

PODSTAWY PSYCHOLOGICZNE REWALIDACJI UPOŚLEDZONYCH UMYSŁOWO

opracowała: Monika Haligowska

**PODSTAWOWE POJĘCIA
ZWIĄZANE
Z UPOŚLEDZENIEM
UMYSŁOWYM**

Upośledzenie umysłowe jest różnie definiowane,
w zależności
od ujęcia problemu i doboru kryteriów oceniających
ten stan.

Pojęcie to ma szeroki zakres ze względu na zróżnicowane
stopnie upośledzenia, które obejmuje: **zaburzenia
sprawności motorycznej, zaburzenia zachowania,
zaburzenia somatyczne, motywacji, emocjonalności,
uwagi, pamięci, myślenia.**

Upośledzenie umysłowe jest stanem, a nie chorobą.

Upośledzenie umysłowe uwarunkowane jest wieloma przyczynami i powinno być traktowane
jako skutek różnych patologicznych procesów prowadzących do **uszkodzeń w ośrodkowym
układzie nerwowym.**

Dzięki wszechstronnym badaniom takich nauk pomocniczych jak: pediatria, biochemia, fizjologia i genetyka ustalono etiologię, patogenezę i klasyfikację niedorozwoju umysłowego.

Ogólnie można wyróżnić trzy podejścia do zagadnienia upośledzenia:

1) kliniczno-medyczne

niedorozwój umysłowy ujęty jest jako stan choroby ze zwróceniem uwagi na etiologię i patogenezę

2) praktyczne

definicje o charakterze prawno – administracyjnym, np. definicja z ustawy o zdrowiu psychicznym z 1959 r., która niedorozwój umysłowy włącza do zaburzeń psychicznych

3) psychologiczno-społeczne

definicje psychologiczne różnią się liczbą i rodzajem kryteriów, według których ocenia się ten stan

Terminy określające osoby, które w sposób ujemny odbiegają od ogólnie przyjętej normy pod względem umysłowym, do tej pory nie są dostatecznie jednoznaczne.

Do najczęściej używanych w Polsce terminów w tym zakresie zaliczyć można:

- oligofrenia (z grec. oligos - mało, phren - myślę, umysł)
 - upośledzenie umysłowe
 - niedorozwój umysłowy
- opóźnienie w rozwoju umysłowym
 - obniżona sprawność umysłowa
 - niepełnosprawność intelektualna

KRYTERIA I KLASYFIKACJA UPOŚLEDZENIA UMYSŁOWEGO

Do 1968r. brak było jednolitej terminologii, stałych kryteriów pozwalających w miarę precyzyjnie określić, jakie osoby i dlaczego można uznać je za upośledzone umysłowo, a jeżeli już - to jak dalece i w jakim stopniu są one upośledzone.

W 1968 r. Światowa Organizacja Zdrowia ustaliła klasyfikację stopni rozwoju i niedorozwoju umysłowego opartą na tzw. odchyleniach standardowych.

Klasyfikacja ta wprowadza **cztery poziomy upośledzenia umysłowego:**

głęboki, znaczny, umiarkowany i lekki.

Poziomy upośledzenia umysłowego

(za: Rosenhan, Seligmann, 2001).

Poziom upośledzenia	Procent upośledzonych	Iloraz inteligencji (Wechsler)
lekki	75	55 – 69
umiarkowany	20	40 – 54
znaczny	3,5	25 – 35
głęboki	1,5	poniżej 25

Stosunkowo duża grupa osób znajduje się na pograniczu normy umysłowej i upośledzenia umysłowego (I.I.=68-83).

Powszechnie cytowaną w świecie definicją upośledzenia umysłowego jest definicja Amerykańskiego Stowarzyszenia Na Rzecz Osób Ograniczonych Umysłowo:

Upośledzenie umysłowe to znaczące obniżenie ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszą deficyty w dziedzinie zachowań adaptacyjnych i które występuje w okresie rozwojowym.

