

## Prognozy oddziaływań wychowawczych na przykładzie konkretnego przypadku

W myśl „Encyklopedii pedagogicznej XXI wieku” „dziecko jest jednostką ludzką w najwcześniejszej fazie jej rozwoju”.<sup>1</sup> Nie jest kandydatem na pełnowartościową jednostkę, ale taką właśnie – niepowtarzalną osobą. Rodzi się jednak niezaradne i wymaga opieki. Autor tego hasła w encyklopedii podkreśla, że dziecko jest kimś szczególnym, gdyż jest nieskażone deformacją społeczną; w znaczeniu tym powinno być nadzieją społeczeństwa. Dzieciństwo traktuje się tutaj nie tylko jako fazę rozwoju osobniczego, ale jako szczególną wartość samą w sobie. Powinno być ono, zatem chronione. W związku z problemami zamknięcia definicji w klamry wieku, uznano tutaj, że człowiek jest dzieckiem od narodzin do rozpoczęcia procesu dojrzewania. Aby dziecko pozostało tą niepowtarzalną osobą, jaką było w początkowej fazie rozwoju, potrzebne mu jest właściwe wychowanie.

Wychowanie w najszerszym tego słowa znaczeniu oznacza całokształt oddziaływania rodziców, wychowawców i środowiska na rozwój dzieci i młodzieży. W tym sensie pojęcie wychowanie obejmuje określone wpływy i oddziaływanie na fizyczny, umysłowy, moralny i estetyczny rozwój dzieci i młodzieży oraz przyswajanie im politechnicznych wiadomości i sprawności. Termin wychowanie bywa też używany w węższym znaczeniu i wówczas odnosi się on do poszczególnych stron rozwoju osobowości dziecka; zwłaszcza często używa się tej nazwy dla określenia rozwoju i oddziaływania moralnego na wychowanka, jak gdyby przeciwstawiając wychowanie w tym sensie (moralne) wykształceniu intelektualnemu.<sup>2</sup>

Dział pedagogiki specjalnej zajmuje się problematyką wychowania i kształcenia dzieci o obniżonej sprawności umysłowej. Przedmiotem jest jednostka upośledzona umysłowo. Zadaniem jest ustalenie takich metod i form rewalidacji, które jednostce upośledzonej zapewniałyby optymalny, wszechstronny rozwój, maksymalne przystosowanie do warunków społecznych.<sup>3</sup>

Pojęcie upośledzenie umysłowe używane jest zamiennie z terminem niedorozwój umysłowy lub niepełnosprawność intelektualna inaczej oligofrenia.

Zdaniem Z. Sękowskiej pojęcie upośledzenie umysłowe jest bardzo obszerne zarówno ze względu na zróżnicowanie stopnia upośledzenia umysłowego, które obejmuje, jak i ze

---

<sup>1</sup> Plich T. (red.), Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku. T. I, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 2003, s. 623.

<sup>2</sup> Kwieciński Z., Śliwierski B.: Pedagogika, PWN Warszawa 2005, s. 26.

<sup>3</sup> Sowa J.: Pedagogika specjalna w zarysie, Wyd. Oświatowe Fosze, Rzeszów 1997, s. 283.

względu na zaburzenia zachowania, motywacji, emocjonalności i dysfunkcje, jakie im towarzyszą. Upośledzenie umysłowe odnosi się nie tylko do sfery poznawczej człowieka, ale obejmuje całą jego osobowość.<sup>4</sup>

Z kolei M. Kościelska upośledzenie umysłowe nie uważa się za zaburzenie organiczne, ale psychologiczne; jako stan, do którego się dochodzi w wyniku wadliwego procesu rozwojowego. W myśl autorki upośledzenie umysłowe jest stanem, które w ważnej mierze jest rezultatem zablokowania aktywności poznawczej dziecka i należytego korzystania z doświadczeń.<sup>5</sup>

Według J. Doroszewskiej trudność zdefiniowania niedorozwoju umysłowego bierze się z faktu, i jest on pewnego rodzaju koncepcją społeczną, związaną ze zmiennym progiem tolerancji społecznej. Według autorki upośledzenie umysłowe jest złożone w swych powiązaniach biospołecznych. Zarówno z różnorodnych czynników, jakie leżą u jego podstaw, jak i wielorakich oznak, a także ze względu na nieraz niełatwy do przewidzenia jego dynamizm, a więc i prognoza.<sup>6</sup>

Z wyżej wymienionych definicji wynika, i natura upośledzenia umysłowego tworzy się na kilku płaszczyznach:

- upośledzenie rodzi się w okresie rozwojowym,
- ma różną etiologię,
- upośledzenie umysłowe obejmuje całą osobowość, a więc nie odnosi się tylko do niższego ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego,
- upośledzenie umysłowe ogranicza możliwość dostosowania społecznego.

