

# Psihopedagogia deficiențelor vizuale

suport de curs



\*\*\*1

**Capitolul 1** Definirea, etiologia și implicațiile dizabilității vizuale

**Capitolul 2** Evaluarea în contextul dizabilității vizuale

**Capitolul 3** Strategii de abilitare și reabilitare. Programe de intervenție psihopedagogică

## I. Informații generale: Date de identificare a cursului

### **Date de contact ale titularului de curs**

Nume : Conf.univ.dr. Andrea Hathazi

Birou: Str. Sindicatelor nr.7, camera 23-24

Telefon: +40-264-598.814 int.6101

Fax: +40-264-598.814

E-mail: andrea.hathazi@ubbcluj.ro

Consultații: vineri 10-14

Nume și date de contact tutor:

Asist.dr. cercetare Marian Pădure

marian.padure@ubbcluj.ro

### **Date de identificare curs**

Numele cursului: Psihopedagogia deficienților vizuali

Codul cursului: PLR2402

Anul II, semestrul IV

Număr de credite: 6

Tipul cursului: obligatoriu

Pagina web a cursului:

<http://psihoped.psiedu.ubbcluj.ro/>

## 1.2. Condiționări și cunoștințe prerechizite

Înscrierea la acest curs nu este condiționată de parcurgerea și promovarea niciunei discipline la nivel formal, însă pentru buna înțelegere a materialului și pentru rezolvarea temelor propuse este indicată parcurgerea disciplinelor: *Fundamentele psihopedagogiei speciale și Psihologia dezvoltării în contextul dizabilității.*

## 1.3. Descrierea cursului

Cursul Psihopedagogia deficienților vizuali oferă informații specifice și facilitează formarea competențelor profesionale privind educația și intervenția în domeniul dizabilității vizuale. Disciplina asigură familiarizarea studenților cu problematica deficiențelor senzoriale, evidențiind importanța aspectelor legate de particularitatea evaluării și intervenției, pregătind cursul Metode și tehnici de reabilitare a deficienților vizuali din anul III, cele două cursuri abordând caracteristicile de dezvoltare și implicațiile deficienței vizuale asupra diferitelor arii de dezvoltare, învățare și comunicare. Prin lectura capitolelor, dar și a lucrărilor bibliografice, reiese faptul că trebuie să se realizeze o abordare holistică privind natura, dezvoltarea și dinamica dizabilității vizuale.

## 1.4. Organizarea temelor în cadrul cursului

Cursul este structurat pe module de învățare, existând trei module în cadrul cărora sunt abordate diferite teme care prezintă informații în vederea formării cunoștințelor și deprinderilor ce vizează intervenția psihopedagogică privind problematica dizabilității vizuale. Astfel sunt prezentate informații privind terminologia utilizată, clasificarea deficienței vizuale, principalele afecțiuni oculare și implicațiile lor educaționale, implicațiile în diferitele arii de dezvoltare precum cogniție, limbaj și comunicare, nivel perceptiv, deprinderi socio-emoționale, deprinderi de autonomie personală, modalități și instrumente de evaluare, dar și specificul intervenției psihopedagogice. Nivelul de înțelegere și utilitatea informațiilor prezentate în fiecare modul vor fi optimizate, dacă în timpul parcurgerii suportului de curs, vor fi consultate sursele bibliografice recomandate. În

situația în care materialele bibliografice nu vor putea fi accesate, se recomandă contactarea tutorilor disciplinei.

#### **1.4. Formatul și tipul activităților implicate de curs**

Suportul de curs este structurat pe module, fiecare modul abordând mai multe teme. Parcurgerea acestora va presupune studiu individual, dar și întâlniri față în față (activități asistate și consultații). Consultațiile, inclusiv prin e-mail sau accesarea platformei ID, trimis tutorilor sau responsabilului de curs, reprezintă un sprijin direct acordat din partea titularului și a tutorilor. Pe durata consultațiilor sunt discutate temele elaborate, dar sunt și prezentări ale informațiilor aferente fiecărui modul, fiind oferite răspunsuri directe la întrebările formulate. În ceea ce privește activitatea individuală, aceasta este gestionată individual și se va concretiza în parcurgerea tuturor materialelor bibliografice obligatorii, rezolvarea temelor de verificare, accesarea platformei pentru a posta diferitele rezultate ale studiului individual și ale temelor propuse. Reperetele de timp și implicit perioadele de rezolvare ale fiecărei activități (lucrări de verificare, proiect etc) sunt monitorizate prin intermediul calendarului disciplinei. Modalitatea de notare și, respectiv, ponderea acestor activități obligatorii, în nota finală sunt precizate în secțiunea politica de evaluare și notare precum și în cadrul fiecărui modul. Pe scurt, având în vedere particularitățile învățământului la distanță dar și reglementările interne ale CFCID-FR al UBB, parcurgerea și promovarea acestei discipline presupune antrenarea studenților în următoarele tipuri de activități:

- a) consultații – pe parcursul semestrului vor fi organizate două întâlniri de consultații față în față; prezența la aceste întâlniri este obligatorie;
- b) realizarea studiului individual prin parcurgerea suportului de curs și bibliografiei precizate;
- c) patru teme care vor fi rezolvate și, respectiv trimise tutorilor în conformitate cu precizările din calendarul disciplinei.
- d) forumul de discuții – acesta va fi monitorizat de echipa de tutori și supervizat de titularul disciplinei.

#### **1.5. Materiale bibliografice obligatorii**

În suportul de curs, la finalul fiecărui modul sunt precizate atât referințele bibliografice obligatorii, cât și cele facultative. Sursele bibliografice au fost astfel stabilite încât să ofere posibilitatea aprofundării nivelului de analiză și, implicit, comprehensiunea fiecărei teorii.

Volumul *Psihopedagogia deficienților vizuali*, V.Preda (1993) este referința obligatorie principală pentru cursul de „Psihopedagogia deficienților vizuali, caracteristica sa definitorie o constituie prezentarea principalelor abordări în acest domeniu, fiind considerată lucrarea fundamentală care cuprinde aspecte legate de specificul dezvoltării, funcționării și învățării, dar și a principalelor modalități de educație.

Cea de a doua lucrare de referință este capitolului *Dizabilități vizuale* elaborat de Roxana Cziker și Andrea Hathazi în cadrul volumului *Psihopedagogie specială. Modele de evaluare și intervenție*, Iași, Editura Polirom, 2015. Volumul elaborat de către Mason, H., McCall, S.(edit.) (1997), *Visual Impairment. Access to Education for Children and Young People*, cuprinde aspecte teoretice, dar și aplicațiile practice, care analizează caracteristicile de dezvoltare și învățare ale

copiilor cu deficiențe asociate. Celor trei materiale bibliografice li se adaugă o serie de referințe facultative.. Lucrările menționate la bibliografia obligatorie se regăsesc și pot fi împrumutate de la Biblioteca Facultății de Psihologie și Științe ale Educației din cadrul Bibliotecii Centrale „Lucian Blaga”.

## 1.6. Materiale și instrumente necesare pentru curs

Optimizarea secvențelor de formare reclamă accesul studenților la următoarele resurse:

- calculator conectat la internet (pentru a putea accesa bazele de date și resursele electronice suplimentare, dar și pentru a putea participa la secvențele de formare interactivă on line)
- acces la resursele bibliografice, inclusiv la cele online sau chiar open- access (ex: abonament la Biblioteca Centrală „Lucian Blaga”)
- acces la echipamente de fotocopiere

## 1.7. Calendar al cursului

Pe parcursul semestrului IV, în care se studiază disciplina de față, sunt programate întâlniri față în față (consultații) cu toți studenții; ele sunt destinate soluționării oricăror nelămuriri privind conținutul sau cerințele privind sarcinile individuale. Pentru prima întâlnire se recomandă lectura atentă a primelor două module; la cea de a doua se discută ultimul modul și se realizează o secvență recapitulativă pentru pregătirea examenului final. De asemenea în cadrul celor două întâlniri, studenții au posibilitatea de a solicita titularului și/sau tutorilor sprijin pentru rezolvarea anumitor teme, în cazul în care sunt nelămuriri sau e nevoie de suport suplimentar. Pentru a valorifica maximal timpul alocat celor două întâlniri, studenții sunt atenționați asupra necesității suplimentării lecturii din suportul de curs cu parcurgerea obligatorie a cel puțin a uneia dintre sursele bibliografice de referință. Datele celor două întâlniri sunt precizate în calendarul sintetic al disciplinei. În același calendar se regăsesc și termenele la care trebuie transmise/depuse lucrările de verificare aferente fiecărui modul.

<b>Calendarul sintetic al disciplinei</b>	<b>Modul</b>	<b>Termen de predare</b>	<b>Punctaj</b>
<b>Modalități de evaluare</b>			
Tema nr. 1	1	15.03.2016	1p
Tema nr. 2	2	25.04.2016	1p
Tema nr. 3	3	20.05.2016	1p
Tema nr.4	3	06.06.2016	1p
Examen	1, 2, 3	10.01.2016	5p

## 1.8. Politica de evaluare și notare

Evaluarea finală se va realiza pe bază unui examen scris desfășurat în sesiunea de la finele semestrului IV. Nota finală se compune din:

- a) punctajul obținut la acest examen în proporție de 50% (5puncte)
- b) aprecierea realizării temelor pe parcurs – 40% (4 puncte, adică 1 punct/lucrare)
- c) 1 punct oficiu

Modulul cuprinde patru lucrări de verificare care vor fi transmise tutorelui la termenele precizate în calendarul disciplinei. Aceste lucrări se regăsesc la sfârșitul fiecărui modul. Instrucțiuni suplimentare privind modalitățile de elaborare, redactare, dar și criteriile de notare ale lucrărilor, vă vor fi furnizate de către titularul de curs sau tutori în cadrul întâlnirilor față în față.

Pentru **predarea temelor** se vor respecta cu strictețe cerințele formatorilor. Orice abatere de la acestea aduce după sine pierderea punctajului corespunzător acelei lucrări. Evaluarea acestor lucrări se va face imediat după preluare, iar afișarea pe site a feed-back-ului oferit de evaluator, se va realiza la cel mult 2 săptămâni de la data depunerii/primirii lucrării. Dacă studentul consideră că activitatea sa a fost subapreciată de către evaluatori atunci poate solicita feedback suplimentar prin contactarea titularului sau a tutorilor prin email.

## 1.9. Elemente de deontologie academică

Se vor avea în vedere următoarele detalii de natură organizatorică:

- Orice material elaborat de către studenți pe parcursul activităților va face dovada originalității. Studenții ale căror lucrări se dovedesc a fi plagiate nu vor fi acceptați la examinarea finală.
- Orice tentativă de fraudă sau fraudă depistată va fi sancționată prin acordarea notei minime sau, în anumite condiții, prin exmatriculare.
- Rezultatele finale vor fi puse la dispoziția studenților prin afișaj electronic.
- Contestațiile pot fi adresate în maxim 24 de ore de la afișarea rezultatelor iar soluționarea lor nu va depăși 48 de ore de la momentul depunerii.

## 1.10. Studenți cu dizabilități:

Titularul cursului și echipa de tutori își exprimă disponibilitatea, în limita constrângerilor tehnice și de timp, de a adapta conținutul și metodele de transmitere a informațiilor precum și modalitățile de evaluare (examen oral, examen on line etc) în funcție de tipul dizabilității cursantului. Altfel spus, avem în vedere, ca o prioritate, facilitarea accesului egal al tuturor studenților la activitățile didactice și de evaluare.

Titularul cursului, în colaborare cu centrul CATA de la Departament își exprimă disponibilitatea, în limita constrângerilor tehnice și de timp, de a adapta conținutul și metodele de transmitere a informațiilor precum și modalitățile de evaluare (examen oral, examen on line, examen pe computer etc.) în funcție de tipul dizabilității cursantului. Altfel spus, avem în vedere, ca o prioritate, facilitarea accesului egal al tuturor cursanților la activitățile didactice și de evaluare.

## 1.11. Strategii de studiu recomandate:

Date fiind caracteristicile învățământului la distanță, se recomandă studenților o planificare riguroasă a secvențelor de studiu individual, coroborată cu secvențe de dialog, mediate de rețeaua net, cu tutorii și respectiv titularul de disciplină. Lectura fiecărui modul și rezolvarea la timp a temelor garantează un nivel optim de înțelegere a conținutului tematic și totodată sporesc șansele promovării cu succes a acestei discipline.

# Definirea, etiologia și implicațiile dizabilității vizuale

## Capitolul 1

(240' teorie, 600' practică)

### I. Cuprinsul secvenței

1. Definirea dizabilității vizuale
2. Implicațiile dizabilității vizuale asupra dezvoltării.
3. Etiologia dizabilității vizuale.

### II. Obiectivele secvenței

1. Definirea principalelor concepte
2. Caracterizarea dezvoltării în contextul dizabilității vizuale
3. Identificarea principalelor categorii de cauze care duc la apariția deficiențelor vizuale
4. Descrierea implicațiilor educaționale ale afecțiunilor oculare
5. Prezentarea reperelor de dezvoltare și ale caracteristicilor în contextul dizabilității vizuale.

### III. Cuvinte cheie

dizabilitate vizuală, implicații educaționale  
afecțiuni oculare, cauzalitate, domenii de dezvoltare

## 1.1.DEFINIREA DIZABILITĂȚII VIZUALE



### Definiție

**Deficiența vizuală** reprezintă pierderea de un anumit grad a vederii unei persoane, fapt ce conduce la limitarea capacității și a performanțelor vizuale, pierdere ce poate apărea în urma unor boli, traumatisme, condiții congenitale sau degenerative, care nu pot fi corectate prin mijloace/ tehnici convenționale cum ar fi corecția erorilor de refracție, tratament medicamentos, intervenție chirurgicală. Dizabilitatea vizuală reprezintă o dizabilitate cu frecvență redusă, în jur de 1.5 la 1000 de nașteri în țările dezvoltate (Oxford Radcliffe Hospital, 1995).

Grupul de copii este însă extrem de heterogen în ceea ce privește tipul și severitatea deficienței vizuale:

- 50% pot utiliza caractere mărite
- 25% prezintă percepția luminii
- 25% total nevăzători (Buncia, 1987)
- 70% prezintă deficiențe asociate. Studiile arată că 48%-75% dintre copiii cu tulburări developmentale prezintă deficiență vizuală severă (Maino, Maino și Maino, 1990)
- un număr redus de copii, aproximativ 2% din 1000 de copii cu dizabilitate, prezintă dubla deficiență senzorială, de auz și de vedere, dizabilitate cunoscută cu termenul de surdocecitate.



### De reținut

Conform Organizației Mondiale a Sănătății și a Clasificării Internaționale a Bolilor – 10 revizuită în 2006, există patru tipuri de niveluri ale funcțiilor vizuale: vedere încadrată în parametri normali, deficiență vizuală moderată, deficiență vizuală severă și nevăzător. Pentru pierderea totală a vederii utilizăm termenul de cecitate, iar dacă aceasta este din naștere, utilizăm termenul de cecitate congenitală.

Deficiența vizuală moderată combinată cu deficiența vizuală severă sunt grupate sub termenul de vedere scăzută sau *low vision*. Deficiența de vedere este de mai multe tipuri, în funcție de gradul afectării acuității vizuale și a câmpului vizual.





### Scrieti

Accesați cele două adrese de web ale organismelor European Blind Union și World Health Organization [www.euroblind.org](http://www.euroblind.org) și [www.who.int](http://www.who.int). pentru a identifica definițiile și conceptualizările internaționale privind dizabilitatea vizuală.



### De reținut

Organizația Mondială a Sănătății clasifică deficiența de vedere astfel: parțial văzător, vedere scăzută, legal nevăzător și nevăzător total (Cziker, Hathazi, 2015), iar definițiile și descrierile care suțin această clasificare sunt cuprinse în tabelul următor:

**Conceptul de Parțial văzător (*partially sighted*)** indică prezența, în cazul unei persoane, a unor probleme de natură vizuală în care acea persoană are nevoie de sprijin și servicii de specialitate în unele situații în care este nevoie de utilizarea funcțiilor vizuale

**Conceptul de Vedere scăzută (*low vision*)** reprezintă o deficiență vizuală severă, nu neapărat prin limitarea vederii la distanță, ci și a vederii de aproape. Acest termen este utilizat în cazul în care persoana nu poate să citească ziarul la distanța normală de citire (33 – 40cm), chiar cu folosirea ajutoarelor optice sau a ochelarilor.

**Conceptul de Legal nevăzător (*legally blind*)** indică o valoarea a acuității vizuale (AV) mai mică de 20/200 (0.1) la ochiul cu vederea mai bună, cu corecție, lentile optice sau ochelari, și cu o valoarea a CV mai mica de 20 grade la ochiul mai bun.

**Conceptul de Total nevăzător (*totally blind*)** se referă la persoanele care nu mai pot citi în sistemul obișnuit de scriere și au nevoie de utilizarea sistemului Braille sau a programelor de citire cu sinteză vocală pe computer (Organizația Mondială a Sănătății)



### Citire

Deficiența de vedere este explicată și în cadrul Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF) elaborată de Organizația Mondială a Sănătății în anul 2001. Această clasificare CIF propune o abordare holistică a persoanelor cu dizabilități, ceea ce înseamnă că o anumită boală oculară poate avea impact asupra structurii și funcției vizuale,



apoi asupra vederii funcționale și ulterior asupra deprinderilor sociale ale persoanei. În acest sens, în funcție de etiologia vizuală, apariția unei boli oculare cum ar fi glaucomul, cataracta, atrofia de nerv optic, deficiența vizuală cerebrală etc. poate produce modificări de structură. Aceste modificări structurale vor avea un anumit impact asupra modalității de funcționare a sistemului vizual, și anume a funcțiilor vizuale, cum ar fi acuitatea vizuală, câmpul vizual, vederea colorată, contrastul etc. Mai mult decât atât, modificările de natură funcțională vor duce la modificarea deprinderilor, abilităților, capacităților individuale, a vederii funcționale cum ar fi citirea, scrierea, orientarea și mobilitatea, recunoașterea fețelor umane, a desfășurării unor activități de viață cotidiană etc., ce pot avea ulterior un impact economic și social cum ar fi pierderea independenței, izolare socială, pierderea unui loc de muncă, pierderea sau reducerea salariului (Cziker, Hathazi, 2015).

## 2.1. IMPLICAȚIILE DIZABILITĂȚII VIZUALE ASUPRA DEZVOLTĂRII



### Citare

Reperetele de dezvoltare sunt stabilite pe baza observațiilor și a evaluărilor realizate la copiii cu dezvoltare tipică, existând însă puține date care să susțină ideea unei comparații directe între dezvoltarea copiilor văzători și cea a copiilor nevăzători, studiile actuale sugerând existența unui set de norme particulare copiilor nevăzători și anume, ei pot să nu parcurgă aceleași etape, în aceeași ordine, în același timp. De aceea, ceea ce se poate considera drept o întârziere în dezvoltare, de fapt ar putea fi o particularitate tipică pentru un copil nevăzător. Nu putem însă identifica repere de dezvoltare pentru copiii cu dizabilitate vizuală, datorită frecvenței reduse a dizabilității și a lipsei unei baze de date prin care să se poată realiza generalizările, a populației heterogene datorită factorilor precum debutul deficienței vizuale (congenitale, dobândită timpurie, dobândită târziu), gradul deficienței vizuale, etiologiei și prezenței sau absenței deficiențelor asociate, oportunităților educaționale și suportului familial (Halbrook et al. 2009).

### 2.1.1. Dezvoltarea motorie.



Citare

Întârzierea cea mai semnificativă în contextual dizabilității vizuale constă în domeniul de dezvoltare motor. Vederea fiind un simț care declanșează reacțiile și actele motorii (cum ar fi controlul capului, postura verticală, întinderea spre și mersul), acestea pot prezenta întârzieri, care însă pot fi depășite prin programele de intervenție timpurie.

### Schema corporală și imaginea corpului



Citare

Pentru copilul cu deficiențe vizuale și deficiențe asociate, corpul propriu este centrul de la care acumulează toate cunoștințele referitoare la mișcare și spațiu, de aceea el trebuie să-și cunoască bine capacitatea proprie de mișcare, raporturile cu alte persoane din jur. Deci, pentru acești copii formarea imaginii corporale este de o importanță crucială. Schema corporală este rezultatul și condiția pentru stabilirea raporturilor adecvate între individ și mediu și aceasta se dezvoltă prin explorare și imitație, fiind legate de permanența de sine. Preda (1993) descrie schema corporală ca fiind “ un model simplificat, nu atât a formei cât și a funcțiilor și al raporturilor diferitelor părți ale corpului, constituind un reper stabil pentru evoluția posturii și al mobilității ”. În sens larg, schema corporală implică:

- cunoașterea de către copil a diferitelor părți ale corpului și denumirea acestora
- cunoașterea schemei corporale a altei persoane
- situarea unor obiecte în spațiu în raport cu propriul corp și cu alte obiecte
- orientarea spațială. (Preda, 1993)

Imaginea corpului ( reprezentarea corpului) înglobează schema corporală și vizează cunoașterea funcțiilor și componentelor corpului și eficacitatea acestora în satisfacerea unor trebuințe, a unor dorințe. (Preda, 1993)

Nivelul de dezvoltare al somatognoziei trebuie determinat în cadrul diferitelor activități ale copilului, prin observarea praxiilor și gesturilor acestuia. Trebuie analizate reacțiile copilului în raport cu propriul corp, cu praxiile și acțiunile posibile de efectuat cu diferitele părți ale corpului,

prin coordonarea acestora. Componentele schemei și imaginii corporale pe care copilul trebuie să învețe să le stăpânească, să le coordoneze și să le controleze adecvat sunt (Preda, 1993):

- planul corpului
- părțile corpului
- mișcarea corpului
- funcționalitatea părților laterale
- direcționarea corpului.



**Citare**

Pentru a ajunge la conștiința propriului corp, copilul trebuie să dobândească întâi, prin exerciții de rostogolire, târâre, învârtire, cădere și alte mișcări fluente, conștiința centrului de greutate al corpului. Apoi copilul conștientizează părțile corpului care poartă greutatea corpului: coapsele și genunchii, prin exerciții de tipul mișcării piciorului prin îndoirea genunchiului, mersul pe genunchi, răsucirea pe coapsă, sărituri etc. Se trece în final, la conștientizarea celorlalte părți ale corpului și funcționalității acestora, prin exerciții care vizează mâinile, picioarele, capul. Aceste părți ajută la explorarea mediului înconjurător și la dobândirea conștiinței permanenței de sine în spațiu, a reprezentării de sine, prin care copilul se relaționează cu ceilalți. (Preda, 1993). Dezvoltarea psihomotorie necesară adaptării la mediu prin mobilitatea independentă presupune stăpânirea de către copil a unor noțiuni spațiale și capacitatea de a opera practic cu ele. Conceptele spațiale care trebuie însușite sunt referitoare la poziție, direcție, distanță, amplasare, formă, mărime, acțiune. Apoi, prin antrenarea mobilității, se dezvoltă capacitatea copilului deficient vizual de a opera cu alte concepte spațiale. (Preda, 1993)

## **Dezvoltarea motricității generale**



**Citare**

Deprinderile motorii generale precum târâitul, mersul în patru labe, mersul pot să fie întârziate cu șase luni sau chiar mai mult. Un studiu longitudinal realizat de Fraiberg (1975) și Adelson și Fraiberg (1975) a relevat caracteristicile domeniului motor în cursul primului an de viață. Unele particularități pot fi observate de la vârsta de 4 luni când copilul, ținut fiind în brațe, poate să-și mențină perfect capul în poziție dreaptă, însă el nu-și va întoarce capul de la stânga la dreapta sau invers când explorează spațiul sau

mediul înconjurător, cum face copilul văzător. În momentul producerii unui sunet sonor, copilul nevăzător întoarce rareori capul spre sursa sonoră, nefiind motivat să identifice sursa prin control vizual. Tot la aceasta vârstă se poate observa un alt comportament specific copilului nevăzător și anume, atunci când copilul stă pe burtă, el nu-și redresează capul, nici trunchiul, rămânând într-o poziție incomodă, efectuând diferite mișcări de arcuire a spatelui sau întindere a gâtului, uneori putând chiar renunța. Mișcare de ridicare a capului la auzul vocii mamei sau a sunetului unui obiect se realizează în jurul vârstei de 10-11 luni.

Lipsa mișcării sau o insuficientă activitate locomotorie duce la modificări în dezvoltarea copilului nevăzător. Astfel, musculatura nu se dezvoltă în limitele normale, având un aspect hipotrofic, ceea ce are efecte negative asupra sistemului osteo-articular (decalcifiere, deformări, mai ales la nivelul coloanei vertebrale). Sunt înregistrate cazuri dese de cifoze, spate rotund, umeri căzuți, torace îngust și înfundat. De asemenea, lipsa activităților motrice și dezvoltarea somatică deficitară duce la apariția unor tulburări în sistemele circulator și respirator (respirație artificială, lipsita de amplitudine) (Prodea, 2007).

În timpul copilăriei timpurii, mușchii gâtului și ai spatelui se întăresc, permițând capului să devină mai mobil, iar mișcările mâinilor și brațelor să devină mai controlate. După vârsta de doi ani, rata dezvoltării fizice se schimbă treptat, încetinind față de cea de la naștere până la doi ani. Proporțiile corpului încep să semene cu ale adultului și importanță deosebită are dezvoltarea oaselor și a mușchilor. Până la adolescență dezvoltarea musculaturii este continuă.