(za: Kosmowska, 1999)

O obniżeniu ogólnego funkcjonowania umysłowego możemy mówić wtedy, jeżeli wynik badania testem inteligencji będzie przynajmniej o dwa odchylenia standardowe niższy od średniego wyniku w tym teście. (Grossman, 1973 za Kosmowska).

Termin *zachowanie adaptacyjne* oznacza taki sposób zachowań społecznych i taki poziom funkcjonowania, jakie są spodziewane u osoby w tym samym wieku i w podobnej grupie kulturowej.

Okres rozwojowy to okres od urodzenia do 18 r.ż.

W Polsce funkcjonuje równolegle definicja upośledzenia umysłowego, która brzmi:

Upośledzenie umysłowe jest to stan charakteryzujący się istotnie niższym od przeciętnego ogólnym poziomem funkcjonowania intelektualnego i zaburzeniami w zakresie przystosowania się. Zaburzenia w przystosowaniu się przejawiają się w postaci zaburzeń w zakresie dojrzewania, uczenia się i (lub) przystosowania społecznego.

Przez istotnie niższy od przeciętnego poziom funkcjonowania intelektualnego – zgodnie z zaleceniem WHO – rozumiemy poziom niższy o dwa odchylenia standardowe od normy (Kirejczyk, 1981).

Upośledzenie umysłowe dziecka rozpoznajemy w przypadku, gdy:

- poziom funkcjonowania procesów orientacyjno-poznawczych, intelektualnych i wykonawczych jest istotnie niższy od przeciętnego,
- poziom dojrzałości społecznej, tempo nabywania wiadomości i umiejętności są niższe niż u większości jego rówieśników wychowujących się w tym środowisku.

To ostatnie określenie jest szczególnie użyteczne dla psychologa klinicznego, bo pozwala na odróżnienie niedorozwoju umysłowego od zaniedbania pedagogicznego.

Upośledzenie umysłowe:

- **rozpoznawane od urodzenia**, mimo prawidłowych warunków wychowawczych, określane jest terminem „niedorozwój umysłowy”,
- **powstałe po 3 roku życia**, którego istotą jest postępujące obniżanie się zarówno ilorazu, jak i wieku inteligencji, tj. „postępujące obniżanie się poziomu funkcjonowania, intelektualnego”,
- regresja w poziomie funkcjonowania określana jest terminem „otępienie”.

Współczesna koncepcja upośledzenia umysłowego przedstawiona przez M. Kościelską różni się od tradycyjnej.