Współczesne ujęcie upośledzenia umysłowego jest wszechstronne i bardzo szerokie, uwzględnia, bowiem nie tylko niesprawność sfery intelektualnej, poznawczej, ale także emocjonalnej. Takie całościowe spojrzenie na upośledzenie umysłowe opiera się na holistycznej teorii człowieka o spójności ciała, psychiki, intelektu. Dysfunkcja chociaż jednej ze sfer oznacza zaburzenie, niepełnosprawność człowieka jako całość.

Istnieje klasyfikacja upośledzenia umysłowego. Na różnorodność klasyfikacji wpływają różne kryteria podziału:

- pedagogiczne
- psychologiczne
- ewolucyjne

---

<sup>4</sup> Kościelska M.: Oblicza upośledzenia, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 2000, s. 29

<sup>5</sup> Sękowska Z.: Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej 2001, s. 33-34.

<sup>6</sup> Doroszewska J.: Pedagogika Specjalna, Wydawnictwo Ossolineum 1987, s.45.

- społeczne
- medyczne

Kryterium pedagogiczne bierze pod uwagę możliwości wychowania i nauczania dzieci upośledzonych umysłowo. Kryterium ewolucyjne polega na tym, i badacz porównuje poziom rozwoju czynności orientacyjno-poznawczych, intelektualnych, emocjonalnych, motywacyjnych, wykonawczych, w tym poziom rozwoju mowy, rozwoju motorycznego itp. badanego dziecka z poziomem wymienionych czynności prawidłowo rozwijającego się dziecka. Kryterium psychopedagogiczne uwzględnia całą osobowość dziecka, dokonuje się pomiaru stopnia rozwoju intelektualnego. Ostatnie kryterium odnosi się do biologicznej strony zaburzeń. Definicje medyczne upośledzenia opierają się na etiologii i patogenezie upośledzenia z tendencją do wyodrębnienia jednostek chorobowych np. : niedorozwój umysłowy jest objawem procesu lub stanu chorobowego.

Dzieci upośledzone umysłowo nie są wychowywane w izolacji, lecz w kręgu ludzi normalnych, więc rzeczą oczywistą jest to, że podobnie jak dzieci normalne przejawiają zainteresowania otaczającym je światem. Pragną poznać wszystkie zjawiska życia kulturalnego i społecznego, z którym mają kontakt.

Poniżej przedstawiono studium przypadku oddziaływań wychowawczych dziecka z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym.<sup>7</sup>

## **I.DANE O DZIECKU I ŚRODOWISKU**

Magdalena M. urodzona 25. 04. 1987 roku. Pochodzi z rodziny wielodzietnej (5 dzieci). Jest najmłodszym dzieckiem. Mieszka we wsi Węgorzewo, koło Koszalina, wspólnie z rodzicami i 4 rodzeństwa. Matka ma 43 lata, wykształcenie podstawowe, ojciec 45 lat nie posiada wykształcenia. Rodzice korzystają z zasiłków i pomocy MGOPS-u. Warunki mieszkaniowe rodziny złe.

## **II.WYWIAD**

Magda pochodziła z rodziny wielodzietnej, mieszkającej w pobliskiej wsi, w której 3 dzieci było upośledzonych i przebywało w różnych placówkach. Do momentu rozpoczęcia obowiązku szkolnego przebywała głównie pod opieką matki. Zauważała ona wyraźne opóźnienie rozwoju dziecka, ale nie podjęła żadnych możliwych form pomocy dziecku, ze

---

<sup>7</sup> Opracowano na podstawie: Polkowska I. Praca rewalidacyjna z dziećmi upośledzonymi umysłowo w szkole życia. WSiP Warszawa 1994, s.

względu na bardzo złą sytuację mieszkaniową i rodzinną dziecka. Rodzice zobowiązali się do dowożenia córki na zajęcia do szkoły.