Abilitățile motrice grosiere includ târâtul, statul în picioare, săritul, mersul și fuga, care se realizează odată cu schimbarea centrului de greutate al corpului de la cap la trunchi. Odată ce proporțiile corporale se modifică, echilibrul se îmbunătățește simțitor, iar copilul devine capabil de efectuarea sarcinilor care implică grupe musculare mari. Dacă luăm ca exemplu- mersul, inițial copiii țin picioarele la distanță mare și mâinile în poziție ca și cum ar merge pe o frânghie, însă treptat ajung să-și țină picioarele apropiate și mâinile pe lângă corp.

Grija față de propriul corp, care se dezvoltă în această perioadă, mai precis între doi și cinci ani, se referă la abilitățile de autoservire, îmbrăcat-dezbrăcat și alimentație, care conferă copilului independență. La vârsta de trei ani, majoritatea copiilor reușesc să meargă singuri la toaletă, la patru-cinci ani se pot îmbrăca și dezbrăca independent sau cu un minim de ajutor din partea adulților, însă doar la vârsta de șase-șapte ani reușesc să-și lege șireturile. (Dunlap, 1997)

## Dezvoltarea motricității fine



### Citire

Motricitatea fină implică activitatea grupurilor mușchilor mai mici și include mișcări precum atingerea, apăsarea, apucarea, ținerea, strângerea, lovirea, fluturarea, manipularea etc. Similar dezvoltării motricității grosiere, motricitatea fină se dezvoltă semnificativ în timpul copilăriei timpurii. De la apucarea reflexă palmară (în care sunt folosite toate degetele) se ajunge la apucarea de tip “foarfecă” (în care degetul mare și cel arătător se mișcă paralel unul către altul) și în sfârșit, la apucarea de tip “clește” (în care sunt antrenați degetul mare și cel arătător) (Preda, Șendrea, 2001).

## Dezvoltarea cognitivă



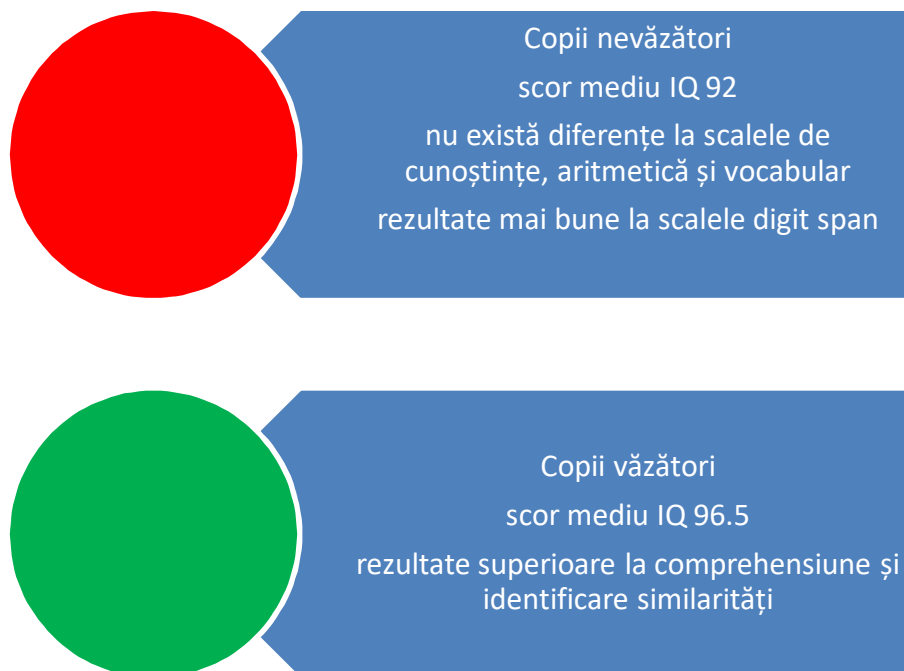
### Citire

Vederea reprezintă principal modalitate de dezvoltare a cunoștințelor, caracteristicile obiectelor precum culoare, formă, mărime, stare dinamică sau static sunt percepute prin informațiile vizuale. Lowenfeld (1948) susține că deficiența vizuală include trei limitări serioase asupra dezvoltării funcționării cognitive:

- asupra varietății experiențelor copilului
- asupra abilității de a explora
- în interacțiunea cu mediul.

Permanența obiectelor și permanența persoanelor reprezintă abilități deficitare, relația cauză–efect este afectată nefiind posibil controlul vizual. Dezvoltarea conceptuală reprezintă cea mai afectată arie cognitivă, deoarece conceptele stau la baza dezvoltării cognitive ulterioare. Măsurarea inteligenței este de cele mai multe ori bazată pe concept, iar rezultatele copilului cu dizabilitate vizuală pot da impresia unei false întârzieri cognitive. Abilitățile cognitive precum clasificarea, conservarea și corespondența unu la unu se bazează pe o dezvoltare conceptuală adecvată. În contextual cecității în lipsa memoriei vizuale și a reprezentărilor vizuale, mecanismele dezvoltării inteligenței sunt clar identificate. Celelalte simțuri nu oferă aceeași bogăție a informațiilor privind lumea. Dar copiii nevăzători realizează o construcție a lumii și o dezvoltare a inteligenței. (Warren, 1984). Crearea oportunităților variate și concrete (de ex. mână pe mână, interactive) reprezintă intervențiile psihopedagogice adecvate necesar a fi implementate de la o vârstă timpurie. Nu există dovezi cum că aceste limitări ar restricționa potențialul (Mason, McCall, 1997). Kolk (1977) susține că scorurile generale ale coeficientului de inteligență nu

diferă semnificativ, în timp ce Tillman (1967, 1973) subliniază următoarele rezultate, în urma utilizării Scalei de Inteligență Verbală Wechsler pentru Copii:



## Dezvoltarea limbajului



### Definiție

Luând în considerare impactul deficienței vizuale în dezvoltarea timpurie a comunicării și limbajului, studiile arată că deficiența vizuală în sine nu înseamnă în mod obligatoriu abilități reduse de limbaj și comunicare. Hatwell (1966) considera că cecitatea nu împiedică în niciun mod achiziția limbajului. Portalier (1986) și Lewi-Dumont (2000) susțin că limbajul la nevăzători prezintă particularități ale dezvoltării, mai ales în contextul cecității congenitale sau dobândite timpuriu. Studiile nu sunt explicite în ceea ce privește reperele de dezvoltare în limbaj și comunicare.

Dezvoltarea limbajului prezintă unele particularități precum:

- Dezvoltarea fonologică
- Ritmul încetinit, mai ales la vârsta antepreșcolară și preșcolară
- Lipsa redusă sau totală a elementelor expresive și gestuale ale limbajului
- Dificultatea înțelegerii unor nuanțe lingvistice exprimate de către văzători
- Înțelegerea aspectului sintactic și dezvoltarea aspectelor gramaticale

- Decalajul pronunțat între nivelul reprezentărilor și nivelul vocabularului, mai ales în domeniile în care nu au beneficiat de instruire intuitivă, existând riscul utilizării a unor etichete verbale fără a avea reprezentări pentru conceptele numite, doar a învelișului sonora noțiunii, respectiv a unor cuvinte fără valoarea funcțională cognitivă (Rozorea, A., 1998).

Lewis (1987) susține că impactul deficienței vizuale asupra abilităților pre-lingvistice este redus, copilul nevăzător începe să vocalizeze la opt săptămâni, spune silabe la 28 de săptămâni, spune cuvinte cu sens la vârsta de 1 an. După această vârstă limbajul copilului prezintă întârzieri în primul rând datorită oportunităților reduse privind experiențele vizuale, copiii rămânând dependenți de inițiativele celor din jur (Rogov, 1972), iar Fraiberg (1974) susține că rareori sunt inițiate dialogurile vocale de către copiii nevăzători, chiar dacă beneficiază de un mediu responsiv. Andersen și colab. (1984) evidențiază următoarele dificultăți: achiziția sensului cuvintelor, apariția primelor cuvinte, înțelegerea cuvintelor demonstrative, combinarea cuvintelor în propoziții.

Următorii pași sunt importanți pentru dezvoltarea limbajului și a comunicării:

- Stabilirea unei legături afective cu copilul prin participări în co-acțiune la activități care îi fac plăcere acestuia
- Contacte și acțiuni cu obiecte concrete
- Folosirea activităților de rutină zilnică, utilizând repetarea acțiunii
- Dialog care rezultă în mod natural din privirea unor desene, imagini
- Audierea unor povești, cântece

La copilul cu dizabilitate vizuală de vârstă preșcolară dezvoltarea limbajului se bazează pe activități concrete care îi fac plăcere și pe dialogul care decurge din aceste activități.

## Dezvoltarea socio-emoțională



### Citare

Abilitățile și calitățile individuale considerate esențiale pentru dezvoltarea personală includ stima de sine, încrederea în sine, conștientizarea sinelui, simțul umorului, capacitatea de rezolvare a problemelor, orientarea spre scop, participarea în activități sportive și sociale, independență, abilități sociale și interpersonale, abilități de organizare, deprinderi de mobilitate. Pentru a reduce impactul deficienței de vedere, programele de suport și instruire trebuie implementate de la cele mai mici vârste (Hutto & Hare, 1997; Sacks & Wolffe, 1998; Hodges & Keller, 1999; Rosenblum, 2000).



Pe măsură ce copiii parcurg nivelul primar și gimnazial, ei doresc să fie acceptați de colegii lor și să împărtășească activități și experiențe cu aceștia (Rubin, Bukowski, & Parker, 2006). Prin învățarea experiențială, copiii prezintă oportunități de a dezvolta un repertoriu de abilități sociale care sunt necesare pentru adaptarea socială (Grusec & Abramovitch, 1982). La început, copiii dobândesc înțelegerea privind modul de angajare socială prin observarea și imitarea comportamentelor sociale ale celor din jur. Procesul de formarea a abilităților sociale continuă prin participarea în diferite interacțiuni care întăresc comportamentele sociale pozitive. Copiii devin conștienți de comportamentele sociale indezirabile în momentul în care feed-back-ul din partea celorlalți este imediat și corectiv. Când copiii eșuează în a-și forma și manifesta abilitățile sociale adecvate, sunt considerați ca fiind cu competențe sociale deficitare și prezintă riscul de a fi izolați. Această izolare restricționează și mai mult oportunitățile de a practica abilitățile esențiale în dezvoltarea socială.



### De reținut

Aspectele menționate trebuie abordate la persoanele cu deficiență de vedere din două perspective: rolul vederii, precum și implicațiile deficienței de vedere și a posibilelor consecințe. Suportul social se referă la informații utile, sfaturi și recomandări, ajutor concret sau tangibil, la o acțiune care poate fi oferită, fie verbal sau non-verbal, de către membrii rețelei sociale sau dedusă prin prezența lor și care poate avea efecte comportamentale sau efecte evoluționare benefice destinatarului. (Kef, 1999). Suportul social este influențat de trei factori: intraindividual, interindividual și contextual. Acest concept are două dimensiuni care pot fi descrise și anume prima dimensiune cuprinde diferitele tipuri de suport, iar cea de-a doua dimensiune cuprinde diferența dintre a primi și a oferi. Suportul social este de două tipuri: suportul socio-emoțional și suportul practic. Suportul socio-emoțional se referă la modul în care reușim să ascultăm, să sfătuim o persoană și chiar la modul în care reușim să o facem să se simtă confortabil. Suportul practic reprezintă oferirea de resurse materiale (Kef, 1999).



Primele abilități de socializare între copil și persoana semnificativă încep cu contactul vizual, zâmbete, gesturi. Pentru părinții copiilor cu deficiență de vedere, nu există astfel de semnale vizuale din partea copiilor care să declanșeze interacțiunile, crescând riscul dezvoltării unui atașament deficitar, evitativ, nonsecurizant (Adelson, 1983; Frailberg, 1977; Friedman, 1986). Deficiența de vedere are implicații asupra dezvoltării sociale, incluzând stima de sine, competențe sociale și menținerea prietenilor (Warren, 1984, 1994), mai ales a prietenilor cu copiii văzători (Warren, 1994).

Ariile dezvoltării sociale care necesită instruire sistematică includ contactul vizual, gesturile, limbajul corpului, mișcările neadecvate, dezvoltarea asertivității, tonul vocii adecvat, comportament asertiv și nu pasiv sau chiar agresiv, abilitatea de a face constatări și comentarii pozitive și afirmative, deprinderi de self- advocacy (Sacks, 1993). Studiul realizat de Wolffe și Sacks (1997) arată că adolescenții cu deficiență de vedere se implică în mai puține interacțiuni sociale, petrecând majoritatea timpului singuri acasă, în caz că nu frecventează o școală în regim de internat, ascultă radio, utilizează calculatorul, se uită la televizor, spre deosebire de adolescenții văzători care merg la cinema, petrec timp cu prietenii. Adolescenții care prezintă oportunități reduse de a interacționa, de a forma și menține prietenii, de a socializa cu colegii pot avea același comportament și în viața adultă, tinzând spre izolare și pasivitate.



**Dezbateri**

*Temă de dezbateri. Discutați în grupul dvs de studiu exemple de comportamente vizuale care apar în timpul relațiilor sociale interpersonale.*

## Dezvoltarea deprinderilor de autonomie personală



### Citare

Formarea și dezvoltarea deprinderilor de autonomie personală la copiii cu deficiențe vizuale nu se obține printr-o învățare ocazională, la întâmplare. Prin intervenții specifice, în cadrul rutinelor zilnice, prin încurajări, cu mai mult sau mai puțin ajutor, ei își vor forma aceste deprinderi.

În termenii deprinderilor de autonomie personală, accentul se pune pe deprinderile de autoservire și de igienă personală. De exemplu:

- Folosirea corectă a tacâmurilor, abilitatea de a mânca singur, eticheta la masă.
- Îmbrăcarea/ dezbrăcarea: pulovărului, vestei, pantalonilor etc.
- închiderea/deschiderea nasturilor, capselor, fermoarului,
- înșiretat/deșiretat, realizarea unei funde;
- formarea unor concepte spațiale ca: sus-jos; în-peste, stânga-dreapta, în față – în spate, înăuntru – înafară;
- dobândirea de cunoștințe privind: fața-spatele hainei, pe față- pe dos
- ordinea hainelor ce trebuie îmbrăcate/dezbrăcate este de o importanță vitală pentru un copil, el devenind tot mai competent și mai independent

## 2.1. ETIOLOGIA ȘI TIPOLOGIA DIZABILITĂȚII VIZUALE



### De reținut

La nivel mondial, se înregistrează un număr de 161 de milioane de persoane cu dizabilități vizuale, din care, 124 de milioane prezintă vedere slabă, iar 37 de milioane sunt persoane nevăzătoare<sup>1</sup>.

Organizația Mondială a Sănătății prezintă cele mai acurate statistici privind dizabilitatea vizuală, existând și o strategie VISION IRIS- 2020 a acestei organizații privind eliminarea anumitor cauze care pe plan mondial determină apariția afecțiunilor vizuale, cu un rol mai accentuat privind aspectele preventive.

- 90% din populația cu dizabilitate vizuală trăiește în țările cu un venit mediu și scăzut.
- 153 de milioane prezintă deficiențe asociate datorită tulburărilor de refracție netratate. Majoritatea dintre aceste persoane ar putea beneficia de corecție realizată cu lentile corectoare.
- 75% din deficiența vizuală poate să fie eliminată prin prevenție și tratament
- Cauzele infecțioase ale cecității au scăzut datorită acțiunilor de sănătate publică. Numărul persoanelor afectate de trahoma a scăzut de la 360 milioane în 1985 la 80 milioane în zilele noastre.
- Cu excepția țărilor dezvoltate, cataracta rămâne cauza principală a cecității <sup>1</sup> ([http://www.who.int/features/factfiles/vision/04\\_en.html](http://www.who.int/features/factfiles/vision/04_en.html))



### Scripti

Consultând pagina de web a Organizației Mondiale a Sănătății [www.who.int](http://www.who.int) realizați o inventariere a țărilor cu numărul cel mai mare, respective cel mai mic de persoane cu dizabilitate vizuală..



### Citire

Cea mai simplă clasificare a cauzelor deficienței de vedere se referă la

- Afecțiuni și anomalii oculare
- Tulburări generale și de sistem
- Traume și accidente

Principalele cauze sunt:

**A. Cauze prenatale**

- anomalii cromozomiale, ereditare sau neereditare;
- afecțiuni neurologice ce pot determina atrofii ale nervului optic, paralizii ale mușchilor globului ocular;

B. Greutatea foarte mică la naștere asociată cu retinopatia prematurului, cecitatea vizuală corticală, tulburări de refracție și alte afecțiuni vizuale (Ferrell, 1998, Glass, 1993, Hoon, 1996). În comparație cu copiii fără dizabilitate, există o frecvență ridicată a cecității vizuale corticale, tulburări de refracție și alte afecțiuni vizuale la copiii cu paralizie cerebrală, sindrom Down și alte tulburări genetice.

**C. Cauze care acționează perinatal sau postnatal:**

- boli infecțioase - tuberculoză, sifilis, infecții pe traiectul nervului optic;
- intoxicații cu diferite substanțe (de exemplu, alcool metilic);
- boli ale pielii - pot afecta țesuturile dermice oculare prin ulceratii, afecțiuni ale cristalinelui
- sau corneei;
- infecții microbiene sau virotice - pot să provoace complicații la nivelul anexelor
- globului ocular (pleoape);
- tulburări endocrine (hipersecreția tiroidiană) - pot determina apariția glaucomului infantil;

D. Traumatisme ale globilor oculari în diferite circumstanțe de viață ale copiilor (joacă, accidente la diferite activități școlare sau extrașcolare, agresiuni fizice, traumatisme, arsuri produse de accidente sau explozii).



*Depistarea timpurie este extrem de importantă, pentru a preveni ambliopizarea ochiului, existând nevoia de a identifica simptomele cât mai de timpuriu.*

## Indici ai deficienței vizuale (Mason, 1995, Gearheart, 1993)



### De reținut

Principalul parametru în raport cu care se evaluează gradul funcționalității sau disfuncționalității analizatorului vizual și gradul deficienței este acuitatea vizuală, respectiv capacitatea regiunii maculare a retinei de a percepe obiecte de dimensiuni mici.

indici oculari	indici comportamentali	indici în activitatea de învățare
<ul style="list-style-type: none"><li>• ochi roșii, imflamați sau care lăcrimează</li><li>• pleoape roșii sau cu cruste</li><li>• scurgeri din ochi</li><li>• din punct de vedere dimensional, ochi inegali și asimetrici</li><li>• strabism,</li><li>• mișcări neobinuite ale ochilor</li><li>• ochi infectați repetate</li><li>• ochi uscați care ustură</li><li>• clipește mai des</li><li>• vedere dublă</li><li>• grimase ale feței</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• atingerea și frecarea frecventă a ochilor</li><li>• închiderea sau acoperirea unui ochi</li><li>• apropierea sau îndepărtarea capului de sarcini de lucru, adoptarea unor distanțe neobișnuite</li><li>• dureri de cap, amețeli</li><li>• irascibil în activitățile vizuale</li><li>• se lovește de obiecte, nu detectează obstacolele</li><li>• teama de înălțime</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• în timpul lecturii, își mișcă capul și nu ochii</li><li>• stă aplecat peste bancă, răsucit sau în poziții dificile</li><li>• are dificultăți de scris-citit (inversiuni de litere și cuvinte, confuzii, omisiuni, lentoare)</li><li>• lipsa de interes față de activitățile care presupun activitate vizuală îndelungată</li></ul>

Pe lângă gradul deficitului vizual în educarea copiilor cu deficiențe de vedere trebuie să ținem seama de:

- momentul producerii deficitului;
- cauza, (etiologia) localizarea și dinamica defectului, complexitatea defectului;
- condițiile de mediu socio-cultural și de educație de care a beneficiat înainte și după instalarea defectului;

Cziker (2001, citată de Marinache în 2008) propune următoare clasificare a deficiențelor vizuale după:

- I. Scăderea acuității vizuale
  - Ambliopie ușoară – AV- 0,5-0,3
  - Ambliopie medie – AV – 0,2 – 0,1

- Ambliopie forte – AV – sub 0,1 (1/10)
  - Cecitate relativă – percepe mișcările mâinii, percepe lumina
  - Cecitate absolute – fără perceperea luminii
- II. Modificarea indicilor funcționali ai vederii
- Afecțiuni care determină scăderea AV
  - Afecțiuni care determină alterarea CV (câmpului vizual)
  - Afecțiuni care determină tulburări ale vederii binoculare (strabismul)
  - Afecțiuni care determină tulburări de adaptare la întuneric și lumină
  - Tulburări ale sensibilității cromatice
- III. Gradul scăderii AV din punct de vedere clinic
- Ambliopie organică
  - Ambliopie relativă
  - Ambliopie funcțională fără modificări organice
- IV. Gradul lezării optice și nivelul utilizării resturilor de vedere
- Cecitate absolute, fără perceperea luminii
  - Cecitate practică (restul de vedere nu îl ajută să se orienteze în spațiu)
  - Modificări ale câmpurilor vizuale
- V. Instalarea deficienței vizuale
- Congenitală
  - Dobândită

## **AFEȚIUNILE VIZUALE**



**Citare**

Criteriul de clasificare a cauzelor deficienței vizuale, cel mai frecvent utilizat, ia în seamă *localizarea anatomică a afecțiunilor* (respectiv patologia diferitelor formațiuni ale analizatorului vizual), inclusiv ale anexelor organului vizual (Preda, 1993, Zamfirescu-Mărgescu, Marin, 1990),

*1. Afecțiuni care evoluează cu scăderea acuității vizuale:*

- a) Boli ale anexelor globului ocular (pleoapelor, aparatului lacrimal, boli ale orbitei, conjunctivitele)
- b) Tulburările refracției oculare (ametropiile, datorate structurii deficitare a globului ocular): miopia, hipermetropia, astigmatismul



- c) Afecțiuni ale polului anterior al globului ocular (ale sclerei, corneei, uveei)
- d) Afecțiuni ale cristalinului
- e) Bolile corpului vitros
- f) Afecțiunile polului posterior al globului ocular (ale corio-retinei și ale nervului optic)
- g) Afecțiuni ale căilor optice intracraniene
- h) Glaucomul
- i) Accidentele oculare.

2. Boli care evoluează cu alterări ale câmpului vizual.

3. Afecțiuni care evoluează cu tulburări ale vederii binoculare. Strabismele.

4. Boli care evoluează cu tulburări de adaptare la întuneric și la lumină.

5. Boli care evoluează cu alterări ale simțului cromatic: discromatopsiile și acromatopsia.

## Tulburările refracției oculare (ametropiile)

Formarea imaginii retiniene normale depinde, în primul rând, de starea de refracție a ochiului și, în al doilea rând, de transparența perfectă a mediilor refringente. Condiția principală pentru formarea corectă și adecvată a imaginilor pe retină constă în structura și funcționarea normală a globului ocular. Ochiul care prezintă o refracție normală se numește *emetrop*, iar tulburările de refracție sau viciile de refracție se numesc *ametropii*.

Deosebim trei tipuri de ametropii: miopia, hipermetropia și astigmatismul.



### Definiție

a) **Miopia.** Ochiul miop prezintă anomalii morfo-funcționale din care rezultă formarea focarului razelor de lumină în fața retinei, astfel încât imaginea retiniană devine neclară. Această situație se datorează unei refracții prea accentuate a corneei și cristalinului sau diametrului antero-posterior crescut al globului ocular. Copilul miop percepe clar obiectele situate în apropiere, imaginea acestora fiind exact reprodusă pe retină; în schimb, obiectele aflate la distanțe mai mari sunt văzute difuz.

Numărul copiilor miopi crește mult odată cu trecerea din clasele mici spre clasele mari. Astfel, după unele statistici, dacă în primele clase sunt între 1-7% copii miopi, la clasele mari, spre vârsta de 17 ani, se ajunge la 28-35% elevi cu miopie. Foarte adesea, miopia apare către vârsta de 10 ani

și poate crește. Dar, de obicei, crește foarte încet, cu abia vreo jumătate de *dioptrie* pe an sau poate și mai puțin și doar până spre 20 ani. Dar, în diverse perioade, miopia poate avea un caracter mai accentuat, în salturi, dacă ochiul este supus unor eforturi prea mari, așa cum se întâmplă uneori cu miopia școlară. Elevii văd tot mai dificil ce scrie pe tablă, pe hartă, descifrează greu schemele și tabelele expuse, planșele etc. Cititul prea îndelungat îl face să vadă “muște zburătoare”, iar imaginile devin tot mai neclare. Și în aceste cazuri se impune examinarea oftalmologică în vederea corijării optice cu ochelari cu lentile divergente, concave (notate cu -) ( Preda, 1993).



### De reținut

Se deosebesc două forme de miopie: miopia benignă sau școlară și miopia malignă (miopie forte, miopie progresivă).

*Miopia benignă* se caracterizează printr-o dinamică progresivă lentă și printr-un grad relativ mic. Creșterea miopiei benigne continuă de obicei numai până la vârsta de 20-21 ani, deci atât cât există tendința de creștere a întregului organism. De regulă, miopia benignă nu depășește 6-10 dioptrii. Mecanismul producerii miopiei benigne este insuficient cunoscut. Se consideră că solicitarea optică “fină”, “de aproape”, inclusiv activitatea școlară bazată într-o însemnată măsură pe analizatorul optic (cititul din manual și de pe tabla școlară, scrisul, etc.) ar influența negativ miopia, mai ales dacă se desfășoară în săli de clasă insuficient iluminate.

