wsparcie leczenia infekcji.[44] Formy aromaterapii: kąpiele, masaże, kompresy, kadzie bambusowe, potpourri.

Tabela 4. Aromaterapia

Wybrane problemy zdrowotne i zastosowanie aromaterapii w postaci olejków	
Bóle głowy: • olejek bazyliowy • olejek hyzopowy • olejek lawendowy • olejek majerankowy • olejek miętowy • olejek geraniowy	**Stres:** • olejek jałowcowy • olejek lawendowy • olejek melisowy • olejek neroli • olejek geraniowy • olejek różany

[44] E. Czerniawska: *Psychologia węchu i pamięci węchowej*. WAiP, Warszawa 2007.

Przeziębienie, katar, kaszel: • olejek anyżowy • olejek cyprysowy • olejek eukaliptusowy • olejek herbaciany • olejek lawendowy • olejek miętowy • olejek rozmarynowy	Bezsenność: • olejek różany • olejek geraniowy • olejek jałowcowy • olejek lawendowy • olejek majerankowy • olejek mandarynkowy
Infekcje skóry: • olejek cytrynowy • olejek eukaliptusowy • olejek herbaciany • olejek jałowcowy • olejek lawendowy	**Zaburzenia trawienia:** • olejek cytrynowy • olejek kminkowy • olejek kolendrowy • olejek lawendowy • olejek miętowy • olejek geraniowy • olejek różany • olejek sandałowy[45]

Muzykoterapia

Muzykoterapię wykorzystuje się do potęgowania i wzmacniania zdrowia, wsparcia rozwoju oraz poprawy funkcjonowania człowieka za pomocą muzyki. Muzykoterapia ma wpływ na poprawę samopoczucia (uspokojenie, relaks i rozluźnienie lub w miarę zapotrzebowania pobudzenie aktywności), funkcjonowanie somatyczne (m.in. układ krwionośny, pokarmowy i oddechowy, napięcie mięśniowe), integrację grupową, zabawę.

Współcześnie można wyróżnić kilka modeli muzykoterapii:

- muzykoterapię behawioralną;
- muzykoterapię improwizacyjną;
- muzykoterapię kreatywną (zwaną Nordoff-Robbins);
- wizualizację kierowaną z muzyką;
- muzykoterapię improwizacyjną;

[45] Za: http://aromaterapia.pl/jakie-olejki-na-jakie-schorzenia; dostęp: 05.2014

- muzykoterapię zorientowaną analitycznie.

W pracy z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych szczególnie można polecić aktywną muzykoterapię improwizacyjną z wykorzystaniem instrumentów etnicznych oraz terapię dźwiękiem.

Rys.5.Muzykoterapia

Źródło: Zespół Szkół Specjalnych nr 4 w Sosnowcu

Terapia dźwiękiem

Terapia dźwiękiem jest połączeniem praktyki i kultury Dalekiego Wschodu i nowoczesnej wiedzy z zakresu fizyki i medycyny. Podstawową formą terapii jest masaż, który polega na ułożeniu mis dźwiękowych na ciele w określonych miejscach i delikatne pobudzanie ich do drgań. Dziecko masowane leży lub siedzi, jest w pełni ubrane.

Główne zadania masażu dźwiękiem to:

- głęboki relaks,
- regulacja przemiany materii,
- wyciszenie i uspokojenie,
- wsparcie terapii konwencjonalnych,
- poprawa zdolności koncentracji uwagi.[46]

[46] www.indygo.info.pl 10.2013

Rys 6. Masaż dźwiękiem

Źródło: http://urodaizdrowie.pl/masaz-tybetanski-dzwiekiem

Metoda nauczania Andreasa Petö

Metoda nauczania Andreasa Petö służy usprawnianiu dzieci przedszkolnych i szkolnych; jest związana ze zintegrowanym oddziaływaniem edukacyjnym w celu poprawy codziennego funkcjonowania, samoobsługi, komunikacji, funkcji neuromotorycznych i umiejętności edukacyjnych. Dzieci muszą stale pracować z jednym koordynatorem-przewodnikiem. Metoda oparta jest na doskonałej znajomości potrzeb i możliwości podopiecznego oraz używaniu prostych środków do pracy.[47]

Metoda M. i Ch. Knillów

Metoda polega na stymulacji dziecka przez dotyk, będący podstawą rozwoju relacji z innymi. Jest przeznaczona głównie dla dzieci z trudnościami w doświadczaniu własnego ciała (zaburzonym obrazem) oraz zaburzeniami w komunikacji interpersonalnej. Zajęcia mają charakter indywidualnych ćwiczeń, podzielonych na kilka etapów (przejście do następnego jest możliwe dopiero po osiągnięciu sukcesu we wcześniejszym). Celem stosowania metody jest nabywanie świadomości: własnego ciała przez ruch, obecności innych, wykorzystania kończyn, kontaktów społecznych, różnych pojęć (np. części ciała).[48]

---

[47] K.J. Zabłocki: *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i terapii*. Żak, Warszawa 1998.