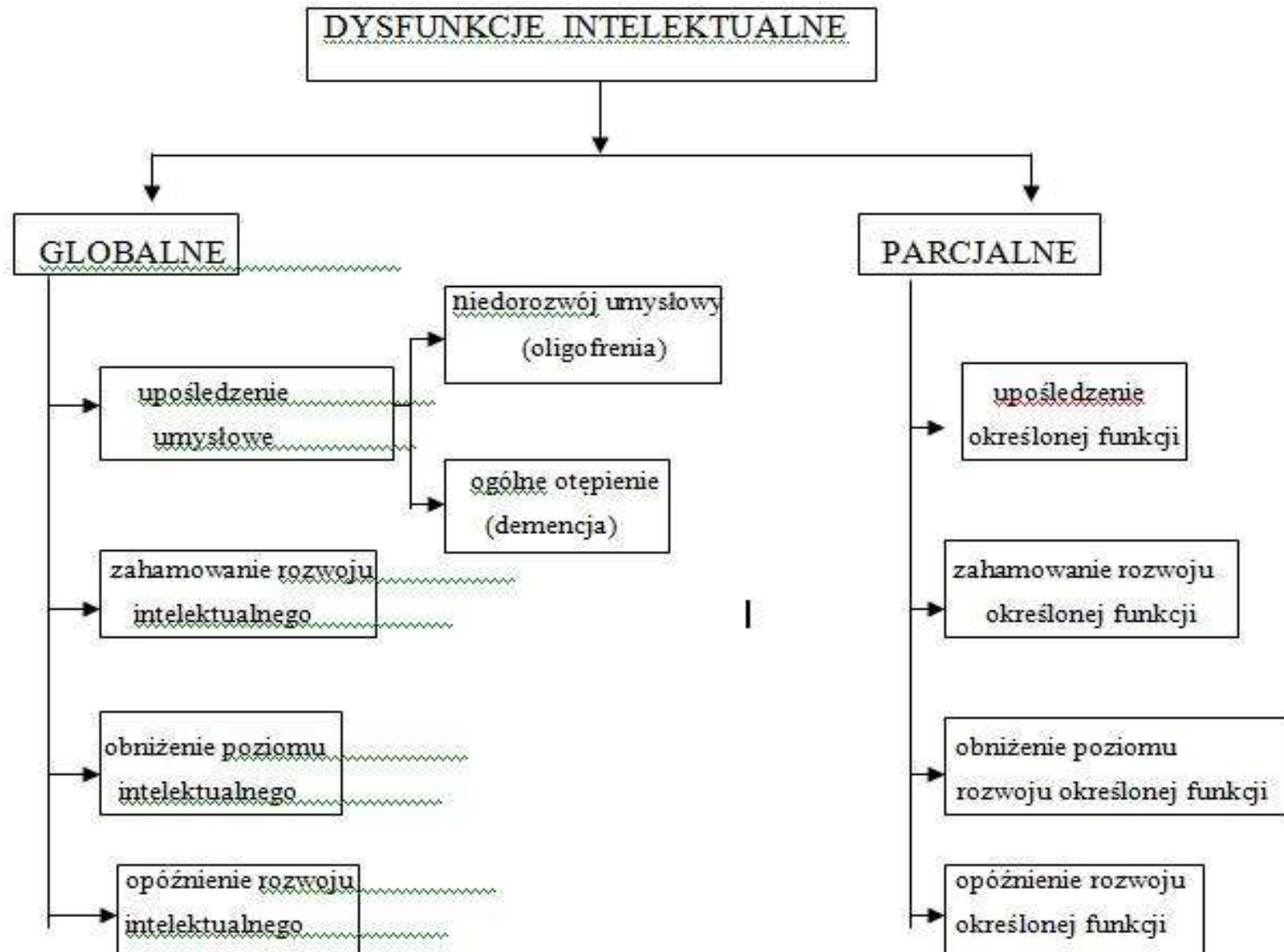
Upośledzenie umysłowe traktowane było jako stan nieodwracalny.

Podstawą nowej koncepcji jest koncentracja na problemach osoby mającej różnego rodzaju trudności i ograniczenia, ale w swoich potrzebach i dążeniach podobnej do ogółu ludzi normalnie funkcjonujących intelektualnie.

Upośledzenie to zaburzenie nie organiczne, ale psychologiczne, to stan, do którego się dochodzi w rezultacie nieprawidłowego procesu rozwojowego.

Do stanu tego można było w wielu przypadkach nie dopuścić, ale także z niego wyjść przy stworzeniu właściwych warunków rozwoju dzieci z ryzykiem „upośledzenia” (1998, s. 8).

J. Kostrzewski (1981) proponuje następujący podział dysfunkcji intelektualnych



- *Dysfunkcje globalne:*

poziom wszystkich mierzonych sprawności intelektualnych jest istotnie niższy od przeciętnego i nie jest to stan spowodowany czynnikami środowiskowymi lub zaburzeniami w sferze emocjonalno – motywacyjnej.

- *Dysfunkcje parcjalne:*

ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego jest prawidłowy, a od normy odbiega tylko jedna lub kilka funkcji wtedy rozpoznajemy parcjalną dysfunkcję intelektualną.