### **III.OBSERWACJA**

Magda została przyjęta do szkoły w roku szkolnym 1995/1996 w wieku 8-lat. Zgodnie z opinią psychologiczną, była opóźniona w rozwoju o około 5-lat. Psycholog określiła jej rozwój na 2 lata i 10 miesięcy. Dziewczynka bardzo mało mówiła, jej wymowa była bardzo zniekształcona, rozumiała jedynie proste, krótkie polecenia. Tempo pracy miała bardzo powolne. Wymagała stałej zachęty do pracy i pomocy. Poza tym nie nawiązywała kontaktu z rówieśnikami ani z osobami dorosłymi. Dziecko nie zostało przyjęte do specjalnego ośrodka szkolno – wychowawczego z internatem między innymi, dlatego, że bezwiednie zanieczyszczało się kałem i moczem. Magda nadal wymagała pieluchowania.

Początkowy kontakt z dziewczynką był niezwykle trudny. Unikała kontaktu wzrokowego i dotykowego ze strony innych osób. Wyraźne były oznaki nadpobudliwości: dziewczynka wbiegała do sali, często zrzucała pomoce z półek, biegała po klasie. Nie dostrzegała potrzeby nawiązywania więzi z żadnym z opiekunów, a także z rówieśnikami. Odgradzała się, wolała zabawy własne, najczęściej rozwalala klocki, inne próby zabaw z nią natrafiały na jej sprzeciw. Nie była w stanie jeszcze skupić się na konkretnym zajęciu. Nie znała fundamentalnych pojęć, nie rozumiała poleceń do niej kierowanych. W mowie spontanicznej stosowała kilka słów: daj mama, nie tak, pić, chodź, itp. Dość dużym problemem w prowadzeniu zajęć, była częsta potrzeba, a raczej konieczność korzystania z toalety, a nierzadko konieczność przebierania dziecka w trakcie zajęć. W związku z tym istniała nieodzowna konieczność przeprowadzenia terapii, która powinna objąć stymulację i kształtowanie wszystkich zaburzonych funkcji w różnych kształtach pracy, z włączeniem w terapię jej rodziny.

Postawione zostały podstawowe cele terapii:

- 1) Zajmować się rozwijaniem w dziecku umiejętności komunikowania się z otoczeniem we wszystkich możliwych sferach poznania –mowa ciała i naśladownictwo, dotyk, słuch, mowa, wzrok, czytanie i pisanie.
- 2) Zmienić sposoby wyrażania woli i emocji w zachowaniu oraz słowami na właściwe.
- 3) Zachęcać dziecko do nawiązania kontaktów społecznych. Terapia pedagogiczna i logopedyczna oraz zajęcia grupowe w kl. 0” prowadzone były równolegle przy stałych cotygodniowych lekcjach. Wykorzystywane

było w zajęciach wiele metod pracy z dzieckiem między innymi: Knillów, W. Sherborne, Metodę Dobrego Startu itp.

#### **IV. PRZEBIEG TERAPII LOGOPEDYCZNEJ**

W pierwszym roku pracy z Magdą w szkole przeważającym objawem jej zachowania była nadpobudliwość psychoruchowa i to ona w fundamentalny sposób określała rodzaj oddziaływań terapeutycznych. Dłuższe wyciszenie i skoncentrowanie uwagi możliwe było tylko podczas zajęć o charakterze konstrukcyjnym, manipulacyjnym. Magda z dużym zaangażowaniem stawiała konstrukcje z klocków, składała wzory z figur, dobierała brakujące elementy, zespalała całość z kilku fragmentów, dopasowywała kształty itp. W tym obszarze czuła się naprawdę bezpiecznie, miała odczucie satysfakcji i pewności. Wykorzystano, więc preferowane przez dziewczynkę zajęcia do nawiązania kontaktu z nią, również bezsłownego. Przebywanie z nią w czasie zabaw manipulacyjnych, pomoc przy pojawiających się trudnościach, pochwała, komentarz słowny, nagrodzenie ciastkiem sprzyjały wzajemnej tolerancji i poznaniu się. Na podstawie tych pierwszych pozytywnych doświadczeń można było rozwinąć kolejne cele terapii, które to osiągnęto w ramach metody Knillów. Wyboru metody dokonano z dwóch powodów: po pierwsze, opiera się ona na aktywności ruchowej przy muzyce (co interesowało Magdę), po drugie wytwarza bezpieczne (bo lubiane przez dziecko) pole do nauczania coraz to nowych umiejętności. Zastosowanie werbalnych metod nauki trafiało na opór dziewczynki. W terapii wykorzystano „Program wprowadzający” i „Program pierwszy”. Wkład Magdy w tych zajęciach z czasem stał się dla niej przyjemnością. W szybkim tempie opanowała aktywności ruchowe z programów. W ciągu trzymiesięcznego okresu pracy udało się osiągnąć następujące cele:

- wzrost u dziecka świadomości własnego ciała i jego możliwości,
- utrwalono rozumienie nazw części ciała,
- opracowano określenia czynności wykonywanych w trakcie zajęć, np. głaskania głowy, brzucha, klaskania itp.
- rozwinięto wtórność w zakresie ćwiczonych ruchów,
- pojawiło się z początku powtarzanie, a później spontaniczne użycie niektórych nazw i wyrażeń dźwiękonaśladowczych.