[48] Ch. Knill*: Dotyk i Komunikacja*. CMPP-P, Warszawa 1997.

Rys 7. Metoda Knillów

http://www.przedszkole100.pl/gazetka/2004_02/images/knill.jpg

Fizjoterapia

Fizjoterapia to zespół metod leczniczych wykorzystywanych w dysfunkcjach układu mięśniowo-szkieletowego, nerwowo-mięśniowego, oddechowego i sercowo-naczyniowego.

Działy fizjoterapii:

- fizykoterapia (oddziaływanie bodźcami fizycznymi naturalnymi, np. słońce, lub sztucznymi, np. prąd, krioterapia),
- klimatoterapia (wykorzystanie miejsc o specyficznym klimacie w procesie leczenia – uzdrowiska),
- balneoterapia (rehabilitacja z zastosowaniem wody o różnych temperaturach),
- ergoterapia (wykorzystanie różnego rodzaju pracy w procesie rehabilitacji),
- hydroterapia (wodolecznictwo),
- masaż leczniczy,
- kinezyterapia (gimnastyka lecznicza, leczenie ruchem),
- terapia manualna.

Fizjoterapia wspiera przywracanie zdolności wykonywania aktywności ruchowych i innych funkcji organizmu, tak aby uzyskać stan zbliżony do przeciętnego. Fizjoterapia jest wielopłaszczyznowa. Pracuje się w niej także metodami: NDT-Bobath, Klappa, Mc

Kenzie`go , Lehnert Shrott, oraz wykorzystuje stymulacje z użyciem kombinezonu DUNAG.[49]

Rys. 8. Kombinezon Dunag

Źródło: Zespół Szkół Specjalnych nr 4 w Sosnowcu

Współpraca z rodziną

Każda interwencja terapeutyczna, wsparcie rozwoju dziecka musi być oparta na ścisłej współpracy z rodziną; diagnoza i terapia musi uwzględniać kontekst środowiska naturalnego, w którym funkcjonuje dziecko. Osoby pracujące w ramach WWR powinny pamiętać o kilku zasadach w pracy z rodziną:

- miejsce pracy (wywiadu, czy rozmowy): powinno być ciche i ustronne; zadbaj o to, byście siedzieli naprzeciwko siebie, jednocześnie by oddzielało Was od rodziców biurko;

[49] A. Zembaty: *Zarys podstaw teoretycznych fizjoterapii*. AWF, Katowice 1995.

Biuro Projektu:
RODN „WOM” w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

- liczba rozmówców z rodzicami nie może przekraczać dwóch osób, w innym przypadku nie będzie możliwie zbudowanie właściwej relacji diagnostyczno-terapeutycznej,
- diagnozuj, nie oceniaj postawy i zachowania rodzica,
- nie bój się zadawać trudnych pytań wprost,
- nie wymagaj od rozmówcy czegoś, czego sam nie jesteś w stanie spełnić (np. szczerości i otwartości),
- podczas rozmowy dbaj o swoje bezpieczeństwo i komfort pracy; rodzic nie zawsze musi wyjść z takiego spotkania *uradowany*; bardzo często radykalnym zmianom, jakich wymaga dziecko, towarzyszy sporo trudnych emocji przeżywanych przez rodzica,
- nie daj się szantażować,
- pamiętaj, że to ty prowadzisz rozmowę i ma ona być prowadzona na twoich warunkach,
- ze swojej słabości zrób siłę; nie bój się przyznać do błędu, zaznaczenia zakresu swoich kompetencji (nie jesteś przecież alfą i omegą),
- bądź świadom swoich mocnych stron,
- bądź świadom swoich ograniczeń (nie z każdym rodzicem jesteś w stanie pracować i to jest normalne).

Zakończenie

W poradniku przedstawiono wybrane zagadnienia z zakresu wczesnego wspomagania rozwoju dzieci; szczególnie zwrócono uwagę na zagadnienia, które w przekonaniu autora są stosunkowo mniej powszechnie stosowane, a warte jednocześnie uwagi; szczególnie dotyczy to stosowanych metod wsparcia rozwoju oraz problematyki diagnozy funkcjonalnej dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów diagnozy rodziny. Opracowanie to nie wyczerpuje w pełni przedstawionych zagadnień; jest z założenia wstępem do pracy dla osób chcących wspierać rozwój małych dzieci.