- *Zahamowanie rozwoju intelektualnego* to zatrzymanie rozwoju, które może być okresowe (rokujące powrót do normy) lub mieć charakter trwały. Niezmiennosc wieku inteligencji dziecka doprowadza w konsekwencji do dwóch lub więcej odchyleń standardowych od normy dla wieku metrykalnego i staje się stanem niedorozwoju umysłowego.

- *Obniżenie poziomu intelektualnego* charakteryzuje wynik pomiaru funkcjonowania intelektu mieszczący się w zakresie jednego odchylenia standardowego od normy pomimo, że do pewnego momentu rozwój intelektualny przebiegał prawidłowo.
- *Opóźnienie rozwoju intelektualnego* cechuje się wolniejszym tempem rozwoju spowodowanym czynnikami chorobotwórczymi lub środowiskowymi.

Kryteria i klasyfikacja upośledzenia umysłowego

Problem zagadnienia klasyfikacji upośledzenia umysłowego jest bardzo złożony.

Na różnorodność klasyfikacji wpływają różne kryteria podziału (np. pedagogiczne, psychologiczne, ewolucyjne, społeczne, medyczne).

- **Kryterium pedagogiczne:** bierze pod uwagę możliwości wychowania i nauczania dzieci upośledzonych umysłowo.
- **Kryterium ewolucyjne:** porównuje się 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 psychologiczne** uwzględnia całą osobowość dziecka, dokonuje się pomiaru stopnia rozwoju intelektualnego.
- **Kryterium społeczne** opiera się na założeniu, że istotnym celem człowieka jest takie przystosowanie się do otoczenia, aby móc prowadzić niezależną egzystencję.
- **Kryterium lekarskie** uwzględnia całokształt badań lekarskich, w tym badania ambulatoryjne. Aktualnie obowiązuje w Polsce (od 1968 roku) czterostopniowa klasyfikacja upośledzenia umysłowego oparta na ilorazie inteligencji (I.I.). Jej podstawę stanowi skala o średniej 100 i odchyleniu standardowym 16.

DIAGNOZA PSYCHOLOGICZNO – KLINICZNA UPOŚLEDZENIA UMYSŁOWEGO

Diagnoza upośledzenia umysłowego powinna być **rezultatem wszechstronnego badania** wykonanego przez **zespół specjalistów**: psychologa, pedagoga, logopedę i lekarzy różnych specjalności.

Tylko wieloaspektowa diagnoza może zapewnić **trafne postawienie rozpoznania** i być **podstawą do opracowania programu oddziaływania korekcyjno – wychowawczego**.

W diagnostyce upośledzenia umysłowego istnieją dwa podejścia:

- **Diagnoza psychometryczna** - opiera się wyłącznie na uzyskanym wyniku badań ilorazu inteligencji lub też ilorazie dojrzałości społecznej, bez uwzględnienia całokształtu badań.
- **Diagnoza kliniczna** - opiera się na całokształcie badań psychologiczno - pedagogiczno - lekarskich, wybiegających znacznie poza dane testowe (wywiad, obserwacja, badanie tempa uczenia się, cech osobowości).

Diagnoza psychologiczno – kliniczna niepełnosprawności intelektualnej:

- a) diagnoza procesów orientacyjno –
poznawczych (skale i testy do badania
inteligencji, obserwacja, wywiad);
- b) diagnoza umiejętności społecznych (metody
PAC Gunzburga);
- c) model diagnozy osoby z niepełnosprawnością
intelektualną.

Wymiary diagnozy:

- funkcjonowanie intelektualne i adaptacyjne;
- charakterystyka psychologiczno – emocjonalna;
- zdrowie fizyczne i etiologia;
- charakterystyka środowiska.

Ocena intelektu:

- U dzieci w wieku 0 -3 lata najczęściej ocenia się rozwój psychoruchowy.
- Ocenę intelektu przeprowadza się w oparciu o wywiad, badanie testem inteligencji, badanie wybranymi próbami testowymi, badanie próbami klinicznymi, obserwację zachowania.