Deci, dacă în producerea miopiei, factorul constituțional nu poate fi trecut cu vederea, trebuie luate în considerare și condițiile de solicitare optică. Astfel, efortul continuu de acomodare și de convergență, în situația activităților vizuale “de aproape”, frecvențele mișcări oculare bruște - așa cum sunt cele caracteristice procesului de citire -, mișcările realizate prin tracțiuni musculare asupra membranelor oculare, contribuie la “întinderea” globului ocular și la creșterea axului său, ducând implicit la progresia miopiei.

Corectarea cu mijloace optice a miopiei benigne este complet realizabilă. Această corijare este necesară și obligatorie pentru prevenirea manifestării unor fenomene secundare fizice ca, de exemplu, instalarea unor defecte ale coloanei vertebrale datorate atitudinilor deficitare și psihice cum ar fi sărăcirea percepțiilor și reprezentărilor vizuale, precum și pentru evitarea accidentelor de muncă și de circulație. Persoana care prezintă o miopie benignă poate îmbrățișa orice profesie, această tulburare vizuală fiind considerată ca o variație în cadrul normalului.



### De reținut

*Miopia malignă* trebuie privită ca o afecțiune oculară gravă. Miopia malignă este, de obicei, de grad mare (peste 10 dptr.), prezentând o tendință progresivă, așa că ajunge uneori la 15, 20, 30 sau chiar 40 dptr.

Miopia malignă apare pe un fond ereditar, fiind favorizată de factori externi.

În cazul miopiei maligne (mari), corijarea optică nu se mai poate realiza decât parțial, iar viciul de refracție este secundat, de obicei, de modificări organice ale țesuturilor oculare (coroida și retina). Fenomenele de degenerescență retiniană, hemoragiile retiniene și eventualele dezlipiri de retină, care însoțesc de multe ori miopia malignă, atribuie acestei afecțiuni un prognostic sever, fiind una din cauzele cecității și ambliopiei. Complicațiile amintite se datorează creșterii excesive a diametrului antero-posterior a globului ocular, care duce la fragilizarea și dezorganizarea țesuturilor oculare.

Copilul miop din școala de ambliopi și de nevăzători trebuie ferit de eforturi vizuale și trebuie să evite în mod deosebit efortul fizic (mai ales efortul brusc, cum este ridicarea greutăților), deoarece efortul poate favoriza și produce dezlipiri de retină, care pot compromite funcția vizuală.

În activitățile optice, copilul deficient vizual cu miopie malignă trebuie să se bucure de toată atenția cadrelor didactice, pentru a se preveni survenirea oricărei complicații care poate diminua capacitatea vizuală.



### Definiție

**b) Hipermetropia** este un viciu de refracție frecvent întâlnit, atât la copii, cât și la tineri. Hipermetropia se caracterizează printr-o refracție diminuată sau printr-o micșorare a diametrului antero-posterior al ochiului, astfel încât focarul principal al razelor de lumină se formează înapoia retinei, imaginea retiniană fiind neclară. Obiectele sunt percepute mai clar la distanță și mai difuz în apropiere.

Pentru ca perceperea obiectelor din apropiere să fie, totuși, suficient de clară, intră în funcțiune mecanismul acomodării cristalinului, prin încordarea mușchilor ciliari. Cu cât obiectul privit se apropie mai mult, cu atât mușchiul ciliar se încordează mai tare, bombează mai puternic cristalinul (care are rol de lentilă); astfel, “snopul” de raze luminoase reflectate de obiect se strânge într-un focar ce nu trebuie să părăsească retina nici o clipă pentru a se asigura o vedere limpede, clară. În această sforțare, mușchiul ciliar ajunge repede în stare de oboseală, de extenuare. Să ne gândim la un astfel de copil. După ce a citit mai mult, mai ales în a doua jumătate a zilei, îi pot apărea crize

dureroase la tâmples. Literele i se tulbură, i se încăleacă, lăcrimează, clipește des, pleoapele se înroșesc pe margini. Adesea, nu mai poate citi mai mult de o pagină și devine somnolent. Unii părinți sau învățători îl pot considera “leneș”, dar el este doar obosit, întrucât în activitatea școlară depusă a ajuns să treacă peste limitele fiziologice ale ochilor săi hipermetropi. Se impune, deci, consultul oftalmologic pentru că singurii ochelarii cu lentile convergente și cu numărul necesar de dioptrii îl vor scoate pe copil din impas, iar ochelarii vor fi purtați neîntrerupt la citit și la scriere, precum și la televizor ( Preda, 1993).

Sunt cazuri în care hipermetropia, într-o formă mai puțin accentuată, nu este sesizată de copil ca tulburare de vedere, fiind compensată de capacitatea ochiului de a-și intensifica refracția, mai ales prin intermediul cristalinului care, modificându-și curbura, poate să mărească între anumite limite coeficientul de refracție. Dar această intensificare a refracției, chiar și în cazurile mai ușoare, poate duce la senzația de usturime, arsură sau durere în ochi, poate determina cefalee și fatigabilitate crescută.

Hipermetropia se întâlnește la copii mai puțin frecvent decât miopia, fiind prezentă mai ales la vârstele mici, după care frecvența ei scade simțitor. Astfel, după unele investigații, hipermetropia se întâlnește la elevii de 7 ani într-un procent de  $\approx 18\%$ , în timp ce la elevii de 17 ani este prezentă doar la  $\approx 5\%$  dintre aceștia.

Copiii și tinerii compensează relativ ușor hipermetropia mică și medie, prin procesul acomodăției, fiind vorba în acest caz de hipermetropie latentă, nefiind necesare mijloace optice (lentile). În cazul hipermetropiei mai mici, oftalmologul recomandă corijarea optică integrală (lentile convexe, notate cu +).

Corijarea optică este indicată, de asemenea, în cazurile - destul de frecvente - în care hipermetropia latentă se complică cu strabism, în vederea profilaxiei ambliopizării ochiului strabic (amblyopia ex anopsia).

Hipermetropia mare, care se datorește unei malformații oculare (globul ocular este prea scurt) se asociază adesea cu ambliopia congenitală.

Spre deosebire de miopie, hipermetropia nu se caracterizează prin progresia viciului de refracție și nu se asociază în mod obișnuit cu leziuni organice interoculare.



### Definiție

c) **Astigmatismul** se caracterizează prin faptul că imaginea nu se formează și se concentrează pe retină într-un focar unic, ca în cazul unei refracții normale, ci apare în mai multe focare situate la diferite distanțe de fovee, dând naștere unei imagini deformate.

Această ametropie se datorește unei structuri deficitare a corneei, care prezintă în fiecare meridian o altă putere de refracție, rezultând imagini retiniene deformate (de exemplu, imaginea punctiformă este deviată spre una de forma “virgulei”; cercul poate fi perceput ca un elipsoid etc.).

Există forme de astigmatism miopic și hipermetropic, iar rareori forme de astigmatism “pur”. Corijarea optică se obține cu ajutorul lentilelor cilindrice. Astigmatismul mare și congenital se asociază în mod frecvent cu o ambliopie înăscută. Vicii de refracție de genul astigmatismului pot să apară și în urma unor afecțiuni ale mediilor refringente, care se vindecă cu sechele.

Când astigmatismul depășește 2D și nu este corectat, apare oboseala vizuală și cefalee, care îngreunează efectuarea de activități care solicită vederea precisă și efort vizual prelungit de aproape. Deficiența funcțională în astigmatism se referă la AV și mai ales la tulburarea capacității de acomodare. Ochiul cu astigmatism, având focarele principale liniare și anormal plasate este supus unor eforturi de acomodare pentru a se aduce focarul pe retină, ceea ce determină oboseală oculară. Într-un număr de cazuri, acomodarea este asimetrică, ceea ce crează probleme în plus.

În școli, aproximativ 10-20% dintre elevii cu tulburări de refracție prezintă astigmatism. Mai frecvente sunt astigmatismele mai mici, de la 0,25 la 1D. Astigmatismele mai mari sunt mai rare și se corectează mai bine prin aplicarea lentilelor de contact.



### Definiție

d) **Anizometria** rezultă din existența unei diferențe de refracție între cei doi ochi, dintre care unul poate fi emetrop, iar celălalt ametrop (cu tulburări de refracție de diferite tipuri și grade) sau ambii sunt emetropi de grade și sensuri diferite. Aceste situații pot duce la corecții insuficiente și la deficit vizual de diferite grade. Deficiența vizuală poate fi mică sau de grade mari. Capacitatea vizuală a acestor deficienți este în funcție de posibilitățile de corecție și de toleranța acestei corecții la cei doi ochi.

Ametropiile trebuie depistate precoce, la copiii preșcolari, pentru că ele sunt tulburări de prim ordin care perturbă consolidarea vederii binoculare și contribuie la apariția ambliopiilor. Apoi, supravegherea optică sistematică a copiilor și adolescenților este o cerință imperioasă, o necesitate.



### De reținut

Corecția oricărui defect de refracție se bazează pe respectarea următoarelor reguli:

- lentila să amelioreze acuitatea vizuală (excepție situația de penalizare din tratamentul ambliopiilor strabice);
- să se stabilească corecția subiectivă care trebuie să corespundă ametropiei constatate la examenul obiectiv, altfel, ea obligă ochiul la efort, creează discomfort și chiar intoleranță;
- să se ia în considerare situația vederii binoculare, corecțiile anterioare, vârsta subiectului;
- să se facă un control al execuției ochelarilor și verificarea de către medicul de specialitate a eficienței acestora;
- necesitatea schimbării frecvente a ochelarilor indică o stare patologică și o dinamică mare a ametropiei, a deficienței vizuale.



### De reținut

Când corecția clasică prin ochelari nu este suficientă pentru a se obține o acuitate vizuală suficient de ameliorată și de funcțională, așa cum este cazul în multe ambliopii, se poate recurge, mai ales în diferite activități vizuale, la sisteme optice de mărire a imaginii retiniene. Puterea de mărire a acestora poate fi calculată după o formulă matematică. De exemplu, o lupă de 8 dioptrii mărește imaginea retiniană de două ori. Deci, mărirea imaginii retiniene este de  $1/4$  din valoarea dioptrică a sistemelor optice de mărire (lupelor). Dar luptele au dezavantajul că majoritatea lor limitează câmpul vizual și obligă ochiul la apropierea mare de obiectul explorat.

# IMPLICAȚIILE EDUCAȚIONALE ALE TULBURĂRILOR DE REFRAȚIE



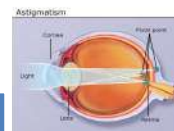
## MIOPIE

- Se impune purtarea ochelarilor sau a lentilelor de contact
- Pentru sarcinile a căror desfășurare necesită o distanță apropiată de ochi, copiii au tendința de a renunța la ochelari
- Asigurarea unui mediu de învățare optim cu lumină corespunzătoare
- Reducerea strălucirii la nivelul suprafeței obiectelor
- Toate materialele tipărite, inclusiv diagramele și hărțile trebuie să aibă un contrast bun, se impune deci mărirea contrastului
- Poziția corectă în timpul activităților și sarcinilor vizuale
- Organizarea simplă, neîncărcată a spațiului de lucru
- Evitarea eforturilor vizuale, dar și a celor fizice, mai ales în contextul mișcării maligne, evitând astfel dezlipirile de retină și hemoragiile intraoculare.



## HIPERMETROPIE

- Se impune purtarea ochelarilor sau a lentilelor de contact
- După o perioadă lungă de citi, pot să apară dureri de cap, senzația de usturime, arsură sau chiar durere
- Asigurarea unui mediu de învățare optim cu lumină corespunzătoare
- Evitarea sarcinilor vizuale de lungă durată
- Poziția corectă în timpul activităților și sarcinilor vizuale



## ASTIGMATISM

- Evitarea sarcinilor vizuale pe o perioadă lungă de timp, apare fatigabilitatea



## Afecțiunile corneei



### Citare

Afecțiunile corneei pot genera scăderi mari și definitive ale acuității vizuale.

Repercursiunile optice ale acestor afecțiuni se referă, în principal, la:

- Modificări de dimensiuni. Diametrul normal al corneei este între 10 și 12 mm. Sub 9 mm = microcorneea; peste 13 mm = megalocorneea.
- Alterări ale transparenței corneei: maculă, leucom.
- Modificări de formă și curbură: keratoconul, keratoglob, ectazii, însoțite de un deficit vizual de grad mare, parțial recuperabil prin corecția miopiei din keratocon și keratoglob. În keratocon se poate recupera vederea și prin keratotomia radiară și prin epikeratoprotezare.
- Modificări ale grosimii corneei: îngroșarea sau subțierea corneei facilitează, la traumatisme minime, ruperea acesteia.
- Pierderea luciului corneei - ca urmare a diferitelor leziuni corneene (edeme, infiltrate) - duce la scăderi ale acuității vizuale pe durata existenței lor.
- Apariția de vase sanguine superficiale sau profunde la nivelul corneei care, normal, este avasculară.



### Definiție

Bolile corneei care se însoțesc de deficit optic definitiv, cuprind: procese congenitale, inflamatorii (keratitele), procese degenerative, distrofice, traumatiche și - foarte rar - tumorale.

a) *Bolile congenitale ale corneei* vizează mai ales mărimea, forma, curburile și transparența sa. Alterările de transparență iau cel mai adesea aspectul de sclerocornee ori anomala lui Peters (leucom cornean congenital bilateral aderent). În mod constant, afecțiunile congenitale ale corneei se însoțesc de malformații iriene, cu deficit optic mare.

b) *Afecțiunile dobândite ale corneei*. Cele mai frecvente sunt procesele inflamatorii - numite keratite - care au cauze endogene și cauze exogene. Pot fi acute, subacute și cronice, respectiv supurate sau nesupurate. Simptome: scăderea acuității vizuale, fotofobie, oculalgii.

*Leucomul* este cicatricea groasă, albă intens, care suprimă transparența corneei în zona respectivă. Se datorește refacerii straturilor parenchimului corneean, postdistrucție.

Deficitul funcțional vizual determinat de bolile corneei este important, întrucât corneea reprezintă elementul esențial din sistemul dioptric ocular, având cea mai mare putere de refracție (45 dioptrii) ( Preda, 1993).

## Patologia pupilei



**De reținut**

La pupilă se descrie o patologie izolată și marile sindroame pupilare, cu mare importanță în aprecierea deficitului vizual, a sediului și adeseori a naturii afecțiunii de bază.

## Afecțiuni ale cristalinului



**De reținut**

a) *Cataractele* rezidă în opacifierea parțială sau totală a cristalinului, respectiv tulburări parțiale sau totale ale transparenței cristalinului sau capsulei sale, ceea ce are ca urmare scăderea de diferite grade a acuității vizuale.

Opacitățile se deosebesc de cataractele propriu-zise prin caracterul lor staționar, neevolutiv, putând fi localizate exclusiv la capsulă, în țesutul cristalinian sau în ambele zone ( Preda, 1993).



**De reținut**

Clasificarea cataractelor: a) după momentul apariției: congenitale și dobândite; b) după localizare: capsulară anterioară sau posterioară, capsulară piramidală, capsulo-lenticulară, zonulară, subcapsulară posterioară, nucleară, corticală și totală (corticonucleară); c) după evolutivitatea procesului de cataractă: staționară sau progresivă, matură sau imatură; d) după consistență: dure, moi sau lichefiate.

- *Cataractele congenitale* pot fi capsulare, anterioare sau posterioare, capsulolenticulare, anterioare sau posterioare, lenticulare (punctiformă,

pulverulentă, embrionară sau suturală). Din punctul de vedere al extinderii sunt zonulare sau totale, monoculare sau binoculare. Deficitul optic este de grad mare, fiind una dintre importante cauze ale ambliopiei organice la copiii născuți din mame care au avut în primele luni de sarcină rubeolă sau boli carentiale ori metabolice (spasmofilie, tetanie). Unele cataracte sunt ereditare - fapt dovedit prin studii citologice și clinice.

- *Cataractele dobândite* au cauze cunoscute: patologice, complicate, traumatice sau secundare, ori cauze necunoscute - denumite cataracte primitive sau esențiale, în care se cuprind cataractele juvenile, presenile și senile.

Opacitățile cristaliniene ale adultului se deosebesc de cataractele veritabile prin caracterul lor neevolutiv sau doar lent evolutiv. Ele nu determină scăderea AV sau duc la scăderi foarte discrete de AV.



### De reținut

Simptomele clinice ale cataractelor:

- a) simptomele subiective - scăderea vederii, uneori prin diplopie sau poliplopie monoculară, fotofobie, nictalopie;
- b) simptome obiective: opacități în cristalin de diferite extinderi și forme anatomice, eventuale deplasări ale cristalinului, modificări de formă, mărime și curbura ale acestuia.

Deficitul vizual funcțional în cataractă este dominat de scăderea progresivă a acuității vizuale la distanță și aproape. AV scade ușor la început, în mod intermitent, cu ameliorări pasagere, pentru ca apoi să scadă progresiv, dar, de regulă, nu se pierde total vederea.

După operația de cataractă, în procesul trecerii spre cunoașterea predominant optică a realității, mai ales a trăsăturilor spațiale ale obiectelor, nevăzătorii congenitali care dobândesc capacitatea de a vedea parcurg mai multe faze: faza de dezechilibru, faza de transpoziție și analogic, faza de înțelegere, corelare și identificare a obiectelor percepute vizual.



### Definiție

Ochiul lipsit de cristalin în urma operației se numește ochi afak (afakie operatorie). Compensarea refracției cristaliniene se face cu lentile de ochelari de 16-18 D+, dar, în ultimul timp, se recurge tot mai frecvent la lentile de contact sau la cristalin artificial.



### Definiție

c) *Afakia* - lipsa cristalinului - poate fi nu numai postoperatorie, ci și congenitală (extrem de rar) sau traumatică (mai frecvent). În aceste condiții, ochiul are o refracție hipermetropică de circa 15-20 D. Corecția se face cu lentile sferice sau sferocilindrice, atât pentru distanță, cât și pentru aproape, prin lentile de contact sau se poate apela la cristalinul artificial ( Preda, 1993)

Plasarea sursei de lumină în spatele copilului

Evitarea strălucirii și a luminii puternice

Crearea unui contrast bun între tipăritură și hârtie

Purtarea lentilelor de corecție va îmbunătăți vederea, dar copilul poate avea dificultăți în deplasarea prin sala de clasă sau în spațiul exterior, precum și în zonele de trecere de la interior la exterior, când e nevoie de o perioadă mai lungă de adaptare

Persoana preferă o distanță de lucru mai mică, e nevoie de atenție acordată posturii în timpul activităților

Folosirea lentilelor va îmbunătăți vederea centrală, reducând eficiența câmpului vizual, cu afectarea orientării și mobilității în spațiu

Sunt necesare mijloacele de magnifiere, suporturi și măsuțe reglabile

## Afecțiuni ale polului posterior al globului ocular



### De reținut

Aceste afecțiuni cuprind bolile corio-retinei și ale nervului optic.

**A. Patologia retinei** este în strânsă legătură cu cea a membranei vasculare (coroida) care o nutrește, cu patologia nevraxului și a organismului în ansamblul său. țesutul retinian este periclitat de alterări abiotrofice constituționale (cu apariția precoce sau tardivă și senilă sau secundare unor tulburări vasculare și metabolice. Toate afecțiunile retinei au prognostic vizual sever și sunt foarte variate. Ele pot fi *congenitale* (ereditare) sau *dobândite* (câștigate) în urma unor boli obișnuite sau traumatisme (Preda, 1993).

*Afecțiunile congenitale.* Unele afecțiuni retiniene congenitale sunt localizate numai la nivelul maculei (centrul retinei), iar altele debutează la periferia retinei și progresează uneori concentric numai spre maculă. Primele vor avea repercursiuni funcționale de alt gen în comparație cu tulburările care apar la periferia retinei. Afecțiunile maculei micșorează acuitatea vizuală centrală, vederea cromatică și vederea diurnă, în timp ce afecțiunile din porțiunile periferice ale retinei reduc câmpul vizual (vederea periferică) și tulbură vederea crepusculară, cu păstrarea acuității vizuale centrale (Preda, 1993).



**Citare**

În afecțiunile congenitale ale centrului retinei se încadrează:

- *Corio-retinita toxoplasmică*, asociată adesea cu alte malformații și deficiențe grave (microcefalie, convulsii), având un prognostic grav. La examenul fundului de ochi se detectează noduli în apropierea maculei.
- "*Idiozia amaurotică familială*" (Tay-Sachs) se transmite autosomal recesiv și se datorează "încărcării lipidice" a celulelor ganglionare retiniene și a celor cerebrale. Se disting: forma infantilă Tay-Sachs, care se manifestă în jurul vârstei de 6 luni, forma infantilă tardivă, între 2 și 4 ani - cu evoluție lentă și forma juvenilă Spielermeyer-Vogt, care debutează între 5-8 ani. Toate aceste forme se asociază cu cecitate, paralizie, o gravă deficiență mintală.
- *Colobomul retinian* rezidă într-o fisură a retinei, un defect cu caracter familial, care interesează uneori și alte tunici oculare (pleoapa - de exemplu) și chiar fața, până la orificiul bucal.
- *Albinismul* rezidă într-o depigmentare congenitală și ereditară care nu vizează numai retina (fundul de ochi este gălbui-palid), ci și irisul (albastru-deschis cu reflexe roșietice), părul (aproape alb, un "blond" spre alb) și tegumentele (piele albă - "străvezie"). Sub unghi oftalmologic, se caracterizează prin fotofobie și scăderea acuității vizuale de diferite grade, mergând spre ambliopie cel mai adesea. Frecvent se asociază și cu nistagmus (tremurături, oscilații mai mult sau mai puțin regulate ale globilor oculari, reprezentând o tulburare posturală în sistemul oculostatic sau oculogir).

- *Nictalopia* (cecitatea diurnă) se manifestă ca o ambliopie congenitală caracterizată prin tulburări accentuate ale vederii cromatice, nistagmus și vicii de refracție (AV sub 1/10) (Preda, 1993)

În afecțiunile congenitale ale periferiei retinei se încadrează degenerescența pigmentară a retinei, care se manifestă prin următoarele simptome: hemeralopia, strâmtarea concentrică a câmpului vizual, scădere progresivă ireversibilă a AV și, în final, atrofia optică și cecitatea sunt inevitabile.



**Citire**

Cea mai reprezentată degenerescență retiniană este *retinopatia pigmentară* (RP) sau degenerescența tapeto-retiniană, care este o boală eredofamilială, cu debut în copilărie și cu evoluție cronică, progresivă spre cecitate la vârsta adultă. Există și unele forme particulare de RP: degenerescența pigmentară fără pigment, retinopatia punctată albă, boala Oguchi (care evoluează cu hemeralopie de grad mare) și atrofia retinei și coroidei - boală de asemenea ereditară - ce constă în atrofia extinsă a epiteliului pigmentar al retinei și coroidei.



**De reținut**

*Retinopatiile dobândite* se pot clasifica după felul lor și după structura anatomică pe care o afectează preponderent. Astfel, sunt retinopatii: vasculare, inflamatorii, degenerative, tumorale și dezlipirea de retină (aproximativ jumătate din dezlipirile de retină apar la miopi, mai ales la cazurile cu miopie forte, ceea ce face ca mopia “să se deplaseze” cu aproximativ 10 ani spre “accidente retiniene” - respectiv retinopatii provocate de diabet sau boala hipertensivă). Un loc aparte în cazul retinopatiilor îl reprezintă fibroplazia retrolentală a prematurilor (prezentată în cadrul bolilor corpului vitros), numită și retinopatia prematurilor. (Preda, 1993)

## Bolile papilei și ale nervului optic



**Citire**

Afecțiunile papilei și ale nervului optic sunt însoțite de scăderea marcată a capacității vizuale. Ele sunt *congenitale* și *dobândite*.

*Afecțiunile congenitale ale nervului optic*, mai importante sunt:

- *Colobomul nervului optic*, care poate fi însoțită de colobomul uveal, duce la scăderea acuității vizuale, astigmatism cu axe oblice, alterări de câmp vizual, uneori ambliopie. Afecțiunea este staționară și definitivă.

- *Întârzierea mielinizării nervului optic*: nou-născutul este aparent nevăzător, reflexul fotomotor lipsind. În lunile ulterioare apare, progresiv, vederea, paralel cu colorarea spre normal a papilei nervului optic.

*Bolile dobândite ale papilei și nervului optic* sunt foarte grave, majoritatea lor ducând la deficiențe vizuale definitive, nerecuperabile. Dintre aceste boli menționăm: staza papilară, nevritele optice (papilitele), pseudopapilita vasculară (neuropatia optică ischemică anterioară), atrofiile optice (secundare unor procese degenerative, toxice, traumatice, inflamatorii sau circulatorii cu sediul în retină, în nervul optic și în căile perigeniculare; există și o atrofie optică primitivă), tumorile nervului optic (Preda, 1993).

## Afecțiunile centrilor vizuali superiori



### De reținut

*Cecitatea corticală* este întâlnită în unele cazuri clinice neurologice, neurochirurgicale și psihiatrice.

Prin *cecitate psihică* (agnozie optică) se înțelege imposibilitatea identificării obiectelor pe cale vizuală, în pofida unei acuități vizuale normale. Subiectul trebuie să recurgă la investigații tactile, kinestezice, olfactive etc. pentru a recunoaște chiar cele mai uzuale obiecte.