Biuro Projektu:
RODN „WOM” w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

Bibliografia

1. Baran Z.: *Terapeutyczne oddziaływanie sztuki na świat dziecka*. W: *Sztuka, a świat dziecka*. Red. J. Kida. Rzeszów 1991.
2. Bartkowska U., Żyta A.: *Żyjąc z niepełnosprawnością. Przeszłość, teraźniejszość i przyszłość.* Akapit, Toruń 2007.
3. Borowska-Beszta B.: *Kulturoterapia*. Kraków 2005.
4. Borzyszkowska H.: *Oligofrenopedagogika.* PWN, Warszawa 1985.
5. Cichocki A.: *Podstawy organizacji oddziaływań terapeutycznych w szkole*. W: A. Balejko, M. Zińczuk: *Terapia pedagogiczna w teorii i praktyce*. Logopedia Radzi, Białystok 2006.
6. Cieszyńska J., Korendo M.: *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6 roku życia*. Wyd. Edukacyjne, Kraków 2007.
7. Corey M., Corey G.: *Grupy: metody grupowej pomocy psychologicznej*. IPZ PTP, Warszawa 2002.
8. Czajkowska I., Herda K.: *Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne w szkole*. WSiP, Warszawa 1989.
9. Doroszewska J.: *Pedagogika specjalna* T.1 i 2. Ossolineum, Wrocław 1998.
10. Dykcik W.: *Wprowadzenie w przedmiot pedagogiki specjalnej*. W: *Pedagogika specjalna*. Red. W. Dykcik. Wyd. UAM, Poznań 1998.
11. *Encyklopedia pedagogiki XXI wieku*. T. I-VI. Żak, Warszawa 2007.
12. Głodkowska J.: *Poznanie ucznia szkoły specjalnej*. WSiP, Warszawa 1999.
13. Górniewicz E.: *Trudności w czytaniu i pisaniu dzieci*. Wyd. UWM, Olsztyn 2000.
14. Gradziński T.: *Rehabilitacja*. W: *Pedagogika specjalna dla pracowników Socjalnych*. Red. Piekut-Brodzka D., Kuczyńska-Kwapisz J. Wyd. APS, Warszawa 2009.
15. Janiszewska- Nieścioruk Z.: *Problemy edukacji integracyjnej dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną,* Kraków 2007.
16. Jaszczyk A., Kochaniak B.: *Czarodziejski pyłek, czyli metafora i bajka we wspomaganiu rozwoju małego dziecka*. Kraków 2006.
17. Jedliński K.: *Trening interpersonalny*. WAB, Warszawa 2008.
18. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10.* Red. S. Pużyński, J. Wciórka. Vesalius, Warszawa 1998.
19. Knill Ch.: *Dotyk i Komunikacja*. CMPP-P, Warszawa 1997.
20. Krasoń K.: *Dziecięce odkrywanie tekstu literackiego*. Katowice 2005.
21. Krause A.: *Człowiek niepełnosprawny wobec przeobrażeń społecznych*. Impuls, Kraków 2005.
22. Krause A: *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*. Impuls, Kraków 2010.
23. Łaba A.: *Zastosowanie biblioterapii w kształtowaniu zachowań przystosowawczych uczniów z upośledzeniem umysłowym*. Lublin 2011.
24. Machulska H.: *Środki teatralne w procesie nauczania i wychowania*, „Drama", 1992, nr 2.
25. Maciarz A.: *Rewalidacja społeczna dzieci*. Zielona Góra, 1981.
26. Maciarz A.: *Z teorii badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*. Kraków, 1999.

Biuro Projektu:
RODN „WOM" w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

27. Miksza M.: *Zrozumieć Montessori, czyli Maria Montessori o wychowaniu dziecka*. Impuls, Kraków 2004.
28. Molicka M.: *Bajkoterapia*. Media Rodzina. Poznań 2002.
29. Nęcka E. i inni: *Trening twórczości*. GWP. Gdańsk 2005.
30. Pankowska K.: *Edukacja przez dramę*. WSiP 1997.
31. *Podstawy diagnostyki i rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej.* Red. C. Szmigiel, W. Kiebzak. T. 1, 2. Wyd. AWF, Kraków 2001.
32. *Psychiatria. Podręcznik akademicki dla studentów medycyny.* Red. A. Bilikiewicz. PZWL, Warszawa 2006.
33. Sekułowicz M: *Wypalanie się sił rodziców dzieci z niepełnosprawnością*. Wyd. Naukowe DSW, Wrocław 2013.
34. Sherborne W.: *Ruch rozwijający dla dzieci*. PWN, Warszawa 2003.
35. Smith D.D: *Pedagogika specjalna – podręcznik akademicki*. T. 1 i 2. PWN, Warszawa 2008.
36. *Socjoterapia*. Red. K. Sawicka. CMPP-P MEN, Warszawa 2004.
37. Speck O.: *Niepełnosprawni w społeczeństwie. Podstawy ortopedagogiki*. GWP, Gdańsk 2005.
38. Stankowski A., Vasek S.: *Zarys pedagogiki specjalnej*. Katowice 2006.
39. Stankowski A.: *Terapeutyczność procesu wychowania*. „Auxilium Sociale -Wsparcie Społeczne", nr 1, 2000.
40. Szulc W.: *Arteterapia jako dyscyplina akademicka w krajach europejskich*. Wrocław 2010.
41. Szulc W.: *Sztuka w służbie medycyny. Od antyku do postmodernizmu,* Poznań 2001.
42. Wasilak A.: *Zabawy z chustą*. Wyd. Klanza, Lublin 2002.
43. Wendreńska I: *Twórcza aktywność plastyczna w rewalidacji uczniów niepełnosprawnych intelektualnie*. W: *Aktywność twórcza w edukacji i arteterapii. Creative actiivity in education and therapy.* Red. A.Chmielnicka-Plaskota. Warszawa 2010.
44. Wyczesany J.: *Pedagogika upośledzonych umysłowo, wybrane zagadnienia.* Impuls, Kraków 2007.
45. Wysocka E.*: Komunikacja interpersonalna*. W: *Encyklopedia pedagogiki XXI wieku*. T. II. Żak, Warszawa 2007.