Zasadniczym objawem upośledzenia umysłowego jest istotnie **niższy od przeciętnego ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego** występujący łącznie z istotnymi ograniczeniami w zakresie **funkcjonowania przystosowawczego**, a przynajmniej w zakresie dwóch spośród poniższych sprawności:

- porozumiewania się,
- troski o siebie,
- sprawności społeczno - interpersonalnej,
- korzystania ze środków zabezpieczenia społecznego,
- kierowania sobą,
- wykonywania pracy,
- sposobu organizowania czasu wolnego oraz troski o zdrowie i bezpieczeństwo (DSM – IV)

Nie rozpoznajemy upośledzenia umysłowego u jednostki o IQ niższym niż 70, jeśli nie towarzyszy mu odpowiednio niski poziom funkcjonowania przystosowawczego.

Proces diagnostyczny powinien być poprzedzony refleksją dotyczącą następujących problemów:

- kogo diagnozuję?
- w jakim celu, tj. komu ma służyć diagnoza?
- co diagnozuję? - czy to co zamierzam badać jest istotne dla osoby badanej?
- jakimi metodami diagnozuję?
- kim jestem dla osoby badanej, z jakiej pozycji ją traktuję?

W trakcie sporządzania diagnozy ważne jest uwzględnianie zarówno:

- **diagnozy negatywnej:** skoncentrowanej na deficytach, zaburzeniach, jak i
- **diagnozy pozytywnej:** skoncentrowanej na zasobach, jakimi dysponuje dana osoba.

W postępowaniu diagnostycznym psycholog formułuje problem/ kilka problemów badawczych, następnie wykorzystując posiadaną wiedzę, buduje hipotezy wyjaśniające te problemy i stosuje odpowiednie metody w celu ich weryfikacji (Sęk, 1992, Szecówka, 2006).

W badaniu diagnostycznym należy ustalić:

- od jak dawna obserwuje się wolne tempo rozwoju ?
- czy dziecko przejawia postęp w rozwoju czy stwierdza się zahamowanie / cofanie w rozwoju?
- czy dotyczy to wybiórczo niektórych funkcji (opóźnienie parcjalne), czy wszystkich funkcji intelektualnych (opóźnienie globalne)?
- istotne jest określenie rozmiarów tego opóźnienia: czy dotyczy tylko procesów intelektualnych czy także dojrzałości społecznej i zdolności uczenia się?

Dlatego też do 3 r.ż. raczej nie formułuje się rozpoznania upośledzenia w stopniu lekkim, lecz mówi się o opóźnieniu rozwoju umysłowego i zachowuje wielką ostrożność przy stawianiu diagnozy.

J. Kostrzewski uważa za celowe, powracanie (po zakończeniu badania testowego) do zadań, których dziecko samo nie rozwiązało.

Jeśli dzięki pomocy psychologa np. naprowadzania, wiek inteligencji dziecka wzrośnie do poziomu wieku życia, należy wykluczyć upośledzenie umysłowe.

Namawia ponadto, aby stosować wielokrotnie badania kontrolne w celu śledzenia dynamiki rozwoju intelektualnego, uwzględniać:

- ocenę **rozwoju funkcji psychomotorycznych** warunkujących powodzenie szkolne,
- ocenę **poziomu zachowania przystosowawczego** (np. skalą dojrzałości społecznej E. Dolla),
- ocenę **tempa uczenia się i stopnia wyuczalności** (np. za pomocą eksperymentu klinicznego),
- niektórych **cech osobowości** (np. dojrzałości emocjonalnej).