Magda rozróżniała słuchowo poszczególne sekwencje dźwięków i kojarzyła je z określonymi czynnościami. Nastąpiła znaczna poprawa w zakresie percepcji słuchowej i uwagi, a także pamięci słuchowej, przedłużył się czas koncentracji na zadaniu. Równolegle

stosowano trening rozumienia mowy, głównie w obszarze rozumienia prostych poleceń, stosując nagrody, pochwały. Po tym okresie pracy sformułowano kolejne cele terapeutyczne:

- usprawnianie koncentracji i percepcji słuchowej,
- rozwijanie rozpoczętego procesu powtarzania słów,
- rozszerzenia zasobu rozumianych przez dziewczynę nazw według schematu:
  - 1) zrozumienie nazw osób, przedmiotów, zwierząt w poleceniach, np. „podejść do drzwi” ,
  - 2) prowadzenie nauki czynnego użycia tych nazw, udzielanie odpowiedzi na pytania: „Co to jest?...Czego chcesz?”,
  - 3) zrozumienia nazw czynności w poleceniach wykonywanych przez Kasię,
  - 4) nasilenia siły wydechu, obserwowanie własnej twarzy w lustrze, naśladowanie min robionych przez terapeutę.

W efekcie zainteresowania dziecka rozpoznawaniem liter i procesem ich łączenia rozpoczęto naukę ogólnego czytania, a zwłaszcza rozpoznawania etykiety swojego imienia i nazwiska Magda M. W programie stymulacji słuchowej znajdowały się np. słuchanie muzyki, śpiewanie piosenek, wskazywanie źródła dźwięku, ćwiczenie sekwencji dźwięków i rytmu.

Wraz z czynnościami wyżej opisanymi prowadzono równoległe elementy zajęć metodą ruchu rozwijającego W. Sherborn, ćwiczone czynności samoobsługowe.

Pod koniec pierwszego roku pracy z dzieckiem poziom komunikacji językowej przedstawiał się następująco:

- Magda rozumiała i wykonywała proste polecenia,
- poznała nazwy osób, zwierząt z najbliższego otoczenia,
- odpowiadała na pytania: „ Co to jest?, gdzie jest?”
- rozumiała czasowniki powiązane z czynnościami samoobsługowymi,
- podejmowała próby wyrażania własnych potrzeb, np. „Daj mi” ,
- potrafiła złożyć wyrazy i przeczytać je np. mama, Maj,
- czytała zdania obrazkowe, np. To jest...

W drugim roku terapii logopedycznej Magdy postanowiono:

- podtrzymywać trening rozumienia przez dziecko czasowników oraz umiejętności ich używania,
- stymulować Magdę do podtrzymywania dialogu,
- naprowadzać do odpowiedzi zdaniami, np.: ”Lala śpi”...
- nauczyć pojęć dotyczących wielkości, kształtu, koloru,

- nauczyć rozumienia zaimków i liczby mnogiej: ja, ty...
- kontynuować ćwiczenia oddechowe i przed lustrem

Do ćwiczeń wykorzystywano wiele obrazków i pomocy przygotowanych na komputerze, poza tym starano się prowadzić zajęcia w formie zabawy, czasami gry. Pomocne były także układanki lub własnoręcznie wykonywane konieczne w terapii pomoce.

Po upływie drugiego roku terapii wystąpił wyraźny postęp w rozwoju dziewczynki. Szczególnie rozszerzył się zakres rozumianego i używanego słownictwa o rzeczowniki i przymiotniki np. dotyczące nazw bodźców innych niż wzrokowe np.: chory, kwaśny itp.

W zakresie kontaktów społecznych Magda z większą chęcią zaczęła przebywać na korytarzu w przerwach lekcyjnych.

W ostatnim roku terapii kontynuowane były wcześniej obrane sposoby pracy z dzieckiem. Czymś nowym było uczestniczenie dziewczynki w posiłkach grupy „0” i w niektórych ich zajęciach, np. w zabawach na świeżym powietrzu. Wymowa Magdy nadal była zdeformowana, ze względu na elementy bezdźwięczności i brak głosek [r, l ], a także głosek szumiących.