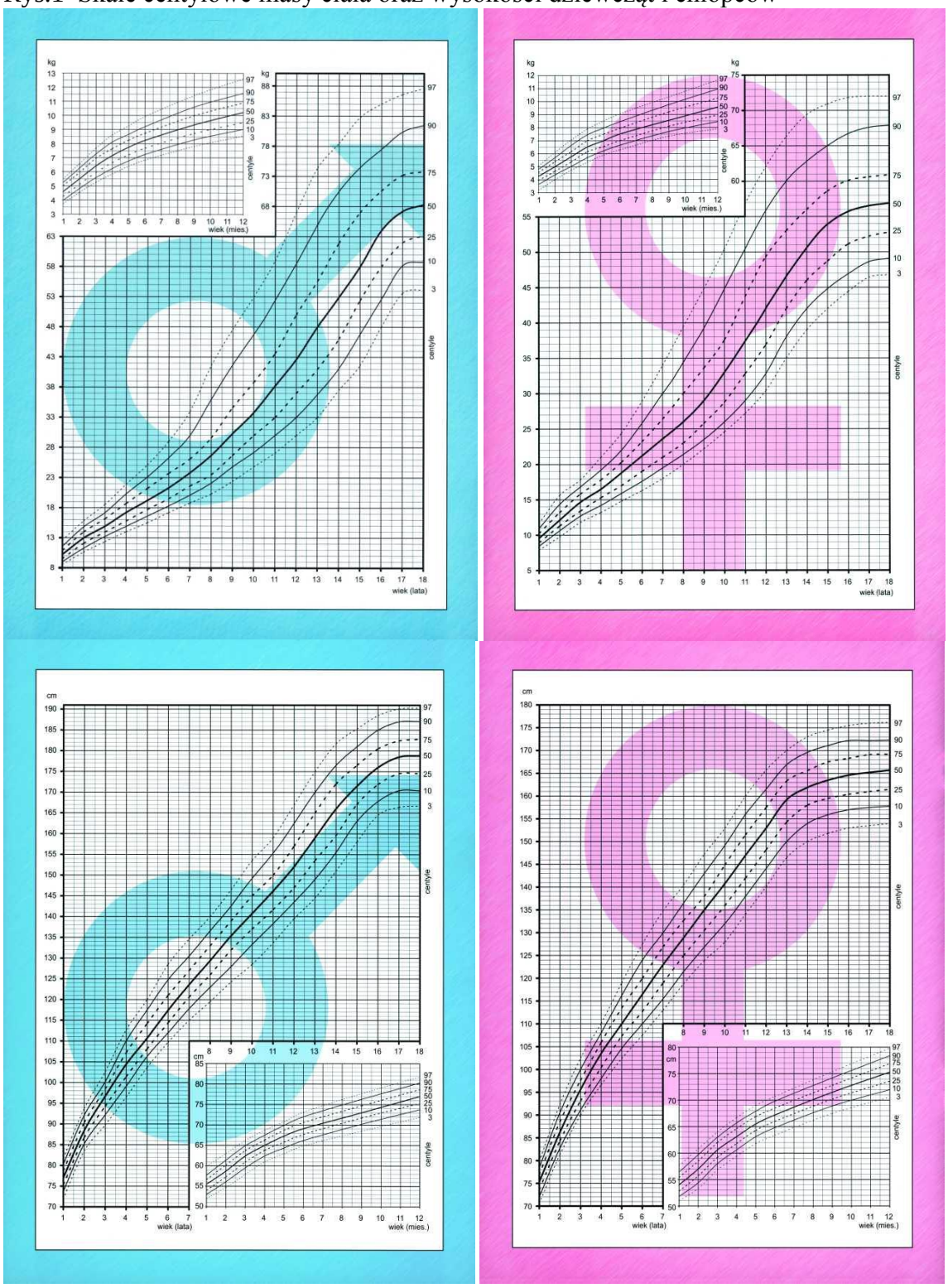
Netografia:
www.centrumincorpore.pl

zss4.sosnowiec.pl

ANEKS

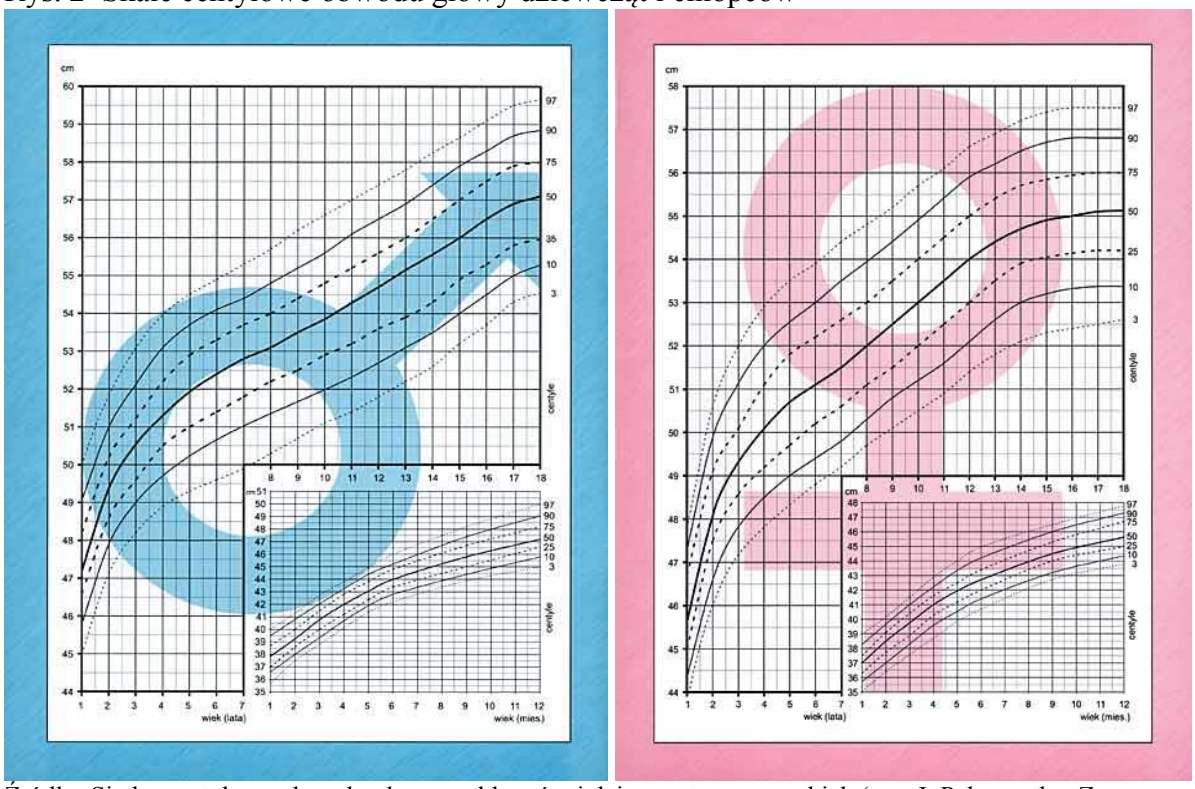
Załącznik nr 1

Rys.1 Skale centylowe masy ciała oraz wysokości dziewcząt i chłopców



Źródło: http://pediatria.mp.pl/prawidlowyrozwoj/rozwojfizyczny/show.html?id=52272

Rys. 2 Skale centylowe obwodu głowy dziewcząt i chłopców



Źródło: Siatka centylowa obwodu głowy u chłopców i dziewcząt warszawskich (opr. I. Palczewska, Z. Niedźwiecka, 1999.) http://www.mp.pl/artykuly/13755

Załącznik nr 2

Podstawowy wywiad z rodzicem (prawnym opiekunem) dziecka

Imię i nazwisko dziecka……

Opiekun prawny (Imię i nazwisko, kontakt) …… ……

… …… ……

Wiek dziecka ……

I. Historia rozwoju dziecka w okresie prenatalnym
(rozwój fizyczny, psychiczny, trudności, stresowe zdarzenia życiowe dla matki, hospitalizacje i inne)

……

……

……

Biuro Projektu:
RODN „WOM” w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

……

……...

II. Historia rozwoju dziecka w okresie postnatalnym i w niemowlęcym
(rozwój fizyczny, psychiczny, trudności, uzdolnienia, stresowe zdarzenia życiowe, hospitalizacje i inne)

……

……

……

……

……...

III. Aktualny stan zdrowia dziecka (fizyczny i psychiczny)

……

……

……

……

……

IV. Powody zgłoszenia się na Wczesne Wspomaganie Rozwoju (w ocenie rodzica)

……

……

……

……

……

V. Diagnoza specjalistyczna – wynikająca z dokumentacji dostarczonej przez rodzica
(m.in. psychiatryczna, neurologiczna, psychologiczna, logopedyczna)

……

……

……

……

……...