Un caz particular îl reprezintă *paralizia psihică a privirii* (sindromul Balint), în care perturbarea oculomotrică intervine în primul plan. După Hecaeen și Ajuriaguerra, semnele cardinale ale sindromului Balint sunt: paralizia psihică a fixării vizuale, ataxia optică și tulburarea atenției vizuale. Paralizia psihică a privirii se caracterizează prin faptul că bolnavul nu-și poate deplasa în mod voluntar privirea de la un obiect fixat și de a-și aduce privirea pe un stimul reperat în câmpul vizual marginal. (Preda, 1988).

## Glaucomul

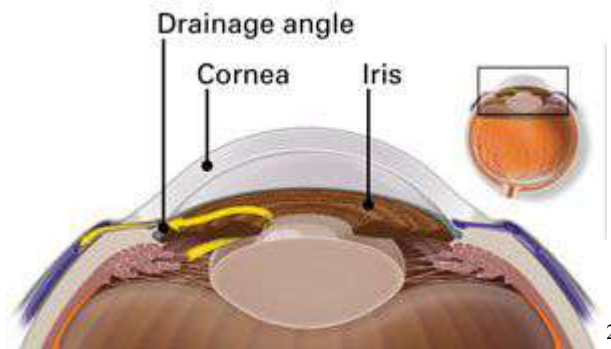


### De reținut

Sub denumirea de glaucom sau boala glaucomatoasă sunt cuprinse afecțiunile caracterizate prin următoarea asociere: hipertonie oculară, degradarea câmpului vizual și alterări papilare. Glaucomul poate fi primitiv



sau secundar (ca o complicație a unei afecțiuni oculare primitive). Se vorbește de glaucom când valoarea tensiunii intraoculare (TIO) depășește 22 mm Hg sau când la curba tonometrică diurnă diferența de TIO la același ochi depășește valoarea de 5 mm Hg.



*Formele clinice și clinico-evolutive ale glaucomului*, după Cernea și Constantinescu (1979), pot fi clasificate astfel:

- A. *Glaucoame congenitale*:
  - a) Glaucom congenital precoce;
  - b) Glaucom congenital tardiv.
- B. *Glaucom cu unghi camerular închis*, în două stadii:
  - a) stadiul reversibil;
  - b) stadiul irversibil.
- C. *Glaucom cu unghi camerular deschis*
- D. *Glaucom secundar*

*Stadializarea evoluției glaucomului* (Zamfirescu-Mărgescu, Marin, 1990, p. 166):

- a. Stadiul latent sau preglaucum - fără fenomene clinice deosebite și fără creșterea TIO (diagnosticul se pune prin teste de provocare);
- b. Stadiul incipient în care TIO este crescută și apare o ușoară lăcrimare, oculargii discrete, vertij; câmp vizual arată o lărgire a petei oarbe, eventual apariția de mici scotoame;
- c. Stadiul evoluat se manifestă prin triada: TIO crescută, alterarea câmpului vizual, excavație papilară. Treptat, scade AV;

<sup>2</sup> Imagine preluată de pe site-ul <http://www.aaopt.org/eye-health/diseases/what-is-glaucoma>



- d. Stadiul avansat constă în accentuarea semnelor descrise în stadiul precedent, la care se adaugă atrofie optică și semne de afectare a polului anterior al globului ocular;
- e. Stadiul glaucomului absolut - în care apare cecitatea definitivă. În stadiul final - de glaucom absolut- pot apare complicații: keratite degenerative, hemoragii intraoculare, dureri violente care impun terapie simptomatică, până la enucleație.

La miopi, glaucomul cronic simplu este mai frecvent decât la emetropi. Prognosticul acestei asocieri - glaucom-miopie - este mai sever din cauza diagnosticului de obicei tardiv și a sumării leziunilor de fund de ochi cauzate de cele două afecțiuni.

În afara *glaucomului întâlnit la vârstnici* - la care produce până la 24% din numărul total al cazurilor de cecitate -, având o frecvență de 2% din populația adultă, se întâlnește și *glaucomul infantil (congenital precoce sau congenital tardiv)*.



### De reținut

*Glaucomul congenital precoce* - numit și *buftalmie* sau *hidroftalmie* - apare în primele șase luni sau în primii ani ai vieții. Simptomele clinice alarmante nu apar decât atunci când TIO este mare sau când acestea se instalează brusc, manifestându-se prin congestie pericherică, opalescența corneei, lăcrimare, cefalee, stare generală alterată; globul ocular, inclusiv corneea, sunt de dimensiuni mai mari. Buftalmia este hipertonia oculară secundară unor anomalii embrionare de dezvoltare a unghiului iridocorneean. Afecțiunea este genetică fiind transmisă recesiv. Apare cu predominanță (65%) la băieți.

Glaucomul congenital este cu atât mai grav cu cât apare mai precoce. Mărirea diametrului corneean nu este obligatorie de la debut. La glaucomul congenital apărut după vârsta de un an, simptomul poate lipsi, ceea ce face ca anturajul copilului să nu observe boala decât în faza avansată (la 10-14 ani), când intervențiile terapeutice sunt cu efect limitat. Dacă nu se intervine la timp, globul ocular poate ajunge la dimensiuni foarte mari, se dezorganizează prin deplasări ale cristalinului, hemoragii intraoculare, opacifierea corneei, rupturi spontane.



### Citire

Glaucomul congenital se poate asocia cu alte afecțiuni oculare genetice, care-l agravează:

- *Anomalia Peters* - opacitate centrală bilaterală a corneei cu aderență cicatricială a irisului la fața posterioară a acestei zone;

- *Sindromul Axenfeld* - existența unui inel translucid retrocorneean concentric cu limbul în contact cu irisul printr-o serie de pilieri ce traversează camera anterioară;
- *Sindromul Rieger* - disgenezia mezodermică a irisului și corneei;
- *Sindromul Sturge-Weber-Krabbe* - caracterizat prin angiom facial, tulburări neurologice și glaucom congenital;
- *Neurofibromatoza Recklinghausen*.

*Glaucomul juvenil* sau *glaucomul congenital tardiv* apare în a doua sau a treia perioadă a vieții.

În glaucomul congenital, prognosticul este sever mai ales datorită faptului că, de obicei, copilul este prezentat la oftalmolog în faza avansată a bolii (spre 14 ani), când intervenția medicală este doar parțial eficientă la circa 75% din cazuri afecțiunea este bilaterală, iar majoritatea copiilor rămân cu un mare handicap vizual, încadrându-se între ambliopi și nevăzători.

### **Tulburările vederii binoculare: strabismele**



**Citare**

Echilibrul normal în coordonarea globilor oculari pentru realizarea vederii binoculare, la realizarea căruia își dau concursul mai mulți factori morfologici și funcționali (structura orbitei, mușchii oculari, impulsurile senzoriale ca fuziunea imaginilor) poate fi tulburat, apărând deviații numite strabisme. Deci, strabismul este sindromul caracterizat prin deviația axelor vizuale ale celor doi ochi. Strabismul poate fi: paralitic ori concomitent, iar acesta din urmă - latent (heteroforia) sau manifest (heterotropia). Strabismul concomitent cuprinde două simptome: deviația axelor vizuale și tulburarea vederii binoculare, mai ușor sau mai greu de remediat, fiind una dintre cauzele majore ale ambliopiei (Preda, 1993)

### **Traumatismele oculare**



**Citare**

Traumatismele oculare se pot produce prin agenți fizici și chimici (arsurile), leziuni oculare prin electricitate, prin raze calorice (energia radiantă), prin raze X, datorate energiei radiante și iradierilor. Prin leziunile traumatice pot fi afectate: globul ocular, producând deplasări în masă a globului, sindromul traumatic anterior și cel posterior, plăgi ale globului ocular cu sau fără retenție de corpi străini; retina - dezlipiri traumatice (posttraumatice); nervul

optic - traumatismele nervului optic; deficite optice în traumatismele craniene. De asemenea, traumatismele pot afecta: pleoapele, conjunctiva, aparatul lacrimal, orbita, musculatura extrinsecă a globului ocular. (Preda, 1993).



### Dezbatere

*Temă de dezbatere. Discutați în grupul dvs de studiu caracteristicile unui mediu de învățare adecvat pentru un elev cu o afecțiune vizuală (la alegere). Menționați implicațiile educaționale ale afecțiunii vizuale și modificările necesare la nivelul mediului de învățare.*



### Test

#### EVALUARE- SUBIECTE REDACȚIONALE

1. Prezentați caracteristicile dezvoltării copilului cu dizabilitate vizuală.
2. Care sunt principalele cauze ale deficienței vizuale?
3. Definiți cataractele.
4. Descrieți implicațiile educaționale în contextul tulburărilor de refracție.



## Test

### Test grilă

1. Care din următorii termeni sunt utilizați pentru a face referire la o persoană cu dizabilitate vizuală:
  - a) legal nevăzător
  - b) vedere slabă
  - c) cecitate
  - d) toți termenii menționați mai sus
2. Conceptul de legal nevăzător se referă la o acuitate vizuală mai mică de:
  - a) 20/200
  - b) 20/20
  - c) 20/100
  - d) 20/70
3. Care dintre următorii termeni se referă la dificultatea de a vedea la distanță:
  - a) miopie
  - b) hipermetropie
  - c) astigmatism
  - d) niciunul
4. Elevii cu dizabilitate vizuală prezintă dificultăți în:
  - a) comunicare cu colegii
  - b) estimarea distanței
  - c) achiziția limbajului verbal oral
  - d) realizarea relației cauză- effect
5. Indicii comportamentali ai unei afecțiuni vizuale sunt:
  - a) lovirea de obiecte
  - b) teama de înălțime
  - c) vederea dublă
  - d) atingerea frecventă a ochilor
6. Cauzele afecțiunilor vizuale sunt:
  - a) infecțiile
  - b) determinările genetice
  - c) accidentele
  - d) prematuritatea
7. Tulburările refracției oculare se mai numesc:
  - a) ametropii
  - b) emetropii
  - c) cataracte
  - d) glaucoma

8. Glaucomul reprezintă:
- a) hipertonie oculară, degradarea câmpului vizual și alterări papilare
  - b) hipertonie oculară, atrofia nervului optic
  - c) scăderea acuității vizuale, degradarea câmpului vizual
  - d) alterări papilare
9. Schema corporală se referă la :
- a) cunoașterea de către copil a diferitelor părți ale corpului și denumirea acestora
  - b) cunoașterea schemei corporale a altei persoane
  - c) situarea unor obiecte în spațiu în raport cu propriul corp și cu alte obiecte
  - d) orientarea spațială
10. Lowenfeld (1948) susține că deficiența vizuală include trei limitări serioase asupra dezvoltării funcționării cognitive:
- a) asupra varietății experiențelor copilului
  - b) asupra abilității de a explora
  - c) în interacțiunea cu mediul
  - d) niciuna din cele menționate mai sus.
11. Dezvoltarea limbajului prezintă unele particularități precum:
- a) dezvoltarea fonologică
  - b) ritmul încetinit, mai ales la vârsta antepreșcolară și preșcolară
  - c) tulburările de ritm și de fluentă
  - d) lipsa redusă sau totală a elementelor expresive și gestuale ale limbajului
12. Corecția oricărui defect de refracție se bazează pe respectarea următoarelor reguli:
- a) lentila să amelioreze acuitatea vizuală
  - b) să se stabilească corecția subiectivă
  - c) să se ia în considerare situația vederii binoculare, corecțiile anterioare, vârsta
  - d) să se facă un control al execuției ochelarilor și verificarea continuă.

## BIBLIOGRAFIE

- Adelson, E., Fraiberg, S. (1975), *Gross motor development in infants blind from birth*, în: B.Z. Friedlander and al., *Exceptional infant*, vol. 3, Assessment and intervention, Brunner/Mazel, New York.
- Andersen, E., Dunlea A., Kekelis, L. (1993), *The impact of input: language acquisition in the visually impaired*, "First language", 13, p. 23-49.
- Bambring, M. (1992), *Development of Children Who Are Blind, A Longitudinal Study*, "ICEVH 9<sup>th</sup> Quinquennial and Early Childhood, Conferences Proceedings", July 26-August 5, Bangkok, p. 35.
- Barraga, N. (1976), *Visual Handicaps and Learning: A Development Approach*, Belmont, California, Wadsworth.
- Best, A., (1995), *Teaching children with visual impairments*, Open University Press, UK
- Blanksby, D. (1992), *The results of a research project: "Visual assessment procedures-capacity, attention and processing theory and implementation"*, "I.C.E.V.H.-9<sup>th</sup> Quinquennial Conference-Working together in the Decade of the 90's: Strategies to Advance Equal Opportunities for Children and Youth with Visual Handicaps", Bangkok, p. 39.
- Boici, G. (coord.) (1998), *Evaluarea copiilor cu cerințe educative speciale în perspectiva integrării*, Ed. Timpul, Reșița.
- Chapman, E.K., Stone, M.J. (1989), *The Visually Handicapped Child in Your Classroom*, Cassel, London.
- Chapman, E.K., Tobin, M.J., Tooze, F.H., Moss, S. (1989), *Look and Think: A Handbook for Teachers' Visual Perception Training for Impaired Children(5-11) 2<sup>nd</sup> rev.edn.* London: RNIB.
- Cratty, J.B., Sams, A.T. (1968), *The Body Image Of Blind Children*, A.F.B., New York.
- Cutsforth, T. (1951), *The blind in school and society*, AFB, New York.
- Davidson, I.F.W.K., Simmons, J.N. (edit.) (1992), *The Early Development of Blind Children: A Book of Reading*, Oise Press, Toronto, Ontario.
- Fraiberg, S. (1977), *Insights from the Blind: Comparative Studies of Blind and Sighted Infants*, Paul Chapman, London.
- Harley,R.K., Truan, M.B., Sanford, L.D. (1987), *Communication skills for visually impaired learners*, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois.
- Hatwell, Y. (1986), *Toucher l'espace*, Presse Universitaire, Lille.
- Le Boulch, J. (1970), *La psychomotricité par la psychocinétique*, în: J.de Ajuriaguerra et colab., *Psychomotricité*, Ed. Medicine et Hygiène, Genève.
- Levy-Scoen, A., (1969). *L'étude des mouvements oculaires*, Dunod, Paris
- Lewi-Dumont, N. (1997), *L'apprentissage de la lecture chez les enfants aveugles: difficultés et évolution des compétences*, Presses universitaires du Septentrion, Villeneuve d'Ascq.
- Lewi-Dumont, N. (2000), *Remarques sur le sens des mots chez les enfants aveugles*, "andicaps et langagees, Editions du CNEFEI, nr. 9, Suresnes.
- Lewis, V., MCollis, G. (1988), *Blindness and Psychological Development in Young Children*, BPS Books, (The British Psychological Society), Wiltshire, U. K.
- Lyndon, W., Graw, L.M. (1973), *Concept Development for Visually Handicapped Children*, A.F.B., New York.
- Marinache, C.V. (2008), *Stimularea tactil- kinestezică timpurie. Premisă în formarea deprinderilor lexico- grafice în Braille*, București, Editura Harvia
- Mason, H., McCall, S.(edit.) (1997), *Visual Impairment. Access to Education for Children and Young People*, David Fulton Publishers, London.
- Preda, V. (1993), *Psihologia deficienților vizuali*, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj Napoca.
- Preda, V. coord. (1999), *Intervenția precoce în educarea copiilor deficienți vizuali*, Presa Universitară Clujeană, Cluj Napoca

- Preda, V., (1992). *Valoarea probei Figura complexă Rey în studierea memoriei vizuale și a structurii perceptiv-motorii a spațiului grafic la deficienții de intelect și la ambliopi*, Revista de educație specială, 1, p. 31-39
- Preda, V., (1993). *Psihologia deficienților vizuali*, vol. 1, Cluj Napoca
- Preda, V., Șendrea, L., Cziker, R., (2002). *Psihopedagogia intervenției timpurii la copiii cu deficiențe vizuale*, Presa Universitară Clujeană, Cluj Napoca
- Preda, V., (1988). *Explorarea vizuală. Cercetări fundamentale și aplicative*, Ed. Științifică și Enciclopedică, București
- Rosch, E. (1980), *Classification of real world objects: origin and representation in cognition*, în: *Thinking, Reading in Cognitive Science*, P.N. Johnson-Laird, D.C. Wason (eds.), Cambridge University Press, Cambridge.
- Roth, W. (1964), *Unele probleme psihologice ale tiflografiei*, "Probleme de defectologie", IV, E.D.P., București.
- Rozorea, A., Mușu, I. (1997), *Deficiența de vedere*, în: Psihopedagogie specială – Deficiențe senzoriale, Ed. Pro-Humanitate, București.
- Schmidt, A.R. (1982), *Motor control and learning*, Human Kinetics Publishers Champaign, Illinois.
- Scholl, T.G. (1986), *Foundation of Education for Blind and Visually Handicapped Children and Youth: Theory and practice*, Amer. Found. for the Blind, New York.
- Ștefan, M. (1981), *Educarea copiilor cu vedere slabă. Ambliopi*, E.D.P., București.
- Tobin, M.J. (1994), *Assessing Visually Handicapped People*, David Fulton Publishers, London.
- Tobin, M.J., Tooze, F.H.G., Chapman, E.K. and Moss, S. (1979), *Look and Think: A Handbook on Visual Perceptual Training for Severely Visually Handicapped Children*, RNIB, London.
- World Health Organization (WHO) (2006). International classification of functioning, disability and health. Children & youth version. Geneva: Author.

Sursa imagine coperta suport de curs <http://www.disabilitytoday.co.uk/wp-content/uploads/2016/05/1412885801142.jpg>

# Evaluarea în contextul dizabilității vizuale

## Capitolul 2

(120 teorie, 600 practică)

### **I. Cuprinsul secvenței**

1. Definirea procesului de evaluare
2. Tipuri de evaluare
3. Instrumentele de evaluare
4. Valorificarea rezultatelor evaluării în planul de intervenție individualizat

### **II. Obiectivele secvenței**

1. Definirea principalelor concepte în cadrul procesului de evaluare
2. Prezentarea modalităților de evaluare
3. Identificarea principalelor instrumente de evaluare în contextul dizabilității cognitive
4. Realizarea planului de intervenție individualizat

### **III. Cuvinte cheie**

evaluare, evaluare funcțională, instrumente de evaluare, scale de evaluare, Oregon, plan de intervenție individualizat

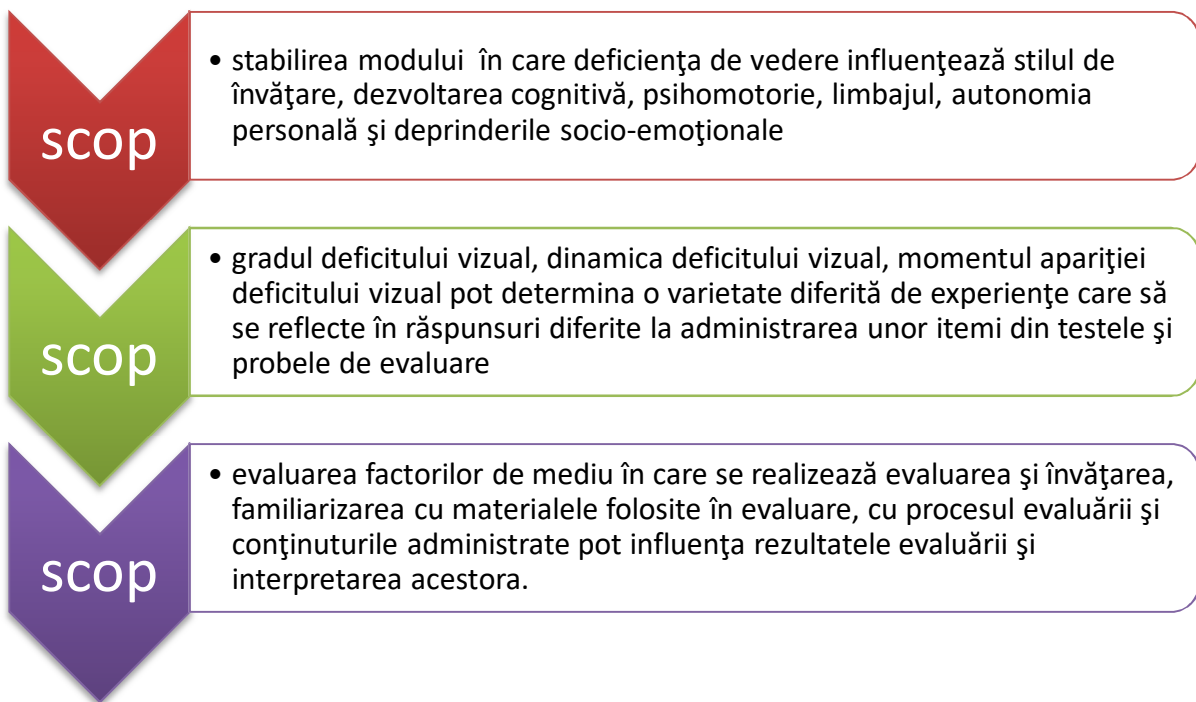


## DEFINIREA PROCESULUI DE EVALUARE



### Citire

Prin procesul de evaluare se identifică abilitățile și competențele unui copil, nu numai nevoile și dificultățile sale. Scopul principal al evaluării psihoeducaționale constă în elaborarea unui program care va facilita achiziția de noi abilități (Bradley-Johnson, 1994). Nevoile copiilor cu deficiențe de vedere sunt atât de variate încât nu întotdeauna alegerea modalității de evaluare și mai ales a instrumentului de evaluare se realizează cu ușurință. (Hall, Scholl, Swallow, 1986).



### De reținut

Evaluarea copiilor cu dizabilități vizuale necesită o abordare multidisciplinară, în care sunt implicați medici pediatri, oftamologi, neuropsihiatri, psihomotricieni, kinetoterapeuți, profesorul psihopedagog, educatorul, psihologi școlari, și nu în ultimul rând membrii familiei copilului. Managerul de caz sau profesorul psihopedagog este cel care trebuie să centralizeze informația complexă care provine de la fiecare membru al echipei multidisciplinare, conform expertizei fiecăruia, realizând o sinteză a cunoștințelor privind copilul și modalitatea lui de învățare. care să-l ajute ulterior în conceperea planului de intervenție personalizat.

Interviul părinților, aparținătorilor, cadrelor didactice care mai lucrează copilul, sau chiar a colegilor de grupă trebuie să fie „o conversație cu scop”, (Wallace, Larsen, Elksnin, 1992, p.12), ce oferă informații, ce „relatează despre incapacitatea observată sau suspectată a copilului” (Roșan, 2009).

În procesul de evaluare este necesară observarea sistematică a comportamentului copilului, atât într-un mediu familiar cât și nefamiliar, atât în activități de învățare cât și în activitățile de relaxare. Atunci când sunt analizate rezultatele oricăror evaluări de dezvoltare, este important să luăm în considerare că acestea oferă doar linii directoare pentru o dezvoltare tipică, iar dezvoltarea fiecărui copil este diferită. Colectarea informațiilor despre copil, utilizând diferite tehnici și surse informaționale pot scoate în evidență: potențialul său, nevoile sale, natura dizabilității, modul în care acestea afectează performanța sa școlară, precum și scopurile și obiectivele educaționale și terapeutice ce urmează să fie stabilite..

## 1. TIPURI DE EVALUARE



### Citire

Hammill (1987) consideră că scopurile evaluării sunt diagnosticarea, identificarea nevoilor educaționale, monitorizarea dezvoltării și înregistrarea progresului, precum și colectarea informațiilor în scopul cercetării. Practicile curente în evaluare reflectă o abordare comprehensivă care ia în considerare:

1. Circumstanțele curente de viață precum starea de sănătate, atitudinile familiei, factorii socio-culturali ce pot influența performanța copilului;
2. Istoricul copilului privind dezvoltarea timpurie, experiențele semnificative, traseul educațional sau de intervenție;
3. Factorii de mediu în care copilul este observat, abordările la care aderă specialității, serviciile disponibile;
4. Evaluarea propriu-zisă prin administrarea instrumentelor de evaluare;
5. Prognosticul comportamentelor ulterioare și planificarea programelor de intervenție
6. Circumstanțele curente de viață precum starea de sănătate, atitudinile familiei, factorii socio-culturali ce pot influența performanța copilului;

7. Istoricul copilului privind dezvoltarea timpurie, experiențele semnificative, traseul educațional sau de intervenție;
8. Factorii de mediu în care copilul este observat, abordările la care aderă specialității, serviciile disponibile;
9. Evaluarea propriu-zisă prin administrarea instrumentelor de evaluare;
10. Prognosticul comportamentelor ulterioare și planificarea programelor de intervenție (Salvia, Ysseldyke, 1981).

Procesul evaluării începe cu obținerea informațiilor privind modalitatea de însușire a achizițiilor, dar și etapele următoare în intervenție. În cadrul evaluării pot fi utilizate teste psihologice, interviuri, chestionare, inventar de abilități, fișe de observație, teste de cunoștințe, probe practice, analiza produselor activității, analiza comportamentală, observații sistematice.

Există trei modalități posibile de studiu a dezvoltării copiilor văzători și a celor cu deficiențe vizuale (Lewis, Collis, 1997):



În general, alegerea modalităților de studiu a copiilor cu deficiențe vizuale este influențată de ceea ce știm în legătură cu dezvoltarea copilului văzător. Acest fenomen poate fi evitat prin observarea copilului cu deficiențe într-un mediu familiar și/sau discuții cu persoanele de referință din viața acestuia, fiind posibilă sesizarea unor aspecte care ar putea altfel să fie trecute cu vederea (Hathazi, A., 2011, p.192-198).