Obecnie poziom komunikacji językowej Magdy przedstawia się w następujący sposób:

- odczuwa potrzebę komunikacji językowej z otoczeniem –jest to porozumiewanie się prostymi zdaniami, dziewczynka odpowiada na zadawane pytania, podtrzymuje rozmowę i często ją inicjuje,
- włącza się do zabaw z dziećmi
- zasób słownictwa jest obniżony, słabo definiuje i kwalifikuje pojęcia,
- nadal utrzymują się substytucje spółgłoskowe, częste agramatyzmy i zaburzenia w płaszczyźnie mowy suprasegmentalnej.

## **V.PEDAGOGICZNE ASPEKTY TERAPII**

W dużej mierze terapia pedagogiczna uzupełniała terapię logopedyczną. W terapii Magdy skoncentrowano się na stymulacji rozwoju poznawczego w zakresie:

- 1) rozwoju mowy biernej
- 2) ćwiczeniu umiejętności rozumowania arytmetycznego,
- 3) usprawnianiu grafomotorycznym;
  - stymulacji komunikacyjnej roli mowy dziecka,
  - wyciszaniu emocji dziecka,

- rozwijaniu relacji interpersonalnych.

Do pracy w usprawnianiu grafomotoryki pomocą były zeszyty M. Frosting, ćwiczenia H. Tymichowej. Magda interesowała się nauką liczenia, dobierania, poznawania cyfr. Jednak w trzecim roku pracy dodawanie i odejmowanie na konkretach w zakresie 5 nadal sprawiało jej trudność.

## **PODSUMOWANIE**

Przez okres trzech lat prowadzono kompleksową terapię dziecka upośledzonego w stopniu umiarkowanym. W trakcie terapii dziewczynka rozwinęła swoje uzdolnienia w zakresie umiejętności rozumienia i posługiwania się mową w celu komunikacji z otoczeniem. Zajęcia z Magdą odbywały się z wykorzystaniem różnych metod pracy z dzieckiem upośledzonym przy minimalnym zainteresowaniu rodziców. Jej dotychczasowe rezultaty są decydujące. Tak wysokie wyniki osiągnięto dzięki zasadom określającym przebieg i zakres terapii:

1. Szczegółowe poznanie umiejętności i deficytów dziecka przez systematyczną terapię, obserwacje zachowań dziecka, próby kontaktu z rodzicami dziecka.
2. Wyraźne określenie celów na każdy okres terapii i opracowanie sposobu ich osiągnięcia w programie rewalidacyjno-terapeutycznym.
3. Wybór właściwych metod terapeutycznych i elastyczność w ich stosowaniu.
4. Podążanie za dzieckiem, rozumiane jako wykorzystywanie jego potencjalnych możliwości rozwojowych, upodobań i szczególnych uzdolnień.
5. Stworzenie motywacji zrozumiałej i atrakcyjnej dla dziecka.
6. Konsekwencja i systematyczność oddziaływań terapeutycznych oraz ich kompleksowość.

Praca z uczennicą jest procesem ciągłym. Aby uzyskać efekty trzeba mieć dużo cierpliwości i wytrwałości. Obecnie Magda nadal uczęszcza do szkoły masowej, ale jest objęta programem szkoły życia.

Studium przypadku jest bardzo cennym sposobem diagnozowania rewalidacyjnego osób niepełnosprawnych umysłowo. Dzięki uwzględnieniu badań psychologicznych, pedagogicznych i lekarskich, pozwala nauczycielowi na ustalenie możliwości rozwojowych



dziecka we wszystkich sferach rozwoju psychospołecznego i ocenę skuteczności metod i środków rewalidacyjnych.<sup>8</sup>

Można wymienić wiele wskazań, które mogą być wypracowane przez każdego nauczyciela na podstawie odpowiedniej wiedzy o upośledzeniu umysłowym i dziecku upośledzonym, a także znajomości współczesnych poglądów na wychowanie. Ważne są także własne doświadczenia w pracy z dzieckiem niepełnosprawnym, a przede wszystkim chęć niesienia pomocy tym dzieciom.

Aby dzieci niepełnosprawne mogły samodzielnie, bądź z pomocą drugiej osoby funkcjonować w środowisku społecznym, konieczna jest ciągła ich edukacja i rewalidacja, chociażby na poziomie przygotowania do samodzielnego życia, (jeśli to możliwe). Wymaga to zawsze łącznego stosowania wielu różnych metod usprawniających i terapeutycznych.