VI. Oczekiwania rodziców względem WWR

……

……

Biuro Projektu:
RODN „WOM” w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

……

……

……

VII. Sytuacja rodzinna. Struktura rodziny biologicznej

Ojciec

(wiek, zawód, stan zdrowia, relacje)

……

……

……

……

……..

Matka

(wiek, zawód, stan zdrowia, relacje)

……

……

……

……

……

Rodzeństwo

(wiek, stan zdrowia, relacje)

……

……

……

……

……...

Dalsza rodzina (istotna z punktu rozwojowego)

(wiek, zawód, stan zdrowia, relacje)

……

……

……

……

……...

Historia rodziny
(m.in. relacje rodzinne, kontekst środowiska domowego, w jakim dziecko jest wychowywane, sytuacja materialna, konflikty, trudne zdarzenia)

……

……

……

……

……...

Załącznik nr 3

Kwestionariusz do diagnozy – obserwacja

I. Greenway

Funkcje związane z kontaktem

1. Patrzenie

- Kiedy badany patrzy na mnie (unika patrzenia na mnie)?
- Jak patrzy (ukradkiem, prosto w oczy itp.)?
- Jakie emocje wyraża w swoim spojrzeniu?

2. Mówienie

- Opis głosu.
- Jakie emocje ujawnia?
- Jakim językiem się posługuje?
- Jakich słów i charakterystycznych zwrotów używa?
- Czy posługuje się słowami w sposób bezbarwny, obrazowy, rzeczowy, poetycki itp.?
- Czy używa języka, by uzyskać informacje, komunikować się, dla rozrywki, wywołania wrażenia?
- Czy wybiera słowa w odpowiedzialny sposób (*uznaje za własne* swoje doświadczenie), czy dokonuje raczej defleksji?
- Czy wyraża się jasno, precyzyjnie, zrozumiale, czy też niejasno, ogólnikowo, chaotycznie?

3. Słuchanie

- Czy zdaje się mnie słyszeć dobrze? Czy muszę powtarzać swoje słowa?

Biuro Projektu:
RODN „WOM” w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

- Czy słyszy coś innego, niż ja mówię?

4. Dotykanie

- Jak reaguje na mój dotyk (np. podanie ręki)?
- Czy zdaje się zachęcać do dotyku, czy też unika go?
- Czy ja sam chcę dotknąć osoby badanej (być przez niego dotykanym)?
- Jak dotyka (mocno, delikatnie, ciepło itp.)?

5. Wygląd zewnętrzny

- Czego mogę się dowiedzieć z ubioru, włosów, koloru skóry, rysów twarzy, sposobu poruszania się, postawy ciała, porównania części ciała (strona lewa – prawa, góra – dół, przód – tył)?
- Czy to, jak klient wygląda, jest spójne z tym, co o sobie mówi?

Funkcje związane ze wsparciem

- Jak korzysta ze wsparcia środowiska, np. z krzesła czy poduszki, na których siedzi?
- Jak wspiera sam siebie? Siedzi sztywny, wyprostowany, czy też rozparty, ufny, jeśli chodzi o wsparcie ze strony środowiska?
- Jak wspiera sam siebie za pomocą oddychania? Oddycha głęboko czy płytko; bierze ufnie oddech, czy też chwyta go pospiesznie? Czy sposób oddychania pomaga mu w mówieniu?
- Czy czuję, że muszę go wspierać (będąc taktownym, delikatnym, uspokajając itp.)?
- Czy zdaje się mieć potrzebę wspierania mnie?
- Jak uwzględnione wyżej charakterystyki ulegają zmianie w chwilach niepokoju

(związanych z ciszą, pytaniami, wspomnieniami)?

- Jaką codzienną siecią wsparcia dysponuje (przyjaciele, związki z innymi ludźmi itp.)?
- Jak wspiera sam siebie w chwilach podniecenia lub trudności (przyjaciele, alkohol, narkotyki, ćwiczenia fizyczne, telewizja, jedzenie, spanie itp.)?

Pole

- Jakie wydarzenia (okoliczności życiowe) mają na niego wpływ?
- Czy są jakieś polityczne lub społeczne okoliczności, które mogą mieć szczególny wpływ na aktualny stan jego psychiki?

Biuro Projektu:
RODN „WOM” w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

- Jakie wpływy lub naciski kulturowe go dotyczą?