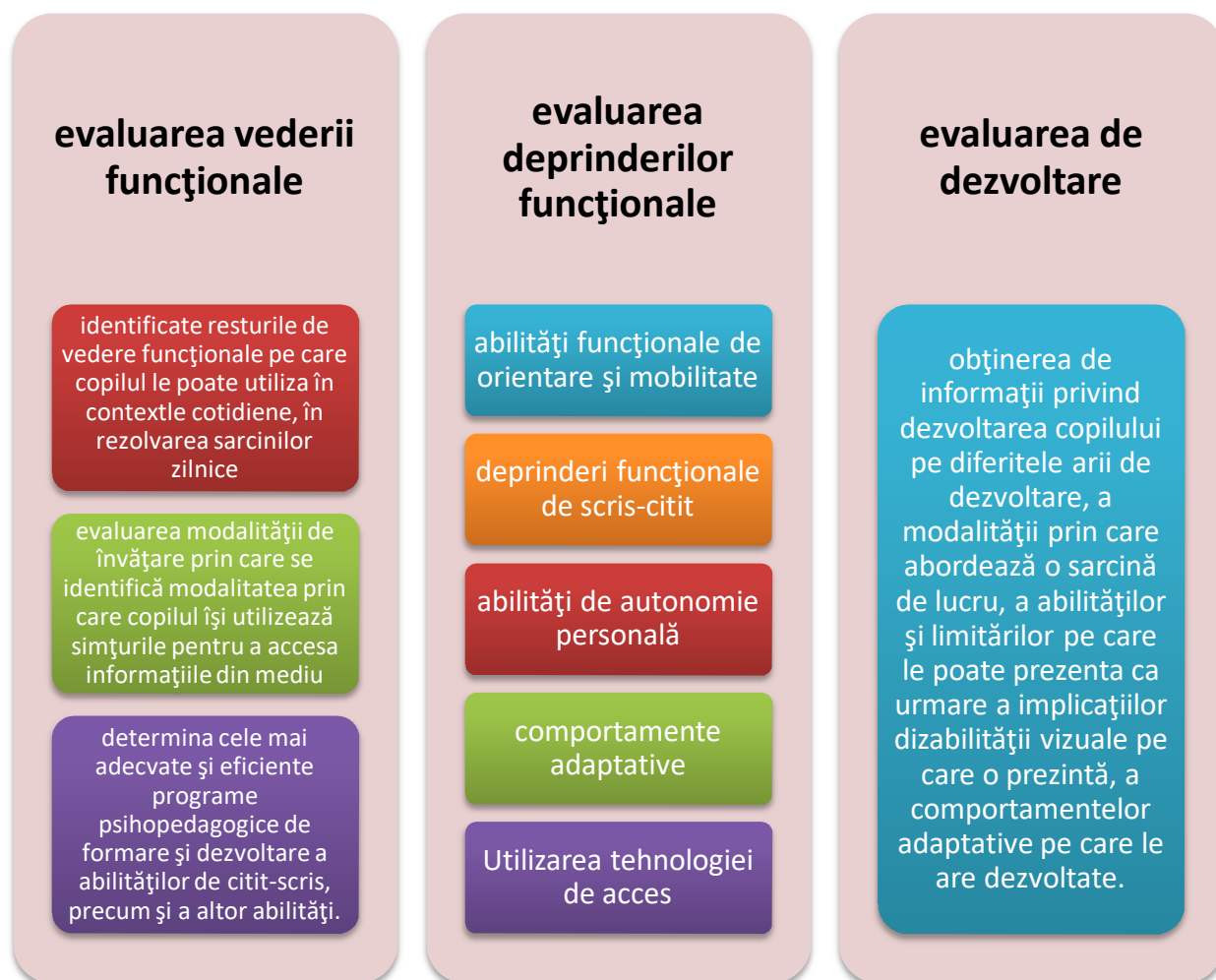


### De reținut

Planul de evaluare ar putea urmări (Hathazi, 2010):

- Ce știm despre vederea funcțională a copilului? (dacă reacționează la stimuli vizuali, percepe detalii, diferențiază forme, etc)
- Ce știm despre auzul funcțional al copilului? (localizează sursa sonoră, identifică obiectele după zgomotul produs, etc.)
- Ce știm despre dezvoltarea sensibilității tactile? (dacă este tactil-defensiv, acceptă mișcările co-active realizate împreună cu adultul, este motivat să exploreze tactil, explorează spontan obiectele și persoanele la care are acces, prezintă interes pentru anumite texturi sau forme ale obiectelor? prezintă control în explorarea obiectelor pentru a realiza discriminări fine? etc.)
- Ce știm despre dezvoltarea motorie a copilului? (Prezintă control asupra mișcării întregului corp? Gradul orientării spațiale, coordonarea bimanuală, manipularea obiectelor, realizarea de diferențieri fine între obiecte, etc)
- Ce știm despre abilitățile cognitive ale copilului? ( nivelul lui de dezvoltare cognitivă, conștientizează conceptelor cheie cum ar fi contingentele sau cauză – efect, nivelul de funcționalitate a memoriei de scurtă, respectiv de lungă durată)
- Ce știm despre comunicarea copilului? (vocabularul utilizat, modalitatea de înțelegere și ascultare)

Tipurile de evaluare utilizate în contextul dizabilității vizuale pot fi sintetizate astfel :



### De reținut

Fișele de observație și inventarele de itemi oferă informații privind abilitățile funcționale ale copilului cu dizabilitate vizuală. Observațiile realizate în contextul diferitelor activități, oferă informații esențiale privind modalitatea de utilizare a resturilor de vedere, stilul de învățare și nivelul de dezvoltare. Observațiile pot fi notate și înregistrate, iar rezultatele pot fi utilizate pentru elaborarea profilului de dezvoltare funcțional al copilului.

De-a lungul anilor au existat mai multe discuții legate de dezvoltarea unor norme separate pentru copiii cu dizabilități vizuale pentru cele mai utilizate instrumentele de evaluare (Warren, 1984, Hall, Scholl, Swallow, 1986), mai ales cele care au vizat testele de inteligență, contraargumentând poziția autorilor care susțineau faptul că și copiii cu deficiență de vedere ar trebui raportați la standardele și normele obișnuite, existând puține informații care să susțină experiențele tactile și auditive ca fiind similare experiențelor vizuale în secvențele de dezvoltare și învățare similare (Cziker, Hathazi, 2015).



### Dezbatere

*În cadrul grupului de discuții, identificați principalele considerații și implicații pe care un profesor psihopedagog le va lua în considerare în procesul de evaluare a unui copil cu dizabilitate vizuală.*

### Principii în contextul evaluării

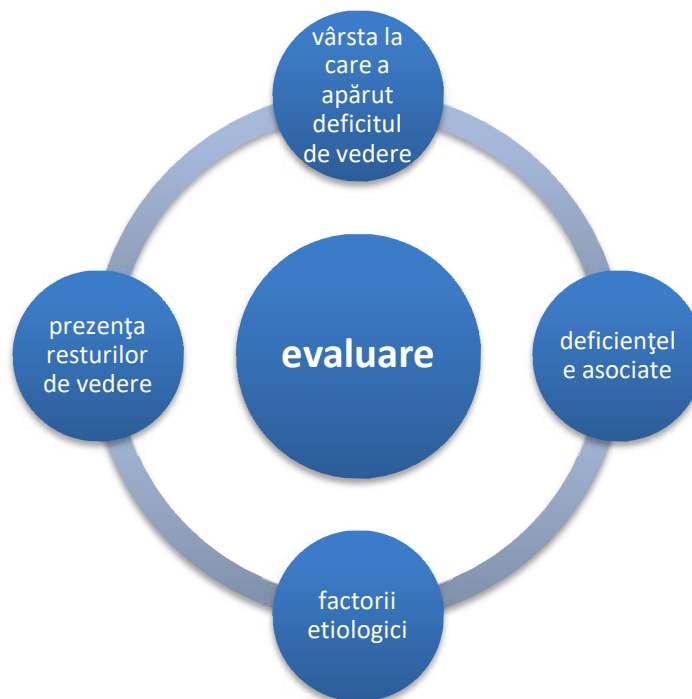


### Citire

De-a lungul anilor, dezvoltarea copilului cu dizabilități vizuale a fost comparată cu dezvoltarea copilului văzător, utilizându-se un model al deficitului prin care diferențele identificate erau atribuite aspectelor ce diferențiau cele două populații, aspecte legate mai ales de prezența sau lipsa vederii (Warren, 1994). Principalul avantaj al acestei abordări constă în posibilitatea de raportare la repere precise stabilite în dezvoltarea copilului văzător pentru majoritatea domeniilor de dezvoltare, la nivelul fiecărei

vârste cronologice. Această abordare comparativă însă devine din ce în ce mai puțin utilizabilă, fiind susținută abordarea diferențială ce identifică diferențele intragrup și care caută să răspundă la întrebarea: care sunt cauzele și variațiile în cadrul acestei populații? Căutând identificarea cauzelor ce determină variabilitatea și diferențele la nivelul comportamentelor și performanțelor. Această abordare permite generarea cunoștințelor ce permit identificarea informațiilor și a circumstanțelor ce favorizează dezvoltarea (Warren, 1994).

Warren (1994) propune această abordare în analiza dezvoltării copilului nevăzător, respingând modelul comparativ, susținând faptul că diferențele datorate deficienței de vedere reprezintă surse suplimentare ale variabilității în cadrul dezvoltării copilului. Astfel, pentru copilul cu deficiență de vedere există diferențe la nivelul sarcinilor, a capacităților și caracteristicilor, a circumstanțelor de mediu ce trebuie luate în considerare pentru a înțelege dezvoltarea și cauzalitatea.



*Aspecte ale evaluării diferențiate (Warren, 1994).*

În măsura în care se utilizează teste psihologice, acestea trebuie să prezinte date normative pentru copiii cu deficiențe de vedere, pentru a nu realiza raportarea la normele copiilor fără deficiențe de vedere. În măsura în care unii itemi ai testelor sunt omiși pentru că nu pot fi realizați în contextul lipsei vederii, dacă administrarea și notarea scorurilor este modificată, dacă durata administrării este prelungită, rezultatele nu vor mai putea fi raportate la datele normative. Totuși aceste rezultate

pot oferi informații de diagnostic valoroase privind comportamentul și performanța copilului, în identificarea abilităților și dificultăților copilului și care pot fi abordate în programele de intervenție sau care pot fi utilizate în identificarea altor domenii de evaluare (Hall, Scholl, Swallow, 1986).



### De reținut

Scopul utilizării interviurilor constă în a obține informații privind abilitățile și dificultățile copilului din perspectiva părinților, a specialiștilor, a copilului însuși sau al oricărei persoane semnificative care este familiară cu performanțele copilului. Aceste informații pot fi biasate intenționat sau neintenționat, și deși se pune în discuție problema subiectivității și a acurateții informațiilor, acestea pot contribui la realizarea unui profil comprehensiv de dezvoltare. În timpul interviurilor, pot fi observate și interacțiunile dintre părinte și copil, modalitatea de comunicare, răspunsurile oferite inițiativelor copilului.

## INVENTARELE DE ABILITĂȚI



### Citire

Inventarele de abilități (Checklist-urile) pot surprinde următoarele aspecte: cauza și momentul apariției deficienței, evaluările clinice ale funcției vizuale, evaluare vederii funcționale, alte deficiențe asociate sau condiții medicale, tratament medicamentos, date despre membrii familiei, dificultăți în realizarea autonomiei personale, aspecte legate de comunicare, competențe relaționale, relații interpersonale, conștientizarea riscurilor și a pericolelor, orientare și mobilitate, permanența obiectelor, permanența persoanelor, strategii tactil-kinestezice, numirea obiectelor, supraprotejarea, programele educaționale, programele de reabilitare, utilizarea tehnologiilor de acces (Bradely- Johnson, 1994). Observația permite obținerea informațiilor privind comportamentele copilului în timpul desfășurării activităților, comportamentele de limbaj și comunicare, a strategiilor de explorare tactil-kinestezică, a modalității de deplasare. Aceste observații pot pregăti o evaluare ulterioară, iar acuratețea informațiilor depinde de experiența examinatorului. Utilizarea testelor este importantă pentru a determina în primul rând eligibilitatea pentru anumite servicii educaționale.



În momentul în care testele necesită a fi adaptate în condițiile deficienței de vedere, se recomandă ca interpretarea rezultatelor să fie realizată cu atenție. Se recomandă testarea intragrup și nu raportarea la normele copiilor fără deficiență de vedere. În evaluările curriculare, principalul scop este de a evalua în ce măsură se realizează parcurgerea curriculum-ului (Bradley-Johnson, 1994).

## 2. INSTRUMENTE DE EVALUARE



### De reținut

**Inventarul de dezvoltare Battelle** elaborat în 1984 de J. Newborg, J. R. tock, L. Wuek, J. Guidubaldi, J. Svinicki pentru evaluarea copiilor cu vârsta cuprinsă între 0- 8 ani. Informațiile obținute permit luarea deciziilor privind diagnosticul și eligibilitatea pentru servicii educaționale, planificarea în cadrul programeleor educaționale. Inventarul cuprinde cinci domenii: cognitiv, comunicare, motor, comportament adaptativ și social, iar fiecare domeniu cuprinde subdomenii. Informațiile vor fi obținute prin testarea directă, observație și interviuri. Componentele testului includ manualul examinerului, șase cărți, un plic cu materiale vizuale, jucării și alte obiecte. Adaptarea testului are scopul de a oferi mijloace prin care barierele specifice pot fi depășite fără a fi schimbat comportamentul care este evaluat. Scala însă cuprinde și itemi care nu pot fi notați, realizarea lor necesitând văzul, dar există recomandări privind adaptările generale, cât și cele specific, prin care dificultățile în evaluare datorate limitărilor senzoriale sau de altă natură pot fi depășite fără a schimba comportamentul care urmează să fie evaluat (Bradley- Johnson, 1994).

**Scala de dezvoltare Bayley** elaborată de Nancy Bayley în 1969 pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2- 30 luni. Oferă informații care descriu nivelul actual de performanță al copilului în dezvoltarea cognitivă (163 itemi) și dezvoltarea motorie (81 itemi, din care 14 necesită văzul).

**Scala Maxfield –Buckholz** este scala cea mai frecvent utilizată în evaluarea copiilor cu deficiență vizuală, sub vârsta de 5 ani. Scala evidențiază întârzierile specifice în cadrul anumitor arii de dezvoltare și dificultățile datorate lipsei vederii. Metoda utilizată este observația, dar și discuțiile cu

intervenienții și aparținătorii. Scala cuprinde un total de 95 de itemi, prin care se evaluează deprinderi din domeniul autonomiei personale, a dezvoltării limbajului expresiv și receptiv, interacțiuni sociale și comportament explorator și adaptativ. Autorii nu își asumă validitatea predictivă a instrumentului, scala nefiind considerată un test de inteligență, ci un inventar de competențe sociale ale copilului preșcolar nevăzător.

**Scalele Reynell –Zinkin** au fost elaborate pentru copiii cu deficiențe vizuale severe cu deficiențe asociate. Se realizează o diferențiere între (a) ariile de dezvoltare care vizează funcțiile manipulatorii, locomotorii și reflexele și (b) ariile care vizează învățarea și care au în special o componentă intelectuală (Runceanu, 2004). Sunt evaluate 5 arii de dezvoltare: adaptarea socială, înțelegerea senzorio-motorie, explorarea mediului, răspunsul la sunet și înțelegerea verbală, limbajul expresiv. Scopul evaluării constă în a utiliza informațiile obținute în elaborarea planurilor de intervenție personalizate.

**Scala de inteligență Wechsler, ediția a IV-A (WISC-IV)**, adaptată pentru limba română în 2012 de către Anca Dobrea, evaluează dezvoltarea cognitivă a copiilor cu vârste cuprinse între 6 ani și 11 luni și 16 ani și 11 luni. În contextul deficienței de vedere se aplică doar probele verbale precum Informații, Similarități, Vocabular, Memorarea numerelor, Înțelegere, aritmetică, Raționament verbal.

**Intelligence Test for the Visually Impaired (ITVIC)** elaborat de Dekker și colaboratorii, cuprinde atât scale verbale, cât și tactile pe care autorii le-au adaptat din scalele de inteligență existente, fie le-au creat, respectând teoria factorială a inteligenței propusă de Thurstone în 1938. Cele 13 scale sunt grupate în jurul a patru factori: orientare ( probe care necesită orientarea în spațiu), raționament ( analogii, atenție, memorie), abilități spațiale ( construire cuburi), abilitate verbală ( vocabular și înțelegere).

**Inventarul Diagnostic Brigrance pentru Dezvoltarea Timpurie (Revizuit)** elaborat de Albert Brigance în 1991 pentru copii cu vârsta de până la 7 ani. Poate fi utilizat ca și instrument de evaluare, ghid de instruire,

sistem de notare, modalitate de a dezvolta planul de intervenție personalizat, ghid de resurse pentru părinți și specialiști. Subtestele includ: prechizițiile și comportamentele motorii, deprinderile de motricitate generală, abilitățile și comportamentele motorii fine, deprinderile de autonomie personală, limbaj și comunicare, comprehensiune și dezvoltare conceptuală, dezvoltare socio-emoțională, prechiziții școlare, abilități de scris-citit de bază, abilități matematice de bază (Cziker, Hathazi, 2015).

**Inventarul Comprehensiv Diagnostic al abilităților de bază Brigance** evaluează copiii începând de la grădiniță pînă la nivelul clasei a IX-a. Inventarul este divizat în secțiuni prin care se evaluează prechizițiile școlare, abilitățile de scris-citit, abilități de ascultare, abilitățile matematice, aspecte gramaticale ale limbajului.

**Inventarul Diagnostic al abilităților de bază Brigance** a fost elaborat în vederea evaluării copiilor cu nevoi speciale pentru a monitoriza dezvoltarea abilităților cu scopul de a atinge un grad de independență. Ariile evaluate cuprind identificarea și recunoașterea cuvintelor, citirea orală, analiza semantică, scris, aspecte gramaticale ale limbajului, concepte matematice, calcul matematic, abilități vocaționale.

**Proiectul Oregon pentru copiii cu deficiență de vedere** se adresează preșcolarilor cu vârsta cuprinsă între 0- 6 ani. Elaborat de Sharon Anderson, Sue Boigon și Kris Davis în 1986 cu scopul de a oferi informații privind planificarea și monitorizarea instruirii. Prin cei 700 de itemi sunt evaluate opt arii: cognitiv, limbaj, social, funcția vizuală, abilități compensatorii, autonomie- personală, motricitate fină, motricitate grosieră. Valoarea Proiectului Oregon constă în abordările și recomandările propuse pentru a facilita părinților și profesorilor asigurarea dezvoltării unei competențe la copilul preșcolar cu întârziere în dezvoltare, precum și în metodele propuse pentru a îmbunătăți fiecare deprindere care a fost identificată în cadrul scalei ca fiind deficitară. Proiectul Oregon este alcătuit din manual, activitățile de intervenție, inventarul de abilități, bibliografie și glosar (Cziker, Hathazi, 2015)

## Planul de intervenție personalizat



### Definiție

**Planul de intervenție personalizat (PIP)** permite educatorilor, profesorilor de suport și părinților să colaboreze pentru a veni în întâmpinarea nevoilor elevilor care necesită adaptare curriculară și răspunde nevoilor educaționale ale elevului în mod sistematic. Scopul PIP este planificarea instrucției în așa fel încât să constituie suport pentru elevi în formarea unor deprinderi sau dobândirea unor cunoștințe care să asigure o funcționare adecvată a acestora. Elaborarea PIP presupune o înțelegere adecvată a nivelului curent al performanței unui elev.



### De reținut

Componentele esențiale ale unui PEI:

- Identificarea elevului care are nevoie de PEI și obținerea tuturor informațiilor privind background-ul acestuia;
- Nivelul curent al performanței elevului care să reflecte consensul membrilor echipei privind abilitățile și nevoile acestuia;
- Rezultatele specifice elevului;
- Obiectivele de atins;
- Metodele, materialele și strategiile didactice;
- Numele membrilor echipei care vor aplica PEI și etapele în care vor fi implicați;
- Planificarea perioadelor de timp pentru evaluare;

## STUDIUL DE CAZ



### De reținut

Studiul de caz este o altă metodă utilizată care concentrează în sine o multitudine întreagă de alte metode, prin care se sintetizează informația din toate sursele existente privind datele personale ale copilului, anamneza copilului, date medicale, date obținute în urma evaluării psihopedagogice, rezultate ale testelor, intervenția psihopedagogică, precum și concluzii și recomandări.

Utilizarea atentă a instrumentelor de evaluare presupune evidențierea discrepanțelor în abilitățile copilului, sugerând obiectivele programului sau

indică domeniul în care copilul necesită intervenție pentru accesarea curriculum-ului. Evaluarea trebuie să se finalizeze cu concluzii și recomandări cu privire la intervențiile ulterioare care trebuie să fie adecvate și eficiente sub aspectul metodelor și materialelor folosite. O evaluare este eficientă atunci când relevă cauzele unor comportamente, identificarea unor aptitudini și a unor dificultăți, nivelul de dezvoltare al comunicării, raportarea copilului la obiecte și la persoane.

Recomandările vor privi activitățile propuse, chiar și cele care se vor desfășura acasă, eventual serviciile suport, echipa de intervenție. Programul de intervenție individualizat va avea ca punct de plecare aptitudinile și abilitățile deja existente ale copilului.

Prin aplicarea itemilor de evaluare trebuie să se urmărească ceea ce copilul poate să facă. Nu trebuie comparate rezultatele obținute de către un copil cu rezultatele altui copil; eventual se poate face o comparație cu rezultatele pe care același copil le-a obținut la evaluarea anterioară, notându-se progresele, stagnările sau regresele.