POSTĘPOWANIE DIAGNOSTYCZNE

opiera się na następujących zasadach:

- trafny dobór narzędzi diagnostycznych, prawidłowe przeprowadzenie badania oraz dokładna znajomość i umiejętność interpretacji danego narzędzia;
- zebranie informacji pochodzących z różnych źródeł (wypowiedzi badanego, zachowania niewerbalne, jego wygląd, informacje udzielone przez otoczenie, etc.);
- odniesienie zebranych informacji do historii życia badanego i jego związków ze środowiskiem;
- interpretowanie całokształtu zebranych informacji w kontekście określonej teorii psychologicznej tak, aby wyjaśnić zachowanie badanego przez wskazanie kluczowych przyczyn.

PRZEBIEG PROCESU DIAGNOZY FUNKCJONALNEJ:

- **wstępne poznanie problemu**

pomocne metody:

- wywiad z rodzicami (opiekunami) dziecka,
- analiza dokumentacji medycznej i in. zgromadzonej przez opiekunów (zapoznanie się z już istniejącymi diagnozami);

- **poznanie podmiotu diagnozy – tu: dziecka**

- obserwacja, najlepiej w sytuacjach naturalnych:
 - np. przyłączenie się do zabawy z dzieckiem, ze starszymi –
 - np. rozmowa na temat czynności, która się dzieje;
- nagrania VHS – poznanie dziecka w jego interakcjach z członkami rodziny, rówieśnikami, nauczycielami, wychowawcami;

Dokonanie **wstępnej oceny funkcjonowania dziecka** w zakresie:

- sfery poznawczej,
- biernej i czynnej komunikacji,
- rozwoju społeczno – emocjonalnego oraz ruchowego,
- określenie pozytywnych i negatywnych wpływów środowiska rodzinnego, przedszkolnego, szkolnego.

- **dalszy proces badawczy**

- metoda oceny umiejętności funkcjonalnych: **obserwacja diagnostyczno – terapeutyczna** (Olechnowicz, 1999):
opis zachowań dziecka, które posługuje się narzędziami, zabawkami w warunkach najbardziej zbliżonych do naturalnych (szczególnie zalecana w wypadku dzieci małych oraz osób z głęboką niepełnosprawnością);

Dzieci w wieku szkolnym – badanie diagnostyczne w formie zajęć o charakterze pośrednim – **między zabawą i nauką**; długotrwała obserwacja postępów w uczeniu się, ocena poziomu wykonania przez niego zadania po udzieleniu pomocy przez nauczyciela – wskaźniki możliwości uczenia się

(diagnoza nauczająca M. Bogdanowicz, 1995).

Sytuacje specjalnie organizowane dla potrzeb diagnozy i przygotowania programu terapii, kiedy dziecko nie jest pod ciągłą obserwacją diagnosty: rozpoznanie powinno opierać się na **kilkakrotnie podjętych spotkaniach** przypominających swym charakterem **obserwację diagnostyczno – terapeutyczną**, czy **diagnozę nauczającą**.

- Dodatkowo: obserwacja dziecka w grupie rówieśniczej.
- Dla uzyskania pełnej diagnozy funkcjonalnej, **niezbędna jest konsultacja specjalistów**: pedagoga, psychologa, logopedy, fizjoterapeuty, neurologa itp.

PRZEGLĄD WYBRANYCH TECHNIK DIAGNOSTYCZNYCH, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM TECHNIK SŁUŻĄCYCH DO DIAGNOZY PROCESÓW ORIENTACYJNO – POZNAWYCZYCH, INTELEKTUALNYCH, EMOCJONALNO – MOTYWACYJNYCH

METODY PSYCHOLOGICZNE SŁUŻĄCE DIAGNOZOWANIU UPOŚLEDZENIA UMYSŁOWEGO:

- **wywiad kliniczny** z rodzicami na temat dotychczasowego rozwoju psychomotorycznego dziecka (tempa, rytmu i dynamiki) oraz warunków, w jakich się odbywał; dane z wywiadu mogą być wskaźnikami stopnia upośledzenia i jego etiologii; wywiad (z jednostką, rodziną, opiekunami z ramienia szkoły),

Formy wywiadu klinicznego:

- a) **wywiad swobodny** (niestrukturalizowany): rozmowa na określony temat dostosowana do określonej sytuacji,
- b) **wywiad ustrukturalizowany**: zawiera ściśle określone pytania; istotne jest poznanie faktów z życia badanego oraz towarzyszących im emocji i ocen; uzyskane informacje, dotyczące tych samych spraw są porównywalne z materiałem pochodzącym z podanych badań (niezależnie od osoby przeprowadzającej wywiad).