Cykl świadomości

- Czy badany ma wyraźne doznania?
- Czy wie, co oznaczają jego doznania?
- Czy wie, co czuje?
- Czy potrafi powiedzieć o swoich uczuciach i myślach lub wyrazić je?
- Czy rozumie własne potrzeby?
- Czy wydaje się być zdolny do zmobilizowania się?
- Czy skutecznie ocenia i planuje?
- Czy podejmuje właściwe działanie?
- Czy zdaje się skutecznie budować kontakt?
- Czy odczuwa potem satysfakcję?
- Czy pozwala sobie na wycofanie w odpowiedni sposób i bez trudu?
- W jakich obszarach swego życia przechodzi (nie przechodzi) łatwo przez ten cykl?
- Czy poruszają go pytania o jego wewnętrzny świat?
- Czy nadążam za jego sposobem nadawania znaczeń?
- Czy uczucia, jakie przeżywa, są zgodne z tym, o czym mówi?

Podsumowanie[50]

……

Załącznik nr 4

Zaburzenia rozwojowe wg ICD - 10

F70 - F79 Upośledzenie umysłowe

Kod	Nazwa
F70	Upośledzenie umysłowe lekkie
F71	Upośledzenie umysłowe umiarkowane
F72	Upośledzenie umysłowe znaczne
F73	Upośledzenie umysłowe głębokie
F78	Inne upośledzenie umysłowe
F79	Upośledzenie umysłowe, nie określone

50 I.Greenway: *Assessment Checklist*. Sherwood Institute, Nottingam 1992. Przedruk za: Ch. Sills, S. Fish, P. Lapworth: *Pomoc psychologiczna w ujęciu Gestalt*. IPZ PTP, Warszawa 1999, s. 187 - 189.

F80 - F89 Zaburzenia rozwoju psychicznego

Kod	Nazwa
F80	Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka
F80.0	Specyficzne zaburzenia artykulacji
F80.1	Zaburzenie ekspresji mowy
F80.2	Zaburzenie rozumienia mowy
F80.3	Nabyta afazja z padaczką (Zespół Landau-Kleffnera)
F80.8	Inne zaburzenia rozwoju mowy i języka
F80.9	Zaburzenie rozwoju mowy i języka, nieokreślone
F81	Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych
F81.0	Specyficzne zaburzenie czytania
F81.1	Specyficzne zaburzenie ortografii
F81.2	Specyficzne zaburzenie umiejętności arytmetycznych
F81.3	Mieszane zaburzenie umiejętności szkolnych
F81.8	Inne zaburzenia rozwojowe umiejętności szkolnych
F81.9	Zaburzenie rozwojowe umiejętności szkolnych, nieokreślone
F82	Specyficzne zaburzenie rozwoju funkcji motorycznych
F83	Mieszane specyficzne zaburzenia rozwojowe
F84	Całościowe zaburzenia rozwojowe
F84.0	Autyzm dziecięcy
F84.1	Autyzm atypowy
F84.2	Zespół Retta
F84.3	Inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne
F84.4	Zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi
F84.5	Zespół Aspergera
F84.8	Inne całościowe zaburzenia rozwojowe
F84.9	Całościowe zaburzenia rozwojowe, nie określone
F88	Inne zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego)
F89	Zaburzenie rozwoju psychicznego (psychologicznego), nieokreślone

(F90 - F98) Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym

Kod	Nazwa
F90	Zaburzenia hiperkinetyczne (zespoły nadpobudliwości ruchowej)
F90.0	Zaburzenie aktywności i uwagi

F90.1	Hiperkinetyczne zaburzenie zachowania
F90.8	Inne zaburzenia hiperkinetyczne
F90.9	Zaburzenie hiperkinetyczne, nieokreślone
F91	Zaburzenia zachowania
F91.0	Zaburzenie zachowania ograniczone do środowiska rodzinnego
F91.1	Zaburzenie zachowania z nieprawidłowym procesem socjalizacji
F91.2	Zaburzenie zachowania z prawidłowym procesem socjalizacji
F91.3	Zaburzenie opozycyjno-buntownicze
F91.8	Inne zaburzenia zachowania
F91.9	Zaburzenie zachowania, nieokreślone
F92	Mieszane zaburzenia zachowania i emocji
F92.0	Depresyjne zaburzenie zachowania
F92.8	Inne mieszane zaburzenia zachowania i emocji
F92.9	Mieszane zaburzenia zachowania i emocji, nie określone
F93	Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie
F93.0	Lęk przed separacją w dzieciństwie
F93.1	Zaburzenie lękowe w postaci fobii w dzieciństwie
F93.2	Lęk społeczny w dzieciństwie
F93.3	Zaburzenie związane z rywalizacją w rodzeństwie
F93.8	Inne zaburzenia emocjonalne okresu dzieciństwa
F93.9	Zaburzenie emocjonalne okresu dzieciństwa, nie określone
F94	Zaburzenia funkcjonowania społecznego, rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym
F94.0	Mutyzm wybiórczy
F94.1	Reaktywne utrudnienie nawiązywania relacji społecznych w dzieciństwie
F94.2	Nadmierna łatwość w nawiązywaniu relacji społecznych w dzieciństwie
F94.8	Inne dziecięce zaburzenia funkcjonowania społecznego.
F94.9	Dziecięce zaburzenia funkcjonowania społecznego, nieokreślone BNO
F95	Tiki
F95.0	Tiki przemijające
F95.1	Przewlekłe tiki ruchowe lub głosowe (wokalne)
F95.2	Zespół tików głosowych i ruchowych (zespół Giles de la Tourette)
F95.8	Inne tiki
F95.9	Tiki, nieokreślone
F98	Inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w