### Dezbateri

*Temă de dezbateri. Discutați în grupul dvs de studiu caracteristicile unui mediu de învățare adecvat pentru un elev cu o afecțiune vizuală (la alegere). Menționați implicațiile educaționale ale afecțiunii vizuale și modificările necesare la nivelul mediului de învățare.*



### Test

#### EVALUARE- SUBIECTE REDACȚIONALE

- 1. Prezentați principiile unui proces de evaluare adecvat și eficient în contextul dizabilității vizuale**
- 2. Care sunt principalele modalități de evaluare ale persoanei cu dizabilitate vizuală?**
- 3. Descrieți trei instrumente de evaluare, prezentând modalitatea de administrare și valorificare a rezultatelor.**
- 4. Realizați un plan de intervenție personalizat pentru un copil cu dizabilitate vizuală.**



## Test

### Test grilă

1. Scopul principal al evaluării psihoeducaționale este:
  - a) determinarea acuității vizuale
  - b) determinarea eligibilității pentru anumite servicii educaționale
  - c) elaborarea unui program care va facilita achiziția de noi abilități
  - d) realizarea unui profil de dezvoltare
  
2. Abordarea comprehensivă în procesul de evaluare ia în considerare:
  - a) influența mediului asupra performanțelor
  - b) circumstanțele curente de viață
  - c) experiențele anterioare
  - d) starea de sănătate
  
3. În procesul de evaluare pot fi utilizate următoarele instrumente de evaluare:
  - a) teste psihologice
  - b) scale de dezvoltare
  - c) fișe de observație
  - d) niciunul, dacă nu sunt precizate adaptările în condițiile deficitului vizual
  
4. Tipurile de evaluare utilizate în contextual dizabilității vizuale sunt:
  - a) evaluarea vederii funcționale
  - b) evaluarea deprinderilor funcționale
  - c) evaluarea de dezvoltare
  - d) evaluarea de progres
  
5. Evaluarea deprinderilor funcționale presupune:
  - a) evaluarea deprinderilor de orientare și mobilitate
  - b) evaluarea deprinderilor de scris- citit Braille
  - c) evaluarea utilizării tehnologiei de acces
  - d) toate tipurile menționate mai sus
  
6. Evaluarea vederii funcționale presupune:
  - a) identificarea resturilor de vedere
  - b) identificarea modului în care copilul își utilizează vederea în contextele zilnice
  - c) măsurarea acuității vizuale
  - d) măsurarea câmpului vizual

7. Fișele de observație în contextual evaluării funcționale fac referire la:
- stilul de învățare
  - stilul de comunicare
  - nivelul de dezvoltare
  - factorii de mediu
8. Evaluarea diferențiată ia în considerare:
- factorii etiologici
  - debutul deficienței
  - deficiențele asociate
  - prezența resturilor de vedere
9. Proiectul Oregon se adresează evaluării :
- preșcolarilor cu vârsta între 0-6 ani
  - școlarilor mici
  - adolescenților
  - tinerilor
10. Scala de dezvoltare Bayley prezintă itemi prin care se evaluează:
- dezvoltarea cognitivă
  - dezvoltarea motorie
  - dezvoltarea funcționării vizuale
  - niciuna din cele menționate mai sus.
11. Scalele Reynell-Zinkin au fost elaborate pentru copiii cu:
- deficiențe vizuale severe cu deficiențe asociate
  - deficiențe vizuale moderate fără deficiențe asociate
  - deficiențe vizuale moderate cu deficiențe asociate
  - deficiențe multiple
12. O componentă importantă a studiului de caz este:
- datele personale
  - diagnosticul medical
  - rezultatele evaluării inițiale
  - vârsta

## Bibliografie

- Barraga, N. C., Erin, J. (1992). *Visual Handicaps and Learning*, 3rd Edition. Austin, TX: Pro-Ed.
- Barraga, N. și Morris, J.E., 1998. Program to develop efficiency in visual functioning. Source book on low vision revised edition, American Printing House for the Blind, Inc., Lonsville, Kentucky.
- Bayley, N. (1969), *Bayley Scales of Infant Development*, San Antonio, Texas, Psychological Corporation
- Bradley-Johnson, S., (1994), *Psychoeducational Assessment of Students Who Are Visually Impaired or Blind: Infancy through High School*, Austin: Texas, Pro-Ed
- Brigance A. (1980), *BRIGANCE Diagnostic Inventory of Essential skills*, North Billerica, MA, Curriculum Associates
- Brigance, A. (1977), *BRIGANCE Diagnostic Inventory of Basic skills*, North Billerica, MA, Curriculum Associates
- Brigance, A. (1983), *BRIGANCE Diagnostic Comprehensive Inventory of Basic Skills*, North Billerica, MA, Curriculum Associates
- Brigance, A.H. (1991), *BRIGANCE Diagnostic Inventory of Early Development – Revised*, North Billerica, MA, Curriculum Associates
- Brown, D., Simmons, V., & Methvin, J. (1991). *The Oregon Project for Visually Impaired and Blind Preschool Children*. Medford, Oregon: Jackson Education Service District.
- Corn, A.L., Koenig, A.J. (1996) *Foundations of Low Vision: Clinical and Functional Perspectives*. New York: AFB Press
- Fazzi, D. L. (1998). Facilitating independent travel for students who have visual impairments with other disabilities. In S. Sacks & R. Silberman (Eds.), *Educating students who have visual impairments with other disabilities* (pp. 441–468). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Gee, K., Harrell, R., & Rosenberg, R. (1987). Teaching orientation and mobility skills within and across natural opportunities for travel: A model designed for learners with multiple severe disabilities. In L. Goetz, D. Guess, & K. Stremel-Campbell (Eds.), *Innovative program design for individuals with dual sensory impairments* (pp. 127–157). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Hall, A. și Bailey, I.L., 1989. A model for training vision functioning. *Journal of Visually Impaired and Blindness*, pp. 390-396.
- Hall, A., Scholl, G., Swallow, R.M. (1986). Psychoeducational assessment. In G. Scholl (Ed.) *Foundations of education for blind and visually handicapped children and youth* (pp 187-214), New York: American Foundation for the Blind.
- Hammill, D.D. (1987), An overview of assessment practices in D.D. Hammill (Ed.), *Assessing abilities and instructional needs of students*, Austin: Texas, Pro-Ed.
- Hill, E.W., Snook- Hill, M.M. (1996), *Orientation and Mobility*, in Holbrook, M.C., *Children with Visual Impairments. A Parent's Guide*, Bethesda, MD, Woodbine House
- Koenig, A. J. & Holbrook, M. C. (1995). *Learning Media Assessment of Students with Visual Impairments: A Resource Guide for Teachers 2nd Edition*. Austin, Texas: Texas School for the Blind and Visually Impaired.
- Koenig, A.J., Holbrook, M.C., (2000), *Foundations of Education: Instructional strategies for teaching children and youths with visual impairments*, Volume 2, New York, AFB Press
- Newborg, J., Stock, J.R., Wuek, L., Guidubaldi, J., Svinicki, J. (1984), *Battell Developmental Inventory*, Allen, Texas: DLM/ Teaching Resources
- Pugh, G. S., & Erin, J. (Eds.). (1999). *Blind and Visually Impaired Students: Educational Service Guidelines*. Watertown, MA: Perkins School for the Blind.
- Salvia, J., Ysseldyke, J.E. (1981), *Assessment in special and remedial education*, 2<sup>nd</sup> ed., Boston: Houghton Mifflin.
- Sanford, L. & Burnett, R. (1993). *Functional Vision and Media Assessment Report for Students*



- who are Pre-Academic or Academic and Visually Impaired in Grades K-12*. Hermitage, TN: Consultants for the Visually Impaired.
- Sewell, D. (1997). *Assessment Kit: Kit of Informal Tools for Academic Students with Visual Impairments*. Austin, Texas: Texas School for the Blind and Visually Impaired.
- Stănică, I. și Popa Mariana, 1997. Psihopedagogie specială. Deficiențe senzoriale. Editura Pro Humanitate.
- Warren, D.H. (1984), *Blindness and early childhood development*, 2<sup>nd</sup> edition, New York, AFB Press
- Warren, D.H. (1994), *Blindness and children. An individual differences approach*, USA, Cambridge University Press

# Strategii de abilitare și reabilitare. Programe de intervenție psihopedagogică

## Capitolul 3

(120 teorie, 600 practică)

### I. Cuprinsul secvenței

1. Definirea particularităților percepției tactil- kinestezice
2. Dezvoltarea deprinderilor de scris-citit Braille. Modele ale citirii
3. Dislexia Braille
4. Formarea deprinderilor de autonomie personală
5. Rolul activităților extracurriculare

### II. Obiectivele secvenței

1. Definirea principalelor concepte
2. Caracterizarea explorării tactil- kinestezice
3. Descrierea sistemului Braille
4. Prezentarea modelelor citirii în contextul dizabilității vizuale
5. Definirea dislexiei Braille

### III. Cuvinte cheie

explorarea tactil- kinestezică, sistemul Braille, lectura Braille, modele ale citirii, dislexia Braille

## 1. Particularități ale percepției tactil-kinestezice



**De reținut**

În absența vederii, informațiile tactil-kinestezice și cele auditive devin funcțiile dominante la copilul nevăzător, recepția și percepția tactilă având rolul principal în cunoașterea mediului apropiat, în timp ce mediul îndepărtat este explorat preponderent acustic.

Prin intermediul senzațiilor tactil-kinestezice se realizează două structuri informaționale:

**Modelul informațional al eu-lui fizic (conturul schemei corporale) ca unitate funcțional-dinamică delimitată de obiectele mediului extern.**

**Sistemul modelelor informaționale ale obiectelor perceptibile (referitoare la substanțialitate, formă, volum, asperitate, duritate)**



**Citire**

Percepția tactilă îndeplinește în cazul copiilor nevăzători o funcție cognitivă, prin intermediul căreia se elaborează: imaginea perceptivă tactil-kinestezică a obiectelor, diferențierea, discriminarea și identificarea acestora. Dacă percepția tactilă redă informații asupra asperității, durității, conturul, forma, substanțialitatea obiectelor, kinestezia sprijină explorarea activă, integrarea informațiilor tactile fragmentare, secvențiale într-un model unitar. În condițiile cecității, se formează complexul funcțional- operațional tactil-kinestezic prin restructurarea calitativă a sensibilității tactile în procesul de cunoaștere (Preda, Cziker, 2004)



**De reținut**

În cadrul procesului de percepție tactil-kinestezică se poate observa o diviziune funcțională a schemelor explorării motorii, care are la bază asimetria funcțională a celor două mâini. De obicei, mâna dominată în praxie joacă rolul conducător și anume rolul principal în explorare, în timp ce mâna subdominată are un rol auxiliar în cunoașterea tactil-kinestezică a obiectelor. Astfel, mâna dominată va realiza mișcările de percepere propriu-zisă, iar cealaltă mână realizează mișcările de susținere și de fixare a obiectului.



### Citare

În condițiile cecității, specializarea funcțională a mâinii cunoaște o și mai mare precizie, inclusiv la nivelul diviziunii acțiunilor și actelor ce-i revin fiecărui deget. Astfel Preda (1993) prezintă importanța fiecărui deget în cadrul percepției tactil-kinestezice; degetul mare are rolul de a fixa obiectul, fiind punctul de plecare în explorarea tactilă, care se transmite apoi următoarelor degete. Degetul arătător și degetul mijlociu parcurg obiectul mai întâi global, și apoi analitic. Degetul arătător este cel mai activ în cuprinderea spațiului palpat și în recepția tactil-kinestezică. Celelalte degete și anume: degetul mare, arătătorul și mijlociul formează împreună un fel de compas, care are rolul de a asigura recepția spațială a obiectului, parcurgând punct cu punct conturul, detaliile, colțurile și, în general, punctele critice, cu o maximă valoare informațională pentru cunoașterea formei obiectului (Preda, 1993).



### De reținut

Explorarea tactilă a obiectelor urmează un anumit model care are patru faze:

1. *Faza de căutare* a obiectului până când acesta este atins, utilizându-se mai frecvent mișcări circulare și mișcări orizontale stânga-dreapta;
2. *Faza primului contact tactil* cu obiectul – oferă principalele informații despre temperatura acestuia și cu aproximație despre formă, mărime, textură, duritate. S-au remarcat utilizarea a 5 tehnici principale:
  - „clește” – mâna încercuiește/înconjoară obiectul
  - ”prinderea”- limitată la index și degetul mijlociu
  - ”rotirea” - obiectul este explorat cu o mișcare de rotire, folosind doar indexul întins
  - ”învăluirea” - degetele sunt trecute de-a lungul obiectului, mișcări în jurul axei verticale, oferind informații globale despre proprietățile acestora
  - ”trasarea” - indexul urmărește tactil obiectele, oferă informații despre formă, mărime
3. *Faza explorării detaliate* a obiectului, a recunoașterii sale sau construirea unui pre-concept al său în cazul în care obiectul este necunoscut – include trasări ale conturilor și deplasarea degetelor spre diferite detalii ale obiectului, mișcări de apăsare sau lovire a unui obiect. Este necesară participarea tuturor degetelor ambelor mâini.
4. *Faza concluziilor și formării reprezentărilor* informației tactile –

semnifică construcția mentală a impresiilor tactile, trăgând concluzii și făcând comparații ale obiectului cu alți itemi cunoscuți. Această etapă este foarte importantă și trebuie verificat modul în care copilul și-a însușit reprezentările prin descrieri verbale, exprimarea observațiilor personale, etc. (Tzvetkova-Arsova,2000, Bujor, 2012)

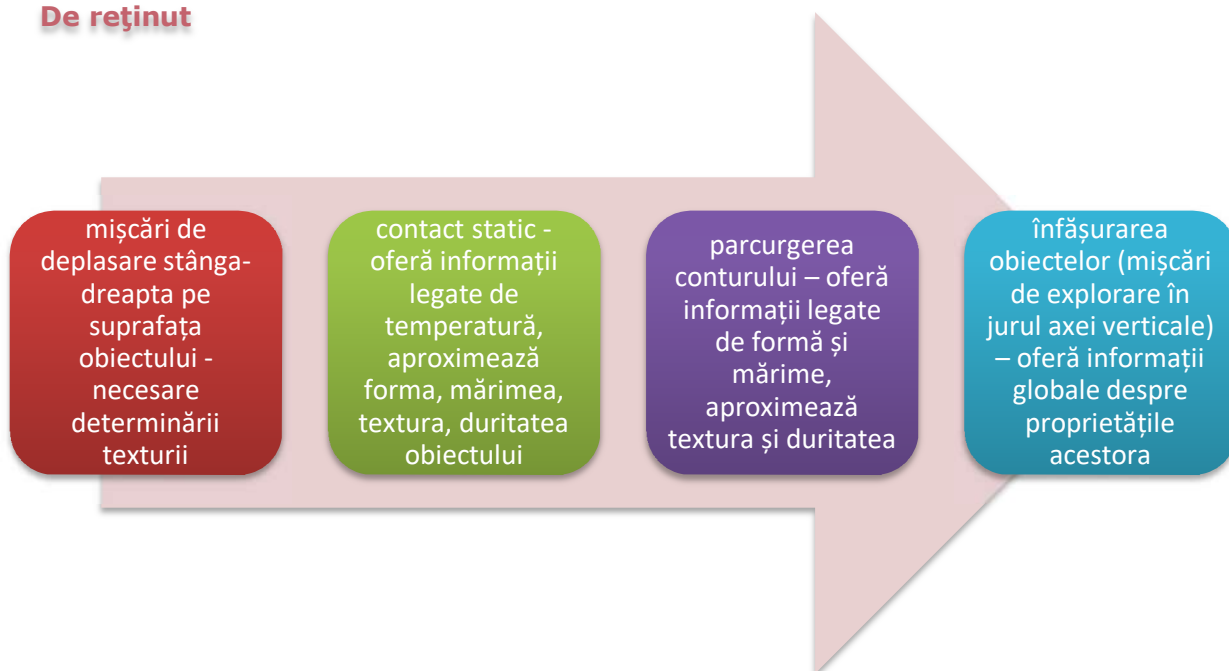
Sub influența limbajului și a experienței perceptive anterioare, actul ca atare al pipăitului se ordonează, se sistematizează, își diversifică structura operațiilor și traiectoriilor și se adaptează la tipologia formelor și conturilor obiectelor (Preda, 1999).

### Specificul strategiilor de explorare tactil-kinestezică



#### De reținut

Explorarea tactil- kinestezică reprezintă ansambluri specifice de mișcări caracterizate prin cantitatea de informație determinată și proprietățile la care se adaptează. Aceste procedee specializate sunt (Preda, Cziker, 2004):



Strategia tactilă presupune explorarea sistematică a unei suprafețe și utilizarea punctelor de referință. Kinestezia (utilizarea propriului corp ca sistem de referință pentru explorarea unei suprafețe) sprijină realizarea conceptelor spațiale (sus, jos, dreapta, stânga etc.) și a relațiilor spațiale dintre obiectele și imaginile din spațiul apropiat. Dezvoltarea eficienței strategiei tactile asigură siguranța explorării tactile, prin reducerea explorării de tip “încercare și eroare”.



### De reținut

Strategiile exploratorii tactil- kinestezice evoluează odată cu vârsta copiilor și cu dezvoltarea lor cognitivă, fiind influențate și de stilurile perceptiv caracteristice fiecărui copil.

Schemele speciale ale strategiei de explorare kinestezico- tactile a obiectelor se realizează treptat în ontogeneză. În cadrul acestor scheme s-au evidențiat două tipuri de mișcări ale mâinii, ca efect al unei anumite specializări, analoage celei oculare.(Preda,1993) Aceste mișcări contribuie la culegerea de informații despre proprietățile obiectelor:

- a. mișcări de căutare și pregătire
- b. mișcări de urmărire



### Citire

a.Mișcările de căutare și pregătire sunt caracterizate prin:

- viteză mare de desfășurare
- traiectorii divergente și ample pe suprafața obiectului
- fixarea obiectului într-o anumită poziție

Aceste mișcări urmăresc divizarea obiectului, respectiv a zonei de explorare, în porțiuni mici, ușor de investigat, în vederea extragerii informației relevante

b.Mișcările de urmărire:

- au un caracter orientat
- se desfășoară pe traiectorii mai scurte și recurente
- leagă succesiv între ele diferite puncte comparate

Funcția acestor mișcări este integrativă, facilitând nemijlocit elaborarea imaginii tactile a obiectului. Mișcările de urmărire au o importanță deosebită în procesul perceptiv tactil și în formarea reprezentărilor tactil- kinestezice, prin cele trei funcții pe care le îndeplinește: funcția de construire a imaginii perceptiv, funcția de măsurare și funcția de control și conectare. Prin acest tip de mișcări se urmărește extragerea informațiilor relevante, prin găsirea și palparea elementelor nodale, critice, iar apoi prin mișcări de evaluare și comparare, se realizează integrarea lor într-o matrice perceptivă a imaginii.

## Localizarea spațială a obiectelor prin activitatea de explorare tactil-kinestezică



Citare

Când mâna se află în contact cu obiectul-țintă, acesta nu beneficiază, ca în cazul sistemului vizual, de un câmp periferic, având valoare de apel și oferind numeroase puncte de ancoră. În acest sens, subiectul trebuie să efectueze în mod intenționat mișcări de explorare în spațiul de lucru, în vederea identificării reperelor exterioare.

În urma unui studiu, Hatwell, Osiek și Jeanneret (1973), au observat că, mișcările exploratorii tactile sunt dezorganizate (parcurea de la un cub la altul se realizează la întâmplare), parțial (la 7-8 cuburi contactul este mai bun) și se raportează la zonele care sunt cele mai aproape de corp. La studiu au participat copiii de 4 și 5 ani care au avut sarcina de a explora 12 cuburi mici identice, fixate în mod aleatoriu pe suprafața unei planșe orizontale de 45x25 cm, în scopul de a identifica cele care pivotează în jurul axei lor verticale și de a determina capacitatea de explorare a suprafeței. Către vârsta de 7-9 ani, mărimea zonei de explorare crește, dar parcurea zonei cu mâna rămâne dezorganizată. Doar adulții sunt cei care găsesc și utilizează în mod sistematic punctele de reper, care permit o explorare structurată a întregii spațiu și evitând trecerea peste același punct de mai multe ori. Cu toate acestea, în acest experiment, nici copiii, nici adulții nu au început cu o modalitate de explorare globală ceea ce ar fi permis planificarea capacității de explorare.

În alte condiții experimentale, în cazul în care vederea rămâne disponibilă, reușita apare în jurul vârstei de 4 ani. La această vârstă parcurea obiectului cu mâna, însoțită de vedere este organizată. În cele din urmă, atunci când aceeași subiecți au efectuat sarcina de explorare tactilă a cuburilor, după ce au folosit în prealabil vederea, s-a observat o creștere semnificativă a performanțelor atât cantitativ cât și calitativ. Acesta demonstrează că absența percepției sau a reprezentării de ansamblu a câmpului de explorare oferă o modalitate dificilă de explorare sistematică (Hatwell, 2000).



Citare

Într-un alt studiu, care a urmărit de asemenea analiza explorării tactil-kinestezice, au fost identificate cinci moduri de explorare. La acest studiu

au participat copii nevăzători (cu și fără resturi de vedere) cu vârstă cuprinsă între 7 și 10 ani. Sarcina copiilor a fost, explorarea unui disc circular în care au fost plasate 1, 3 sau 5 obiecte urmat de înlocuirea aceluiași obiecte, în același loc, într-un alt disc, identic. Astfel s-au identificat următoarele moduri de explorare:

1. Explorare mixtă, în care degetele și/sau palmele parcurg marginile discului și obțin indici relativi (de exemplu: o impresie în ceea ce privește configurația globală a fiecărei forme, în raport cu celelalte)
2. Explorare relativă
3. Explorarea muchiilor
4. Inticând și atingând fiecare formă la rândul ei, separat, acesta fiind o încercare aparentă de a localiza forma într-un cadru de referință
5. Utilizarea resturilor de vedere exclusiv, fără nicio explorare tactil-kinestezică

Rezultatele obținute au scos în evidență existența unei legături între modul de explorare și acuratețe a reproducerii. S-au înregistrat mai multe erori în utilizarea strategiei de explorare a muchiilor exclusiv și în utilizarea acelei strategii care prevede indicarea și atingerea fiecărei forme, în comparație cu strategia mixtă. Strategia de indicare și de atingere a fiecărei forme determină cele mai slabe performanțe cu toate acestea s-a dovedit a fi dominantă (75%) în cazul copiilor mai mici, fără resturi de vedere. Ultima strategie, în care sarcina a fost realizată doar cu resturile de vedere a fost utilizată de către toți copiii nevăzători cu resturi de vedere. Acest lucru demonstrează faptul că și atunci când este afectată serios, vederea este încă dominantă în sarcinile spațiale.



**Citare**

Un alt experiment a fost realizat pe adulți văzători, care au lucrat în absența vederii, nevăzători precoce și nevăzători tardivi. În cadrul acestui experiment s-a urmărit explorarea cu ajutorul mâinii, a 4 obiecte dispuse în spațiul prehensiunii. Subiecții au avut de memorat locul în care erau plasate obiectele, pentru a indica ulterior locul în care examinatorul a așezat un anumit obiect. În cadrul acestui experiment au fost identificate două moduri de explorare:

1. Explorare „ciclică”, în care mâna identifică fiecare obiect, iar după ce a explorat circular, de mai multe ori, alte obiecte, revine asupra acestuia.



2. Explorare „dus-întors”, în care mâna parcurge de mi multe ori, două obiecte, dus întors, apoi trece la alte două obiecte și așa mai departe. Acesta constă în codarea corectă a locului a două obiecte, înainte de a trece la explorarea celorlalte două.

Procentul de răspunsuri corecte a fost mai mare în cazul ultimei modalități de explorare, decât în cazul primei. Nevăzătorii precoce utilizează adesea procedeele ciclice, obținând astfel performanțe mai slabe decât nevăzătorii tardivi și văzătorii (Hatwell, 2000).

Explorarea tactil-kinestează a unui obiect de către copilul cu dizabilitate vizuală are o desfășurare discontinuă, prin detașări, salturi, reveniri, mișcări repetate de înaintare în cunoașterea unor părți ale obiectului și mișcări inverse, de revenire. Acest mod de explorare realizează cunoașterea mai rapidă și mai adecvată decât dacă degetele urmăresc succesiv și în contact nemijlocit fiecare parte a obiectului. Putem spune că explorarea tactilă are legi proprii și numai pe baza lor se ajunge la efecte receptive optime (Preda, 1993). Funcționarea tactilă cuprinde totalitatea abilităților tactile necesare pentru adaptarea adecvată la mediu.



### Dezbatere

*Discutați în cadrul grupului de studiu și propuneți activități de intervenție care vizează dezvoltarea deprinderilor tactil- kinestezice la un copil nevăzător.*



### Citire

Programele de intervenție psihopedagogică vor urmări utilizarea unor resurse materiale care să ajute la dezvoltarea flexibilității încheieturilor mâinilor, coordonarea bimanuală, dexteritatea degetelor, formarea gesturilor manuale fundamentale – gesturi de tip clește (utilizarea sâmburilor, mărgelilor de dimensiuni din ce în ce mai mici, a clamelor de haine) gesturi bidigitale (așezarea pionilor în tăbliță), gesturi de tip menghină (umplerea-golirea paharelor), gesturi de apăsare (clapele pianului), sau de strângere în pumn (mototolirea hârtiei) etc. Un material deosebit pentru copiii cu deficiență de vedere îl constituie plastelina, pe care ei învață să o încălzească, să o fragmenteze și să o întregască, să o modeleze prin mișcări circulare, translatorii, aplatizare, fiind determinați să-și

utilizeze toate degetele și ambele mâini. De la forme simple, se poate trece la realizarea unor peisaje prin presarea plastelini pe foaia de lucru. Materialele utilizate pot să cuprindă un spectru foarte larg, ele ținând de creativitatea și ingeniozitatea cadrului didactic (Bujor, 2012).

## **Analiza strategiilor utilizate de copiii cu deficiențe de vedere**



### **Citire**

O strategie de explorare trebuie să ia în considerare atât relațiile care se stabilesc între un element și celelalte elemente componente ale configurațiilor spațiale, cât și relațiile fiecărui element cu marginea configurației spațiale.

În scopul determinării strategiilor de explorare tactilă s-a realizat un experiment la care au participat copii nevăzători și slab văzători cu vârsta cuprinsă între 5 ani și 6 luni și 7 ani 6 luni și între 8 ani și 2 luni și 12 ani și 3 luni. În cadrul experimentului a fost utilizat o cutie cu stimuli de formă circulară în care au fost fixate două seturi a câte 5 figuri geometrice (pătrat, cerc, triunghi, cruce și stea).

După ce subiecții au analizat cu atenție poziția spațială a fiecărei figuri, le era prezentată o altă cutie cu 5 figuri identice din cutia anterioară și erau solicitați să le aranjeze în aceeași poziție spațială cu cea a figurilor explorate din prima cutie.



### **Citire**

Analiza înregistrărilor privind activitatea copiilor cu 3-5 figuri geometrice a scos în evidență următoarele strategii utilizate de către aceștia:

1. Marginea și relativitatea: copiii utilizează palmele sau degetele pentru a descoperi poziția configurației în raport cu marginile cutiei, acesta oferind informații despre modalitatea de aranjare a figurilor una față de cealaltă. Uneori este realizat prin utilizarea a unuia sau a ambelor palme pentru a determina configurația figurilor, uneori prin deplasări repetate ale degetelor între figuri pe de o parte și între figuri și marginile cutiei pe de altă parte.
2. Relativitatea: copiii utilizează degetele sau palmele în scopul identificării poziției relative a figurilor una față de cealaltă.

3. Marginile: pentru a determina distanța dintre figură și marginile cutiei, copiii folosesc degetele, dar ignoră relațiile care se stabilesc între figuri. Acest lucru se realizează adesea prin „măsurarea” distanței dintre figură și marginea cutiei prin interpoziționarea degetelor între figuri, acesta constituind pentru subiecții nevăzători o unitate de măsură proprie.
4. Punctarea: copiii ating fiecare figură de mai multe ori. Acesta explică modalitatea acestora de a învăța poziția figurilor, fără să se raporteze însă și la un alt cadru de referință în afară de propriul corp.
5. Vederea: copiii utilizează doar vederea, fără să mai utilizeze și mâinile.

În concluzie se poate spune că acei copiii, care utilizează strategii mai elaborate, precum raportarea la marginile cutiei și stabilirea relațiilor între figuri, obțin rezultate semnificativ mai bune în comparație cu acei copii care recurg numai la atingerea figurii. Rezultatele sunt în concordanță cu studiile anterioare, care au constatat că persoanele cu deficiențe de vedere au tendința de a efectua mai slab sarcinile care implică rotație mental tactilă ( Hollins și Kelley , 1988 ; Marmor și Zaback , 1976 ; Millar , 1976 , 1981).’