- **rozmowa z dzieckiem:**

diagnosta pozyskuje informacje o badanym nie tylko dzięki udzielanym przez niego **wypowiedziom**, ale również dzięki obserwowanym **wskaźnikom niewerbalnym** (m.in. sposób mówienia, ton głosu, postawa, pozycja ciała, kontakt wzrokowy),

- **obserwacja** reakcji badanego na sytuację badania, w celu zobiektywizowania obserwacji psycholog posługuje się obserwacyjnymi skalami ocen;

m.in.: obserwacja spontanicznej aktywności dziecka (sposób manipulowania zabawkami, wspólne pole uwagi z rodzicami, reakcja dziecka w sytuacji zadaniowej, zachowanie się dziecka w grupie dzieci; sposób okazywania przez dziecko emocji; obserwacja (swobodna i planowa / zwykła, uczestnicząca, kontrolowana, niekontrolowana);

- analiza wytworów dziecka;
- analiza dokumentacji;

kwestionariusze (np. do badania określonej cechy jednostki, dla rodziców, przystosowania społecznego, kwestionariusz stosunków między rodzicami a dziećmi).

Dane uzyskane dzięki ww. metodom diagnostycznym są podstawą do sformułowania hipotez odnośnie upośledzenia umysłowego, stopnia i przyczyn. Dalsze badania psychologiczne za pomocą testów psychologicznych i eksperymentów klinicznych pozwalają je potwierdzić. W toku badań należy też ustalić, jakie możliwości uczenia się i dalszego rozwoju ma dziecko (próba prognozy) oraz określić program wszechstronnej rehabilitacji (terapia).

METODY DO OCENY ROZWOJU UMYSŁOWEGO

- **TESTY INTELIGENCJI:**

- metoda **pomiaru ilościowego** ściśle określonych funkcji poznawczych, które składają się na inteligencję; inteligencja J. Strelaua – jest to ważny czynnik współdeterminujący efektywność działań, które wymagają udziału typowo ludzkich procesów poznawczych (rozumowania, wnioskowania, myślenia abstrakcyjnego, planowania, itp.); ten właśnie czynnik mierzą testy inteligencji;
- wynik testu jest **wartością liczbową**, którą porównuje się z wynikami innych członków społeczeństwa, do którego należy badany (czyli **z** tzw. **normami**); określa się, w jakim stopniu wynik osoby badanej odchyła się od średniej wartości testu dla danej populacji – znormalizowanie (każdy wynik można porównać z wynikami populacji);

- testy powinny być **wystandaryzowane**: mieć szczegółowo określone warunki stosowania: dokładną instrukcję, procedurę badania, jasne kryteria oceny;
- **trafne**: mierzyć to, co założono,
- **rzetelne**: miara dokładności pomiaru, np. dawać te same wyniki w odstępie kilku miesięcy; jak dokładnie test mierzy daną zmienną;

(Brzeziński, 2000, Magnusson, 1991).

Do trafnego zinterpretowania wyników uzyskanych przez zastosowanie określonego narzędzia konieczna jest praktyka posługiwania się tą metodą i znajomość nurtu teoretycznego, w którym owo narzędzie powstało.