Biuro Projektu:
RODN „WOM” w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl

	dzieciństwie i w wieku młodzieńczym

Załącznik nr 5

Literatura zalecana przez Ośrodek Rozwoju Edukacji

1. Bobkowicz-Lewartowska L.: *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*. Impuls, Kraków 2007.
2. Borkowska M. *Dziecko niepełnosprawne ruchowo*. Cz. II: *Usprawnianie ruchowe.* Warszawa 1997.
3. Borkowska M.: *Uwarunkowania rozwoju ruchowego w mózgowym porażeniu dziecięcym*. Zaułek, Warszawa 2000.
4. *Droga do samodzielności. Jak wspomagać rozwój dzieci z ograniczeniami sprawności*. Pod red. A. Brzezińskiej. GWP, Gdańsk 2009.
5. Charbicka M., Raszewska M.: *Zaburzenia integracji sensorycznej u dzieci autystycznych*. Warszawa 2007.
6. Cieszyńska J.: *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym*. Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2001.
7. *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*. Red. B. Cytowska, B. Winczura. Impuls, Warszawa 2008.
8. Franczyk A., Krajewska K.: *Program psychostymulacji dzieci w wieku przedszkolnym z deficytami i zaburzeniami rozwoju*. 2010.
9. Kaczmarek B.B.: *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*. Impuls, Kraków, 2008.
10. *Psychologiczne aspekty trudności w wychowaniu dzieci z zaburzeniami rozwoju i zachowania*. Pod red. K. Kalety, J. Mróz. Wyd. Pedagogiczne ZNP, Warszawa 2010.
11. Kielin J.: *Jak pracować z rodzicami dziecka upośledzonego.* GWP, Gdańsk 2011.
12. *Interdyscyplinarność procesu wczesnej interwencji wobec dziecka i jego rodziny*. Red. G. Kwaśniewska. Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2007.
13. Maas V.F.: *Integracja sensoryczna a neuronauka – od narodzin do starości*. Fundacja „Innowacja" i Wyższa Szkoła Społeczno-Ekonomiczna, Warszawa 2007.
14. Marcinkowska B.: *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością Sprzężoną.* W: *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z uszkodzonym wzrokiem.* MENiS, Warszawa 2005.
15. *Dziecko z trudnościami w rozwoju*. Red. S. Michilewicz. Impuls, Kraków 2010.

16. Minczakiewicz E.M. : *Jak krok po kroku wprowadzać dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych w świat zabawy i nauki*. Impuls, Kraków 2009.
17. Pilecka J.: *Znaczenie wczesnej diagnozy zaburzeń rozwoju dziecka dla wyboru właściwej terapii.* W: *Wspomaganie rozwoju dzieci ze złożonymi zespołami zaburzeń*. Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci z Zaburzeniami Genetycznymi „GEN", Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Poznań 2005.
18. Pisula E.: *Małe dziecko z autyzmem. Diagnoza i terapia*. GWP, Gdańsk 2005.
19. Rose C., Dryden G.: *Zabawy Fundamentalne*. Transfer Learning, Gdańsk 2006.
20. *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole. Poradnik dla organizatorów działań, dla terapeutów oraz dla rodziców.* Red. T. Serafin, 2005.
21. Serafin T.: *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka.* W: *Kształcenie specjalne w systemie oświaty. Vademecum dla organu prowadzącego, dyrektora szkoły, nauczycieli i rodziców*. ABC Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009.
22. *Wspomaganie rozwoju dzieci ze złożonymi zespołami zaburzeń*. Red. A. Twardowski. Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci z Zaburzeniami Genetycznymi „GEN", Poznań 2005.
23. *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z uszkodzonym wzrokiem. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnokształcących*. Red. G. Walczak. MENiS. Warszawa 2005.
24. *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z uszkodzonym wzrokiem z dodatkowymi niepełnosprawnościami. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnokształcących*. Red. G. Walczak. MENiS, Warszawa 2005.
25. Wereszka K.: *Wczesna opieka nad dzieckiem z wadą słuchu i jej wpływ na jego dalsze losy*. „Szkoła Specjalna", 2005, nr 5. Wyd. APS, Warszawa 2005.
26. Wiśniewska M.: *Wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością intelektualną. Poradnik dla rodziców i terapeutów*. Impuls Kraków 2010.

Biuro Projektu:
RODN „WOM" w Katowicach
ul. ks. kard. S. Wyszyńskiego 7,
40-132 Katowice, tel. 32 258 22 09
e-mail: kompetencjenauczyciela@womkat.edu.pl