**Citare**

De asemenea studiul confirmă faptul că subiecții nevăzători cu vârste mici pot însuși modalitatea de aranjare a unei configurații spațiale tactile, însă în ceea ce privește calitatea reprezentărilor, aceștia depind de strategiile exploratorii utilizate de către aceștia. Totodată s-a constatat și faptul că acei copiii care folosesc strategii mai sofisticate, prezintă mai puține erori în reproducerea rotației figurilor, datorită faptului că aceste strategii furnizează copiilor un cadru de referință mai amplu. Acesta permite copiilor folosirea unor strategii de codare externe, de exemplu: stabilirea raporturilor care se creează între figuri, aranjarea acestora în raport cu pozițiile sus, jos, stânga, dreapta și față de marginile cutiei (Simon Ungar, Mark Blades, Christopher Spencer 1995).

### **Dezvoltarea deprinderilor de scris- citit Braille**



### Definiție

Alfabetul Braille a fost dezvoltat de Louis Braille în 1825.

Sistemul de scriere Braille prezintă următoarele caracteristici principale, Roth (1973, p.25-27), (Preda, 1993):

a) Toate semnele și literele se formează prin combinații de puncte în cadrul unui grup de 6 puncte, care se numește “grup fundamental” sau “semn fundamental” și constituie “unitatea de măsură” pentru toate operațiile în cadrul sistemului Braille.

### Grupul fundamental

- 1 •4
- 2 •5
- 3 •6

Acest câmp de 6 puncte permite 63 de combinații sau permutări de puncte, un număr suficient pentru a reda literele și semnele oricărei limbi în mod clar și diferențiat. Combinațiile de puncte care nu întrec numărul de șase pot fi sesizate simultan cu ajutorul vârfulor degetelor în actul citirii.



### De reținut

b) O altă caracteristică a sistemului de scriere Braille rezidă în faptul că toate combinațiile de puncte din care rezultă literele și semnele nu se fac la întâmplare, ci se stabilesc după o anumită regulă, și anume după principiul decadelor, un principiu matematic care conferă acestui sistem un caracter logic și încheșat. Astfel, primele 10 semne, (“prima decadă”) se formează în porțiunea de sus a grupului fundamental, fiind constituite din punctele 1, 2, 4, și 5:

•	•	••	••	•	••	••	•	•	•
	•		•	•	•	••	••	•	••
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j

Dacă se adaugă la semnele primei decade punctul 3, se obțin semnele celei de-a doua decade:

•	•	••	••	•	••	••	•	•	•
	•		•	•	•	••	••	•	••
•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

k l m n o p q r s t

Prin adăugarea punctului 6 la semnele decadei a doua, obținem ultimele litere:

•	•	••	••	•
	•		•	•
••	••	••	••	••
u	v	x	y	z

Semnele caracteristice limbii române sunt:

•	•	•	••	•
•		•		•
•	•	•	•	•
ș	ă	â	î	ț



**De reținut**

Principalele semne de punctuație se formează după aceeași regulă, fiind identice cu semnele primei decade, coborâte de la nivelul punctelor 1, 2, 4, 5 la nivelul punctelor 2, 3, 5, 6:

•	•	••	••	•	••	••	•	••	•
•	••		•	•	•	••	••	••	••
vir-	punct	două	punct	semnul	sem-	pa-	ghili-	stelu-	ghi-
gulă	și	puncte		întrebării	nul	ran-	mele	ță	li-
	virgulă				excla-	teză	deschi-		închi
					mării		se		se

În afară de semnele de punctuație formate din decada întâi, se mai utilizează:

•	••	•••
apostrof	linioară	semn de dialog



**De reținut**

c) Ca o altă caracteristică a sistemului de scriere Braille poate fi considerată utilizarea “semnelor premergătoare”. Există o serie de semne speciale care nu se întâlnesc în scrierile obișnuite și care-asezate înaintea altor semne-modifică valoarea acestora, acordându-le altă semnificație. În felul acesta sporesc foarte mult posibilitățile, relativ reduse, ale combinațiilor în cadrul grupului fundamental. Astfel de semne speciale premergătoare sunt, de exemplu; semnul de majusculă, semnul de cifră ș.a. Dacă o literă Braille este precedată de semnul de majusculă (punctul 4 și 6) se transformă în literă

mare. Semnul de cifră (punctul 3, 4, 5, 6) transformă semnele primei decade în cifre:

•	•	•	• •	• •	•	• •	• •	•	•	•
•	•	•	•	•	•	• •	• •	• •	• •	• •
• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	



### De reținut

d) A patra caracteristică constă în universalitatea sistemului Braille. Universalitatea scrierii Braille prezintă de fapt mai multe aspecte: pe de o parte, trebuie să înțelegem prin această caracteristică faptul că scrierea Braille nu este un simplu alfabet, ci un sistem de scriere și notație care cuprinde alfabetul, semnele de punctuație, un sistem de abreviație și stenografie, scriere matematică, notație muzicală etc. Pe de altă parte, spre deosebire de scrierile anterioare lui Braille, acest sistem se pretează atât pentru citit și scris, cât și pentru a fi tipărit. Prin caracterul universal al sistemului Braille înțelegem, de asemenea, răspândirea lui internațională, și, dacă ținem seama nu de numărul persoanelor care scriu și citesc în Braille, ci de întinderea teritoriului pe care acest sistem de scriere este răspândit, atunci se poate afirma că alfabetul Braille este cel mai răspândit sistem de scriere din lume. (Preda, 1993).



### Dezbateri

*Dezbateți în două grupe de studiu avantajele și dezavantajele învățării sistemului Braille de către persoanele nevăzătoare. Argumentați importanța achiziției sistemului de scris- citit Braille de către copiii nevăzători.*

## Dezvoltarea deprinderilor de scris- citit Braille

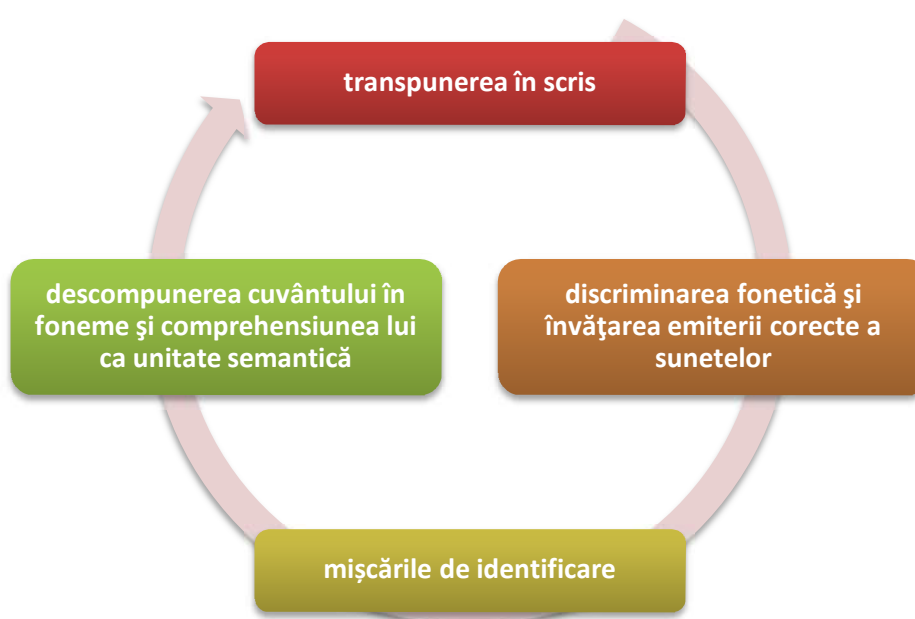


### Citare

Organizarea sistemului Braille conferă un specific aparte învățării citit-scrisului, care se deosebește de citit-scrisul în alb-negru. În cazul scrierii utilizând placa de scris în Braille și punctatorul, la aceasta, se adaugă faptul că grafemul scris nu coincide cu litera citită pentru că ultima este inversa imaginii percepute în scris. Astfel, grafemul în Braille este reprodus pe partea opusă a foii de scris (înțepate) și, ca atare, direcția

de scriere este de la dreapta spre stânga, iar a citirii este de la stânga spre dreapta, ca urmare a întoarcerii foii. Prin combinarea celor șase puncte, ce se dispun câte trei pe coloane paralele, rezultă efectul motor al grafemelor (pe partea înțepată a foii și imaginea tactilă a grafemelor, pe foaia întoarsă pentru citire). Spre deosebire de scrierea alb-negru, scrisul în Braille se realizează vertical și discontinuu, fapt ce determină o reducere a vitezei, pentru că trecerea punctatorului, dintr-o căsuță în alta, imprimă mișcării un caracter întrerupt. Mișcările mâinii stângi, care urmează și controlează înțepăturile executate de mâna dreaptă și întoarcerea, pentru identificarea rândului următor, pentru fixarea mâinii drepte, determină o reducere și mai mare a timpului de scris. Dar și citirea în Braille are, de regulă, un ritm mai lent, deoarece prin analizatorii tactil și kinestezic nu se poate realiza o imagine atât de sintetică, de unitară cum se realizează prin analizatorul vizual. În același timp, pentru citire (viteză și corectitudine) trebuie luați în considerație, pe lângă calitatea abilității-deprinderii, nivelul sensibilității tactil-kinestezice, mărimea reliefului, materialul pe care este scris textul, temperatura (Verza, 2003).

La realizarea citit- scrisului în Braille, ca reprezentare punctiformă în relief, participă patru analizatori de bază: auditiv, verbokinestezic, tactil și kinestezic:





## Citire

Citirea se realizează cu ajutorul unor receptori tactili situați la extremitatea degetelor, într-o regiune de 12-15 mm, pe care unii autori o numesc „fovee tactilă“ (Roi, 1987) prin similitudine cu o zonă retiniană numită foveea centrală, care reprezintă zona de maximă receptivitate vizuală.

„Lectura braille are mai multe particularități, care o diferențiază de lectura vizuală. Astfel, lectura tactilă este esențialmente secvențială, în timp ce lectura vizuală, precum și lectura braille realizată de văzători sunt globale”. (Portalier, 1999, p. 67). Privirea procedează prin fixări discrete, în timp ce indexul palpează punctele literelor braille în mod mai mult sau mai puțin continuu.”

În ceea ce privește citirea braille, există două categorii de strategii, impuse de lectura unimanuală sau de lectura bimanuală, evidențiate prin "actograme" diferite (respectiv, observarea și înregistrarea activității exploratorii tactil-kinestezice a subiectului în timpul citirii braille).

Un aspect care l-a interesat pe Portalier (2001) a fost existența sau nonexistența unei diferențe semnificative între viteza mâinii drepte și viteza mâinii stângi în lectura braille. Pentru a investiga acest aspect, 15 nevăzători au fost invitați să citească în braille-ul integral 800 de cuvinte, omogene ca dificultate, în lectura unimanuală dreaptă și în lectura unimanuală stângă, înregistrându-se viteza lecturii. S-a constatat că nu există o diferență semnificativă între vitezele lecturii unimanuale drepte și stângi. Dar există o diferență semnificativă la  $p < 01$  între viteza bimanuală (subvocalizată sau silențioasă) și fiecare dintre vitezele unimanuale, câștigul în viteză mergând de la 25 % până la 61 %. De asemenea, există o relație între vitezele lecturii unimanuale drepte și stângi și lectura bimanuală: cu cât este mai redusă diferența între viteze unimanuală superioară (rapidă) și viteza unimanuală inferioară (lentă), cu atât lectura bimanuală este mai rapidă. (Preda, Cziker, 2004)

Cu toate acestea, în lectura bimanuală unii elevi prezintă dificultăți în ceea ce privește trecerea la rândul următor. Pentru înlăturarea acestei probleme se recomandă lectura unimanuală. În acest caz,



indexul mâinii stângi se va poziționa pe prima literă de pe rândul care urmează să fie citit, iar indexul mâinii drepte va fi poziționat lângă indexul mâinii stângi și va parcurge acel rând. Elevul va fi mereu încurajat să parcurgă rândul până la capătul acestuia pentru a nu omite nici un cuvânt. După citirea rândului în întregime, elevul va coborî indexul mâinii stângi până la prima literă de pe rândul următor, apoi va poziționa indexul mâinii drepte lângă el și va parcurge rândul în întregime. Această mișcare se va repeta până se va citi textul în întregime. În cazul elevilor cu dominanță laterală stângă, nu se va insista să citească cu indexul mâinii drepte. Aceștia vor fi îndrumați să poziționeze indexul mâinii drepte pe ultima literă a rândului și indexul mâinii stângi se va deplasa până la începutul rândului care urmează să fie citit, (fără să citească), poziționându-se pe prima literă al aceluiași rând. Apoi se va citi rândul cu indexul mâinii stângi până când acesta va ajunge lângă indexul mâinii drepte. Indexul mâinii drepte va coborî un rând și se va poziționa pe ultima literă a rândului următor. La fel ca și în cazul lecturii cu indexul mâinii drepte, mișcarea se va repeta până când sunt parcurse toate rândurile propuse spre lectură.

Utilizarea acestei metode de lectură unimanuală este în detrimentul vitezei lecturii bimanuale, însă dacă nu sunt citite toate rândurile, înțelegerea textului va avea de suferit.

## Recomandări privind predarea deprinderilor de scris- citit Braille



### Calculați

Deprinderile de scris- citit Braille trebuie să devină active și funcționale în contextual cecității, Copilul nevăzător va dispune de aceste deprinderi nu doar pentru a accesa informația, pentru a parcurge curriculumul școlar, dar și pentru a-și crea o identitate, a comunica expresiv, a -și forma atitudini. Activitățile de formare a acestor deprinderi și de realizare a lecturii Braille trebuie să fie motivante, atractive și funcționale.

Textele și exercițiile din cadrul activităților specific lecturii Braille vor respecta următoarele principii:

Atractivitatea

Semnificația

Nivelu de dezvoltare



**Temă de  
reflecție**

*Reflecțați asupra importanței achiziției sistemului Braille de către persoanele nevăzătoare și realizați un eseu privind importanța acestuia în dezvoltarea holistică a persoanei nevăzătoare.*



**Test**

**Întrebările la care va răspunde un profesor psihopedagog în momentul în care va proiecta activitățile de predare sunt:**

1. Este învățarea Braille-ului motivantă?
2. Creez oportunități prin care copiii nevăzători să aibă experiențe cu material tactile și cărți tactile?
3. Sunt activitățile realizate cu material semnificative?
4. Activitățile proiectate sunt activități integrate, care respect secvențele logice de scrid- citit?
5. Este Braille-ul parte componentă a vieții copilului nevăzător?

## **Modele ale citirii**

Marsh et al. (1981) propune patru stadii bazate pe text în carul cărora toți cititorii trebuie să treacă prin aceeași secvență a etapelor după cum au învățat să citească.

- 1 Copilul folosește strategii lingvistice bazate pe caracteristici ale cuvintelor
- 2 abilitatea de discriminare a cuvintelor, pe indicii cum ar fi: forma, lungimea literelor unui cuvânt
- 3 să recunoască și să folosească regulile decodării cuvintelor nefamiliare
- 4 regulile decodării devin mai sofisticate și se bazează pe cotext.

A. Modelul lui Chall (1983) conține șase stadii ale dezvoltării citirii.

#### STADIUL 0

- corespunde perioadei 0-6 ani, cu cele mai semnificative progrese
- stadiu al învățării care apare înainte de începerea procesului de instruire în cadrul lecturii, dar care vizează familiarizarea cu literele, cuvintele, cărțile.
- bazele alfabetizării sunt dezvoltate încă de timpuriu încă de când copilul își petrece timpul prin combinarea cuvintelor pentru a formula diferite enunțuri
- pe parcursul acestui stadiu copilul este capabil să facă diferențe între litere. Copiii în etapa pregătitoare sunt expuși în mod constant textului imprimat mai ales în cazul acelor în care citirea reprezintă o prioritate sau o activitate preferată.
- însușirea ritmului și a aliterației



De reținut

Kupetz (1993) susține că această etapă este foarte importantă deoarece în acest timp copiii conștientizează și încep să dobândească experiențe care

consolidează conceptele cu privire la limbaj. În stadiul pre-citire copiii cu deficiență de vedere trebuie să dobândească un număr mare de experiențe care îi vor pregăti pentru a deveni cititori competenți. Acești copii trebuie să-și dobândească experiențele intenționat folosind mecanismele senzoriale care le sunt disponibile, și anume, auzul, atingerea, mirosul și gustul. Ei învață anumite concepte atunci când alții le oferă feed-back astfel ei pot explora lumea.

### STADIUL 1

- corespunde vârstei de 6-7 ani, claselor I-II
- începutul instruirii formale a competențelor copiilor în cadrul lecturii
- abilitatea copiilor de a identifica și decoda literele corespunzătoare sunetelor, realizându-se asocierea literelor cu modelele fonetice
- distingerea cuvintelor pe baza calităților tactile a caracterelor Braille.

### STADIUL 2

- corespunde perioadei de vârstă 7-8.6 ani, clasele II-III
- consolidează achizițiile stadiului anterior
- creșterea fluenței prin utilizarea unor conținuturi care sunt deja familiare copilului
- abilități de decodificare și asocierea cu cunoștințe și conținuturi anterior învățate
- tipuri de conținut corespunzătoare facilitării recunoașterii cuvintelor pot include povești simple cu rimă și care au un ritm predictibil corespunzător dezvoltării sensului la copii.
- realizarea automată a decodării poate apărea mai repede la cititorii nevăzători datorită proceselor cognitive diferite.



**De reținut**

Astfel, Nolan & Kederis (1969) a concluzionat că citirea cuvintelor întregi este mai puțin frecventă la cititorii începători în Braille. În multe cazuri lectura tactilă poate crește valoarea timpului necesar cititorilor în Braille în

a realiza decodarea automată și poate să scadă eficiența pe parcursul acestui stadiu. Womsley & D'Andreea sugerează că citirea Braille poate fi considerată a fi automată atunci când copiii sunt capabili să citească pasaje cu voce tare, le pot spune celorlalți ceea ce au citit și înțeleg ceea ce citesc alții.

### STADIUL 3

- corespunde vârstei 8-14 ani
- dobândirea de noi informații în vederea comprehensiunii
- citirea pentru a învăța
- integrarea noilor cunoștințe într-o bază de deja existent
- formarea reprezentărilor

### STADIUL 4

- corespunde vârstei 14-18 ani
- înțelegerea aprofundată a celor citite
- abordarea perspectivelor multiple și a multiplelor interpretări în cadrul procesului de citire
- posibilitatea de a reflecta critic asupra conținutului

### STADIUL 5

- process dezvoltat și exersat, cu oportunități de construire și re-construire de semnificații, axarea pe detalii
- nivel de experiență în care citirea a devenit un proces al judecării, analizei și sintezei.



**Scrietii**

*Realizați un program de intervenție psihopedagogică în vederea parcurgerii fiecărei etape din cadrul modelului de citire propus de Chall (1983, 1995), program care urmează să fie implementat pentru copiii cu dizabilitate vizuală.*

## Dislexia Braille



### Definiție

Dificultatea specifică de învățare este o tulburare apărută în unul sau mai multe procese psihologice bazale implicate în receptarea sau utilizarea limbajului oral sau scris, ce se poate manifesta prin abilități scăzute în domenii precum recepția, raționamentul, vorbirea, citirea, scrierea, calculul matematic. Termenul nu include copiii care prezintă probleme datorate în principal deficiențelor vizuale, auditive sau motorii, intelectuale, tulburărilor emoționale sau carențelor socioambientale, diferențelor culturale sau economice (IDEA, 2004)

Dificultățile în citirea Braille pot fi sintetizate astfel:



### Temă de reflecție

*Temă de reflecție: pornind de la definiția și caracteristicile dislexiei, analizați modalitățile prin care poate fi depistată și evaluată dislexia Braille.*

Studiile realizate de Verza și Atanasiu în 1973, Verza în 2003 evidențiază următoarele tipuri de greșeli de scris:

Omisiuni de litere și silabe. Cele cu o frecvență mai mare sunt: i, s, a, t, m, r, o, u, î, ao, ea, n. Se știe că și în scrierea alb-negru apar asemenea omisiuni; grafemele a și i au, în special, o frecvență mai mare. În Braille, ca de altfel și în scrierea obișnuită, omisiunile respective nu apar ca urmare a nestăpânirii scrisului înlocuirea unor cuvinte sau comprimarea lor. Acest fenomen este întâlnit mai rar și nu totdeauna duce la schimbarea sensului frazei, mai cu seamă dacă se are în vedere contextul general al compunerii sau al dictării (învățătoare în loc de profesoară și invers, sau soară în loc de profesoară).

Omisiuni de cuvinte, propoziții și sintagme. Ca o caracteristică, omisiunile de cuvinte, propoziții și sintagme apar mai des spre sfârșitul compunerii și al dictării, în urma apariției oboselii, în scrierea obișnuită, un asemenea tip de greșeală apare rar și întâmplător. În scrierea Braille, omisiunile de acest fel apar cu o anumită constanță, mai ales atunci când scrierea nu este bine stăpânită. O altă cauză o poate constitui și faptul că ideile, gândurile subiectului au o desfășurare mai rapidă, în unele cazuri, în comparație cu posibilitățile sale de transpunere în scris;<sup>9</sup> Rânduri lăsate libere sau suprapuse. Spații goale între rânduri apar atunci când este mutat punctatorul pe un nou spațiu, înainte de a realiza o coordonare perfectă a spațiului următor de către mâna stângă, care îndeplinește rolul de control. Rândurile suprapuse sau încălecate apar tot din cauza slabei coordonări dintre mâna stângă, care îndeplinește rolul de control, și cea dreaptă, de execuție. Existența acestui fenomen duce la îngreunarea citirii, la scăderea ritmului și chiar la slaba înțelegere a conținutului.

Contopiri de cuvinte. Se constată că frecvența contopirilor de cuvinte este mai mare în dictări față de compuneri. Contopirile nu se datorează faptului că subiectul aude un singur cuvânt sau că nu aude două cuvinte distincte, ci mai degrabă fenomenului de perseverare și neatenției în trecerea cu punctatorul peste căsuța care indică spațiul liber dintre cuvinte. Și timpul limitat, impus în dictări, poate fi un factor favorizant al acestor tipuri de

greșeli. Spre exemplu: vineacasă, zăpadăcopii, nicipare, acivilizației, pauzaurmătoare, unasemenea, oluau, zăpadăpe, lectiipentru.

Substituiri de grafeme. Acest fenomen apare foarte frecvent în scrierea Braille. De altfel, el are o frecvență mare și în scrierea obișnuită. Cele mai dese substituiri sunt: u substituit cu ă (cănoaște), i cu e, o cu u, o cu e, e cu i (dici), ă cu u (lumpi), x cu g (egmatriculat), t cu s (trecus), p cu m, 1 cu r, s cu z, a cu o (oparte), f cu p (prig), m cu c, v cu u, ă cu e, 1 cu b, s cu c, g cu f, u cu e, p cu f, oa cu z, ș cu r, r cu z, b cu a, s cu p, s cu i, c cu m, f cu d, z cu s, zxu z întors, i cu f, cu ă, m cb, j cu un semn necunoscut, n cu q, iar z devine frecvent u în fața lui i.

Substituiri și deformări de cuvinte. Acest fenomen are, de asemenea, o frecvență mare la disgraficii în scrierea Braille. Majoritatea acestor fenomene se produc pe bază de asimilare și prin scrierea cuvintelor la plural, când sunt dictate la singular și invers, scrierea la singular, când dictarea se face la plural. Disortografii. Apar multe dezacorduri gramaticale, omisiuni ale semnelor gramaticale: puncte, virgule, semnul exclamării, al mirării, lipsa literei mari la început de propoziție.

Adăugarea frecventă a unor grafeme la sfârșitul cuvântului, atunci când acestea se găsesc și în cuvântul următor, de preferință la începutul cuvântului următor. Un astfel de exemplu îl constituie frecvența mare în adăugarea grafemului a. Des sunt adăugate și t întors, l, i, b, p etc. Dintre aceste grafeme, a, l și i sunt adăugate, frecvent, și la disgraficul în scrierea alb-negru. Pe de altă parte, apar repetiții ale unor silabe în interiorul cuvântului (plângegeau), repetarea unor cuvinte fără sens, repetarea unor silabe în diverse împrejurări (ii), repetarea unor cuvinte (bine, la) și, în fine, repetarea ultimelor silabe.

## Dezvoltarea deprinderilor de autonomie personală



**De reținut**

Intervenția în vederea formării deprinderilor de autonomie personală presupune parcurgerea a patru etape:



## ***1. Trezirea interesului***

Copilul cu deficiențe vizuale poate întâmpina o serie de dificultăți în formarea deprinderilor de autonomie personală sau în desfășurarea unei activități, din moment ce învățarea spontană este diminuată.

În această etapă nu trebuie insistat pentru a-l învăța pe copil să facă acțiunea independent sau cu cât mai puțin ajutor din partea adultului, ci în a-i oferi un grad de interes și înțelegere asupra a ceea ce se întâmplă. De exemplu, în etapa de învățare a deprinderilor de îmbrăcat, se atrage atenția copilului că șosetele se găsesc în dulap.

Aceste activități trebuie să se desfășoare în contextul natural al unei rutini (Hathazi, 2004). Mediul familial exercită influențe majore asupra gradului de interes a copilului. Modalitățile prin care familia reacționează și răspunde la interesul copilului privind realizarea unei acțiuni sau activități vor determina, într-o oarecare măsură, progresul copilului în acest domeniu. Supraprotejarea copilului și tendința părinților de a face totul, va avea efecte negative, ducând la dependența copilului față de adult și astfel împiedicându-l să realizeze sarcini obișnuite vârstei lui.