Wymaga to także stałej opieki i cierpliwości dla osób upośledzonych umysłowo, ponieważ dziecko z taką dolegliwością są bezradne, często ponoszą niepowodzenia i są podatne na wpływy. Terapia dla takich osób jest rzeczą konieczną, bez niej ich życie nie będzie miało większego sensu i będzie całkowicie zależne od innych ludzi.

Nabywanie umiejętności komunikacyjnych u dzieci upośledzonych jest trudne, szczególnie wtedy, gdy w grę wchodzi naruszona sprawność ruchowa, wady sensoryczne, brak rozumienia, czy też anatomiczne. " Dzieci te mają trudności w opanowaniu mowy, nie wysyłają one wystarczająco czytelnych sygnałów komunikacyjnych, słabo nawiązują kontakty z spoza kręgu najbliższych lub nie nawiązują ich wcale". Dlatego należy uczyć je takich sposobów komunikacji, które by były w pełni dla nich zrozumiane, i aby mogły za ich pomocą nawiązywać stosowne do swych potrzeb i możliwości kontakty z najbliższymi.

Do prawidłowego przebiegu procesu uczenia się dzieci głębiej upośledzonych umysłowo, bardzo ważne są sprawności, takie jak: odbieranie bodźców sensorycznych i ich integrowanie. Sprawności te są często w małym stopniu opanowane, a ich uczenie się przebiega bardzo wolno. Dziecko napotykać na niepowodzenia załamuje się i rezygnuje, wycofuje się z wykonywania zadań. Taka sytuacja nie sprzyja ogólnej aktywności poznawczej jednostki i jeszcze bardziej ogranicza jego możliwości rozwojowe. W tym przypadku ważna jest metoda pozytywnego wzmocnienia, czyli organizowania dziecku takiego środowiska, w którym będą dominować nagrody, pochwały, w którym będzie osiągało sukcesy i będzie akceptowane przez innych.

---

<sup>8</sup> Brauner A., Brauner F., Postępowanie wychowawcze w upośledzeniu umysłowym, WSiP Warszawa, 1995, s. 120.

Pomimo wielu ograniczeń, dzieci z niepełnosprawnością intelektualną przejawiają radość, wolę życia i zainteresowanie otoczeniem oraz potrzebę komunikowania się i nabywania nowych doświadczeń.

Rozwój osoby z niepełnosprawnością umysłową, to "droga z nią przez życia". Drogę tę pokonują najczęściej rodzice. To oni stają się pierwszymi i najważniejszymi terapeutami swoich dzieci. Przynajmniej w tym pierwszym okresie rozwoju nikt ich nie zastąpi, ale też nie mogą zapomnieć, że są także rodzicami. Muszą zachować pewien punkt ciężkości. Są od uczenia, ale przede wszystkim od kochania. Wspieranie rozwoju, to ciągle poszukiwanie nowych stu procentowych metod. Nie ma cudownych metod! Nie ma gotowych rozwiązań! Cała praca terapeutyczna jest procesem rozumienia dziecka - osoby z niepełnosprawnością. Odkrywanie tego, co potrafi, jego mocnych stron, ale także wychodzenie naprzeciw tego, co się pojawia - jego potencjalnym możliwościom, czyli temu, co zrobi przy udzieleniu mu odpowiedniego wsparcia.

## Bibliografia

- 1) Brauner A., Brauner F., Postępowanie wychowawcze w upośledzeniu umysłowym, WSiP Warszawa, 1995.
- 2) Clarke A. M., Clarke A. D. B., Upośledzenie umysłowe. Nowe poglądy, PWN, Warszawa 2001.
- 3) Doroszevska J.: Pedagogika Specjalna, Wydawnictwo Ossolineum 1987.
- 4) Kościelska M.: Oblicza upośledzenia, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 2000.
- 5) Kwieciński Z., Śliwierski B., Pedagogika, PWN Warszawa 2005.
- 6) Plich T. (red.), Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku. T. I, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 2003.
- 7) Polkowska I. Praca rewalidacyjna z dziećmi upośledzonymi umysłowo w szkole życia. WSiP Warszawa 1994.
- 8) Sękowska Z.: Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej 2001.
- 9) Sowa J.: Pedagogika specjalna w zarysie, Wyd. Oświatowe Fosze, Rzeszów 1997.