Do oceny **rozwoju umysłowego dzieci w wieku przedszkolnym** w Polsce najczęściej używa się:

- Skali Stanford Binet, znanej pod nazwą **Testu Inteligencji L.Termana - M.Merrill** (podejrzenie głębszego upośledzenia),
- Skali **Dojrzałości Umysłowej Columbia**,
- Test **Brunet – Lezine** – skala rozwoju psychomotoryki,
- Testu **Psyche Cattell**,
- Skali **Inteligencji dla Dzieci D. Wechslera** (podejrzenie upośledzenia w stopniu lekkim) - WISC - Wechsler Intelligence Scale for Children,
- **Test Denver** – orientacyjny test psychoruchowego rozwoju dziecka

Testy do diagnozy inteligencji osób dorosłych:

- WAIS - Wechsler Adult Intelligence Scale,
- test Ravena,
- **TESTY PROJEKCYJNE:**
 - test Plam Atramentowych Rorschacha,
 - TAT (Test Apercepcji Tematycznej) oraz dwie wersje dla dzieci: CAT-A i CAT-H,
 - Test zdań niedokończonych Rottera,
 - test Drzewa, Test Rodziny, test Postaci Ludzkiej, itp.

- **TESTY DIAGNOZY NEUROPSYCHOLOGICZNEJ:**
 - diagnoza dotyczy możliwości występowania zaburzeń funkcji tkanki mózgowej, u podłoża której istnieją zmiany organiczne (w strukturze tkanki), wykrywalne lub czasem nie, za pomocą badania medycznego;
 - metody te powinny być stosowane w określonym zestawie i dopiero na podstawie spójnego wyniku 3-4 testów można postawić diagnozę;
 - podstawowymi metodami w zakresie diagnozy neuropsychologicznej są testy: Bentona, Bender , Graham-Kendall, skala Wechslera, Test Kraepelina;

LITERATURA:

M. Bogdanowicz (1991). Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym. Warszawa WSiP.

J. Brzeziński (2000). Badania eksperymentalne w psychologii i pedagogice. Warszawa Wyd. Naukowe Scholar.

K. Kirejczyk (red.) (1981). Upośledzenie umysłowe-pedagogika. Warszawa PWN.

B. Kosmowska (1999). Dzisiaj się bawimy. Rewalidacja indywidualna prowadzona Metodą Dobrego Startu. Scenariusze zajęć dla klas I-IV szkoły specjalnej. Warszawa WSiP.

J. Kostrzewski, I. Wald (1981). Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym w: K. Kirejczyk (red.). Upośledzenie umysłowe. Pedagogika. Warszawa PWN.

R. Kościelak (1989). Psychologiczne podstawy rewalidacji upośledzonych umysłowo. Warszawa PWN.

M. Kościelska (2000). Oblicza upośledzenia. Warszawa PWN.

D. Magnusson (1991). Wprowadzenie do teorii testów. Warszawa PWN.

H. Olechnowicz (1999). Jaskiniowcy zagubieni w XXI w.: praca terapeutyczna z małymi dziećmi. Warszawa WSiP.

I. Obuchowska (1995). Dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim w: I. Obuchowska (red.). Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Warszawa WSiP.

W. J. Paluchowski (2001). Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe. Warszawa Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

D. L. Rosenhan, E.P Seligman. (1994). Psychopatologia. Warszawa PTP.

H. Sęk (red.) (1984). Metody projekcyjne: Tradycja i współczesność. Poznań Wyd. Nauk. UAM.

M. Szecówka-Nowak (2006). Wybrane aspekty diagnozy psychologicznej dziecka z zaburzeniami rozwojowymi w: B. Cytowska; B. Winczura (red.). Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka. Kraków Wyd. Impuls.

M. Szecówka (2005). Pojęcie diagnozy psychologicznej i problem testowego diagnozowania intelektu w: B. Cytowska; B. Winczura (red.). Dziecko z zaburzeniami w rozwoju. Konteksty diagnostyczne i terapeutyczne. Kraków Wyd. Impuls.

K. W. Walsh (2001). Jak rozumieć uszkodzenia mózgu. Podstawy diagnozy neuropsychologicznej. Warszawa IPIŃ.