**De reținut**

## ***2. Învățarea***

Procesul de învățare a deprinderilor zilnice, în care este implicat copilul cu deficiențe asociate, nu trebuie început la voia întâmplării. Fără o intervenție directă și la vârste cât mai mici, aceste deprinderi nu se vor forma, copilul ajungând ca la vârsta adultă să rămână dependent de o altă persoană.

Este indicat ca părintele, intervenientul să folosească în timpul procesul de învățare o abordare: co-activă (copilul și părintele/intervenientul acționează ca o singură persoană în timpul activității), urmată de cea, în cooperare (părintele/intervenientul îi asigură copilului sprijin și îndrumare suficiente pentru a îi facilita succesul) și stimulativ-reacțională (copilul duce la îndeplinire sarcina primită). Folosind o abordare adecvată copilul va fi motivat să înceapă, să continue activitatea. Astfel el își va forma o imagine de sine pozitivă.

Un aspect important în sprijinirea copilului cu deficiențe asociate, de a-și forma deprinderi de autonomie, este accesul direct la obiectele care sunt folosite în diverse activități. De exemplu, în învățarea spălatului pe mâini este bine să fie prezentate obiecte de diferite mărimi și forme, după cum urmează: Obiecte importante: chiuveta, robinetul, săpuniera, săpunul, prosopul și obiecte suplimentare: săpun lichid, prosop din hârtie-rolă.

Un alt aspect important îl constituie învățarea secvenței acțiunilor( început, mijloc, sfârșit). După înțelegerea succesiunii acțiunilor și a consecințelor acestora, copilul este capabil să creeze situații noi și interesante. Spre exemplu, în cadrul sarcinii de mai sus, secvențele ar putea fi grupate astfel ( Runceanu, 2006):

- Localizarea camerei în care are loc activitatea
- Localizarea chiuvetei, a robinetului, a săpunului, a suportului pentru prosoape
- Deschiderea robinetului
- Reglarea apei
- Umezirea palmelor
- Localizarea și utilizarea săpunului
- Săpunirea mâinilor
- Punerea săpunului în săpunieră
- Frecarea mâinilor
- Clătirea mâinilor
- Localizarea și luarea prosopului
- Ștersul mâinilor
- Agățarea prosopului pe suport

Toate activitățile trebuie să fie alese în funcție de vârsta copilului și de nivelul său funcțional. Copilul trebuie să aibă în mod constant experiențe care îi vor oferi ocazia de a reuși în ceea ce face.

### **3. Punerea în aplicare**

Procesul de învățare a deprinderilor de autonomie personală, a deprinderilor zilnice nu are un punct clar de început și nici un sfârșit finit. Procesul de predare, instruire a deprinderilor trebuie să fie bine structurat, să înceapă de la o vârstă timpurie, părinții fiind primii responsabili în învățarea, formarea acestor abilități, deprinderi.



**De reținut**

Este bine ca aceste deprinderi să fie precedate de exerciții pentru întărirea musculaturii mâinilor și a umerilor, pentru dezvoltarea controlului postural, cunoașterea schemei corporale.

Cea mai bună modalitate de a forma și dezvolta deprinderile de autonomie personală se găsește în contextul în care ele urmează să fie folosite.(McInnes,Treffry,2002) De exemplu, înnodarea șiretelor la încălțăminte este mult mai eficientă, dacă această activitate se realizează ca parte a fluxului natural de evenimente decât formarea acestei deprinderi pe un pantof de probă . Deci, aceste activități trebuie să se desfășoare în contextul natural al unei rutini.

Copilul preșcolar cu deficiențe asociate trebuie inclus în întregul proces de desfășurare al unei activități și trebuie încurajat să participe la fiecare etapă. De exemplu, copilul va ajuta la punerea farfuriilor pe masă pentru servirea mesei. Chiar dacă copilul nu poate duce în brațe aceste obiecte, va învăța unde sunt ele păstrate și va realiza că sunt necesare pentru desfășurarea activității de servire a mesei.( Hathazi,2004)

Toate activitățile de formare a deprinderilor de autonomie personală trebuie să se situeze la început la un nivel de bază. Ele trebuie dezvoltate, având așteptări mărite pe măsura parcurgerii anumitor etape. De exemplu, formarea la copil, a deprinderii de a se spăla pe dinți, ca primă etapă este tolerarea periei de dinți în gură și spălarea dinților de către părinte. Treptat, copilul ajunge să țină el însuși peria de dinți și să se spele singur pe dinți. (Hathazi, 2004)

Formarea deprinderilor de autonomie personală la copiii preșcolari cu deficiențe asociate presupune o trecere subtilă de la învățarea deprinderii în co-acțiune cu copilul, urmată de aplicarea deprinderii de către copil în cooperare cu adultul, ca apoi copilul să renunțe treptat la ajutorul oferit și să aplice independent și adecvat deprinderea. Prin încurajări, laude și răbdare din partea adultului, copilul își va forma deprinderi de autonomie personală.



### De reținut

#### 4. Consolidare și modificări

Părintele sau intervenientul, în această etapă trebuie să urmărească:

- să întrețină deprinderea la un nivel funcțional
- să modifice deprinderea de bază prin aplicarea ei în situații cât mai variate și complexe

În această etapă pot fi introduse probleme pe care copilul trebuie să le rezolve.

De exemplu, un pulovăr pus pe dos nu are nici o semnificație pentru copil dacă el nu este învățat să recunoască situația și cum să o remedieze.

Scopul final al acestor etape este realizarea independentă de către copil a unor activități în care sunt implicate abilitățile, deprinderile de autonomie personală.

### Rolul activităților extracurriculare



### Citire

Elevii cu dizabilități vizuale de multe ori au posibilități limitate de desfășurarea a unor activități de recreere (Wolffe & Sacks, 1997). La nivel conceptual, activitățile de recreere și de petrecere a timpului liber au fost descrise ca fiind contextul principal pentru adolescenți privind descoperirea intereselor și formarea propriei identități, dar și formarea relațiilor interpersonale (Waterman, 1990).

Beneficiile activităților de recreere pot fi sintetizate astfel (Kekelis, 1992):



Contribuția cea mai semnificativă a activităților de recreere și petrecere a timpului liber destinată adolescenților este reprezentată de explorarea identității, afirmare personală și transformare. Activitățile de recreere, alături de interesele personale, oferă un context în care individual exercită control asupra mediului, acționează autonom, dezvoltă abilități sociale și alte competențe. Se legitimează asumarea riscului și jocul de rol (Coatsworth et al., 2005; Eccles, Barber, Stone, & Hunt, 2003). Participarea la aceste activități are ca și consecințe reducerea izolării sociale, promovarea unei imagini de sine pozitive, dezvoltarea abilităților și sentimentul succesului (Cavet, 1998). Deși activitățile sunt asociate cu formarea prietenilor și a competențelor, activitățile pentru adolescenții cu deficiențe de vedere de multe ori diferă semnificativ, existând oportunități mai reduse pentru interacțiuni, având tendința de a petrece mai mult timp singuri, izolați de ceilalți. Sunt implicați în activități mai puțin variate și mai mult pasive, manifestă un grad mai redus de independență, sunt de obicei însoțiți de către părinți. Activitățile lor sunt mai mult structurate, decât spontane (Wolffe & Sacks, 1997).



**Scripti**

*Pornind de la studiile realizate de Sabine Kef asupra dezvoltării socio-emoționale la adolescenții cu dizabilități vizuale, redactați un eseu privind modalitatea în care activitățile extracurriculare, dele de petrecere a timpului liber pot reduce semnificativ implicațiile negative de izolare și singurătate a persoanelor cu dizabilități vizuale.*

## DEZVOLTAREA ABILITĂȚILOR SOCIO-EMOȚIONALE ȘI ACTIVITĂȚILE DE PETRECERE A TIMPULUI LIBER



### Citare

În contextul deficienței de vedere, participarea redusă la activități poate fi influențată de lipsa accesului prin transport, locațiile și clădire neaccesibilizate, lipsa echipamentului, dar și a informațiilor deficitare și personalul necalificat ce nu prezintă expectanțe pozitive. Activitățile structurate definite prin orar și program regulat, regulament, supervizare din partea unui adult, focusare asupra dezvoltării sociale caracterizată prin complexitate, performanță ce necesită atenție activă susținută, feed-back clar privind performanțele sunt în relație negativă cu comportamentele anti-sociale. Caracteristicile legate de spațiul desfășurării acestor activități (mediu securizant, norme sociale pozitive) au fost identificate ca fiind importante în promovarea dezvoltării personale pozitive (Eccles & Gootman, 2002) și sugerează dezvoltarea proceselor intrapersonale și interpersonale care pot conduce la moderarea și medierea rolurilor în relația dintre participarea activă și dezvoltarea personală pozitivă. Modelul formării identității a lui Waterman (1992, 1993) este cel care atrage atenția asupra importanței activităților de recreere. Formarea identității de sine se realizează prin implicarea în diferite activități de descoperire și explorarea a propriilor capacități și limitări (Waterman, 1992, 1993).





**Citare**

Gilman (2001) a investigat relația dintre satisfacția de viață, interesul social și frecvența participării la activitățile extracurriculare. Autorii definesc activitățile extracurriculare structurate ca fiind antrenante fizic și cognitiv, de a pune în acțiune propriile capacități, de a se relaționa cu ceilalți, de a aprecia comportamentele și abilitățile celorlalți, de a negocia.

Fletcher, Nickerson și Wright (2003) au examinat relația dintre activitățile extracurriculare și acomodarea la elevii, considerând că această implicare este predictivă asupra competenței academice. Participarea consecventă la activități este asociată cu competențe interpersonale, iar implicarea în activitățile extracurriculare cu aspirațiile educaționale înalte. Adaptări ale mediului pentru a facilita participarea elevilor cu deficiență de vedere la aceste activități pot să fie realizate.

Aceste activități contribuie la dezvoltarea abilităților și a rezilienței, fiind utilizate și ca o strategie de coping față de situațiile dificile cotidiane, abordând proactiv situațiile cauzatoare de stress.

Gilligan (2000) consideră că activitățile extracurriculare contribuie la dezvoltarea rezilienței în situațiile publice, prin oferirea de stabilitate, abilități dezvoltate, oportunități de interacționare cu cei din jur.



**Citare**

Ungar și colaboratorii (2008) enumeră șapte situații în care persoanele negociază în mod continuu, pentru a atinge confortul, dincolo de contradicții și incongruențe:

1. accesul la resursele materiale
2. accesul la relații suportive
3. dezvoltarea unei identități dezirabile
4. experiența puterii și a controlului (control asupra sinelui, dar și influențarea celorlalte persoane)
5. aderarea la tradițiile culturale
6. trăirea dreptății sociale (identificarea unui rol semnificativ în comunitate, acceptare și egalitate socială, rezistență, solidaritate, poziție împotriva opresiunii)

7. Trăirea unei coeziuni cu ceilalți (echilibrul între interesele personale și responsabilitatea față de bunăstarea celorlalți).



**Citare**

În contextul activităților de recreere se va face diferențierea între activitățile structurate și cele nestructurate (Eccles & Barber, 1999; Mahoney, 2000). Activitățile structurate sunt organizate de către adulți și vizează un obiectiv specific social, comportamental, atitudinal. Exemplele de activități includ activitățile sportive, artistice, competițiile, proiectele pentru tineri. Activitățile structurate apar spontan și includ petrecerea timpului liber cu prietenii, citit, ascultarea muzicii, activități pe calculator. Activitățile organizate se referă la o categorie de activități structurate de către adulți, ce vizează curriculumul extrașcolar și include contexte diverse precum activitățile extracurriculare, organizații comunitare, programe de dezvoltare pentru tineret. Activitățile sunt în general voluntare, presupun întâlniri regulate, sunt supervizate de către adulți, includ și alți participanți, sunt organizate în jurul unor competiții și tind să adopte anumite reguli (Eccles & Gootman, 2002).

Identitatea de grup reprezintă un factor major ce contribuie la succesul unui elev în școală. Lipsa acceptării sociale din partea celorlalți poate determina sentimente de inferioritate, neadecvate, de respingere ceea ce are un impact negativ asupra stimei de sine (Huurre et al., 1999). Elevii cu deficiență de vedere adeseori prezintă dificultăți de relaționare cu colegii și se auto-izolează, au mai puțini prieteni și rețele sociale mai reduse, petrec mai mult timp singuri, în activități pasive (Huurre et al., 1999; Wolffe & Sacks, 1997). Experiențele sociale reprezintă o modalitate prin care se dezvoltă conceptele despre sine, asertivitatea, abilitățile de comunicare și cele sociale.



Dodds și colab. (1994) prezintă un model format din cinci etape privind acceptarea dizabilității:



#### Citire

Percepția propriilor competențe, sau a modalității prin care o persoană e consideră, influențează inițierea și manifestarea încercărilor din diferitele domenii de realizare și performanță, inclusiv performanță sportivă, acceptare socială, acceptare fizică (Kosma, Cardinal, & Rintala, 2002).



#### De reținut

Activitățile de recreere pot fi sursă în negocierea rezilienței. Werner și Smith (2001) consideră că aceste activități contribuie la formarea prin facilitarea conexiunilor sociale, dezvoltarea competențelor, confort în situații conflictuale, adverse. Ungar și colab. (2008) adaugă o fațetă adițională abordării și descrierii lui Werner și Smith, și anume valoarea activităților de recreere în formarea rezilienței prin contribuția lor la dreptatea socială. Participarea la aceste activități permit persoanelor să rezinte la stereotipurile sociale și prejudecățile legate de dizabilitate.



#### De reținut

Vederea joacă un rol important în dezvoltarea timpurie a comportamentelor sociale și a cogniției sociale, o abilitate de a percepe și de a înțelege comportamentele sociale ale celorlalți, atribuind idei și emoții care susțin ceea ce ceilalți afirmă sau realizează. Lipsa indicilor vizuali poate determina dificultăți în inițierea și menținerea interacțiunilor sociale (Sacks & Silberman, 2000). Alte competențe ce pot fi dezvoltate prin implicarea în aceste activități sunt: evitarea situațiilor care pot genera conflicte, formarea

cu ușurință a relațiilor de prietenie, inițiativă în aderarea la diferite grupuri, finalizarea situațiilor neplăcute într-o manieră calmă, prezintă siguranță în situații sociale, inițiază conversațiile și nu așteaptă inițiativele celorlalți, își controlează emoțiile negative, acceptă criticile celorlalți, finalizează sarcinile de lucru, utilizează un ton adecvat al vocii, cooperează cu membrii familiei.



### **Dezbateri**

*Temă de dezbateri. Discutați în grupul dvs de studiu caracteristicile unui program de intervenție psihopedagogică privind implementarea unor activități extracurriculare, sportive și artistice, cu scopul de a dezvolta abilitățile cognitive, motorii și afective ale copiilor nevăzători. Discutați modalitatea de organizare, beneficiile implementării activităților, dar și eventualele riscuri sau limitări.*



### **Test**

#### **EVALUARE- SUBIECTE REDACȚIONALE**

- 1. Prezentați caracteristicile de explorare tactil-kinestezică**
- 2. Care sunt principiile sistemului Braille?**
- 3. Definiți dislexia Braille**
- 4. Prezentați cele patru etape de intervenție în dezvoltarea deprinderilor de autonomie personală**
- 5. Descrieți implicațiile activităților extracurriculare**



## Test

### Test grilă

1. Numiți funcțiile percepției tactile:
  - a) imaginea perceptivă tactil-kinesteazăică a obiectelor, diferențierea, discriminarea și identificarea
  - b) imaginea perceptivă tactil-kinesteazăică a obiectelor, diferențierea și interpretarea
  - c) imaginea perceptivă tactil-kinesteazăică a obiectelor, identificarea, discriminarea
  - d) funcția cognitive
  
2. Care dintre următoarele etape ale explorării tactile semnifică construcția mentală a impresiilor tactile:
  - a) etapa de căutare
  - b) etapa primului contact tactil
  - c) etapa explorării detaliate
  - d) etapa concluziilor și formării reprezentărilor
  
3. Care este definiția kinesteziei?
  - a) utilizarea propriului corp ca sistem de referință pentru explorarea unei suprafețe
  - b) strategie de explorare tactil-kinesteazăică
  - c) percepție tactilă
  - d) niciuna
  
4. Numiți caracteristicile principale ale sistemului Braille:
  - a) universalitatea
  - b) principiul decadelor
  - c) principiul semnelor premergătoare
  - d) grupul fundamental
  
5. Care sunt caracteristicile pe care trebuie să le îndeplinească textele utilizate în lectura Braille:
  - a) semnificația
  - b) atractivitatea
  - c) nivelul de dezvoltare
  - d) simplitatea
  
6. Care dintre modelele citirii cuprinde șase stadii de dezvoltare:
  - a) Braille
  - b) Chall
  - c) Marsh
  - d) Warren

7. Dislexia Braille este definită ca fiind:
- a) o tulburare specifică de învățare
  - b) o dislexie de dezvoltare
  - c) o dificultate de învățare
  - d) toate
8. Dificultățile în citirea Braille pot fi:
- a) omisiuni le cuvintelor
  - b) nerespectarea rândului
  - c) tulburări de ritm și de fluență
  - d) substituirea literelor
9. În dezvoltarea deprinderilor de autonomie personală sunt importante:
- a) cunoașterea de către copil a diferitelor părți ale corpului și denumirea acestora
  - b) rutinele
  - c) materialele tactile
  - d) orientarea spațială
10. Dezvoltarea socială în contextul cecității este:
- a) particulară copiilor cu dizabilitate vizuală
  - b) tipică, ca și cea a copiilor fără dizabilități
  - c) prioritară în intervenția psihopedagogică
  - d) caracteristică copiilor cu dizabilități
11. Beneficiile activităților de recreere sunt:
- a) dezvoltarea fizică
  - b) dezvoltarea abilităților sociale
  - c) reducerea izolării
  - d) reducerea comportamentelor stereotipe
12. Modelul lui Dobbs de acceptare a dizabilității presupune:
- a) dezvoltarea stimei de sine
  - b) anularea dizabilității
  - c) dezvoltarea auto-eficacității
  - d) reabilitare

## Bibliografie

- Adelson, E. (1983). Precursors of early language development in children born blind from birth. In A. Millis (ED.), *Language acquisition in the blind child* (pp. 1-12). San Diego College-Hill Press.
- Cavet, J. (1998). Leisure and friendship. In C. Robinson & K. Stalker (Eds.), *Growing up with disability* (pp. 97–110). London: J. Kingsley.
- Chall, Jeanne. 1983. *Stages of Reading Development*. New York: McGraw Hill. pp. 10-24
- Coatsworth, J. D., Sharp, E. H., Palen, L., Darling, N., Cumsille, P., & Marta, E. (2005). Exploring adolescent self-defining leisure activities and identity experiences across three countries. *International Journal of Behavioral Development*, 29, 361–370.
- Dodds, A. G., Ferguson, E., Ng, L., Flannigan, H., Hawes, L., & Yates, L. (1994). The concept of adjustment: A structural model. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 88, 487-497.
- Eccles, J. S., & Gootman, J. A. (Eds.). (2002). *Community programs to promote youth development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Eccles, J., Barber, B., Stone, M., & Hunt, J. (2003). Extracurricular activities and adolescent development. *Journal of Social Issues*, 59, 865–889.
- Eccles, J.S., & Barber, B. (1999). Student council, volunteering, basketball, or marching band: What kind of extracurricular involvement matters? *Journal of Adolescent Research*, 14, 10–34.
- Field, S.L. (2013), Education in Wehmeyer, M.L. (2013), *The Oxford Handbook of Positive Psychology and Disability*, New York, Oxford University press, pp. 393-409
- Fitts, W. H. (1965). *Manual of the Tennessee Self-concept Scale*. Nashville, TN: Counselor Recordings and Tests.
- Fletcher, A. C., Nickerson, P., & Wright, K. L. (2003). Structured leisure activities in middle childhood: Links to well-being. *Journal of Community Psychology*, 31(6), 641.
- Fraiberg, S. (1977). *Insights from the Blind*. New York: Basic Books.
- Francis, E. A. (1996). Self-concepts of children with visual impairments. *RE:view*, 28, 35-43.
- Galyon, C.E., Blondin C.A., Yaw J.S., Nalls M.L., William R.L. (2012), The relationship of academic self-efficacy to class participation and exam performance in *Soc Psychol Educ* (2012) 15:233–249
- Garaigordobil, M., Bernaras, E. (2009) Self-concept, Self-esteem, Personality Traits and Psychopathological Symptoms in Adolescents with and without Visual Impairment in *The Spanish Journal of Psychology* 12/1, 149-160
- Gherguț, A. (2007) *Sinteze de psihopedagogie specială, Ghid pentru concursuri si examene de obtinere a gradelor didactice*, Editura Polirom, Iași;
- Gilligan, R. (2000). Adversity, resilience and young people: The protective value of positive school and spare time experiences. *Children and Society*, 14, 37– 47.
- Gilman, R. (2001). The relationship between life satisfaction, social interest, and frequency of extracurricular activities among adolescent students. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(6), 749-767.
- Grusec, J. E., & Abramovitch, R. (1982). Imitation of Peers and Adults in a Natural Setting: A Functional Analysis. *Child Development*, 53(3), 636.
- Hatlen, P. (1996).. *The Core Curriculum for Blind and Visually Impaired Students, Including Those with Additional Disabilities*. *Rehabilitation and Education for Blindness and Visual Impairments*, 28 (1), 175-182.
- Hodges, J. S. & Keller, M. J. (1999). Visually impaired students' perceptions of their social integration in college. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 93, 153-165.
- Hutto, M. D. & Hare, D. (1997). Career advancement for young women with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 91, 280-295.

- Huure, T.M., Aro, H.M. (1998), Psychosocial development among adolescents with visual impairment in European Child and Adolescent Psychiatry 7:73-78
- Huurre, T. M., Komulainen, E. J., & Aro, H. M. (1999). Social support and self-esteem among adolescents with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 93, 26-37.
- Jimerson, S.R., Sharkey, J.D., Nyborg, V., Furlong, M.J. (2004), Strength-Based Assessment and School Psychology: A Summary and Synthesis, *The California School Psychologist*, Vol. 9, pp. 9-19, 2
- Kef, S. (1997). The personal networks and social supports of blind and visually impaired adolescents. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 91(3), 236-44.
- Kef, S. (1999). Outlook on relations. Personal networks and psychosocial characteristics of visually impaired adolescents. Amsterdam: Thela Thesis.
- Kef, S. (2002). Psychosocial Adjustments and the Meaning of Social Support for Visually Impaired Adolescents. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 96(1), 22-37.
- Kosma, M., Cardinal, B. J., & Rintala, P. (2002). Motivating individuals with disabilities to be physically active. *Quest*, 54, 116–132.
- Lewis, V., Collis, G.M. (1997) *Blindness and psychological development in young children*, The British Psychology Society Books, UK
- Linley, P.A., Joseph, S. (2004), *Positive Psychology in Practice*, New Jersey, John Wiley & Sons.
- Mahoney, J. L. (2000). School extracurricular activity participation as a moderator in the development of antisocial patterns. *Child Development*, 71(2), 502-516.
- Preda, V. (1993) *Psihopedagogia deficienților vizuali*, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca
- Preda, V. (1995) *Elemente de psihopedagogia intervenției precoce*, Universitatea Babeș-Bolyai, Colecția Psihoped-info: Cluj-Napoca;
- Preda, V. (2007) *Elemente de psihopedagogie specială*, Editura Eikon, Cluj-Napoca;
- Roe, J. (2008), Social inclusion meeting the socio-emotional needs of children with vision needs in *British Journal of Visual Impairment*, 26: 147
- Rosenblum, P. (2000). Perceptions of the impact of visual impairment on the lives of adolescents. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 7, 434-445.
- Rozorea, A., (2003) Deficiențele senzoriale din perspectiva psihopedagogiei speciale – *Psihopedagogia deficienților de vedere vol. I*, Constanța, Ed. Ex Ponto
- Sacks, S. Z. & Wolffe, K. E. (1998). Lifestyles of adolescents with visual impairments: An ethnographic analysis. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 92, 7-17.
- Sacks, S. Z., & Silberman, R. K. (2000). Social skills in vision impairment. In B. Silverstone, M. A. Lang, B. P. Rosenthal, & E. E. Faye (Eds.), *The Lighthouse handbook on vision impairment and vision rehabilitation* (pp. 377–394). New York: Oxford University Press.
- Ștefan, M. (2000) *Psihopedagogie specială – deficiența de vedere*, Ed. Pro Humanitas, București;
- Ungar, M., Brown, M., Liebenberg, L., Cheung, M., & Levine, K. (2008). Distinguishing differences in pathways to resilience among Canadian youth. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 27(1), 1–12.
- Warren, D.W. (1984). *Blindness and early childhood development* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: American Foundation for the Blind.
- Warren, D.W. (1994). *Blindness and children: an individual differences approach*. New York: Cambridge University Press.
- Waterman, A. S. (1990). Personal expressiveness: Philosophical and psychological foundations. *The Journal of Mind and Behavior*, 11, 47–73.
- Waterman, A. S. (1992). Identity as an aspect of optimal psychological functioning. In G. R. Adams, T. P. Gullotta, & R. Montemayor (Eds.), *Adolescent identity formation* (pp. 50–72). Newbury Park, CA: Sage.

- Weiss, M. R., & Duncan, S. C. (1992). The relationship between physical competence and peer acceptance in the context of children's sport participation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 14, 177–191.
- Werner, E., & Smith, R. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Wolffe, K. & Sacks, S. Z. (1997). The lifestyles of blind, low vision, and sighted youths: A quantitative comparison. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 91, 245-257.