



ErISFaVIA

Early Intervention Services for Families with Children with Vision Impairment and Additional Disabilities

IO3

Training Material – Design and Content (in Romanian)



COPYRIGHT



This work is licensed under an [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein



Early
Intervention
Services for
Families with Children with
Vision
Impairment and
Additional Disabilities



UNIVERSITATEA
BABEŞ-BOLYAI



Training Material – Design and Content (in Romanian)

Intellectual Output 3 (IO3)

ErISFaVIA

Early Intervention Services for Families with Children with Vision Impairment and Additional
Disabilities



Early
Intervention
Services for
Families with Children with
Vision
Impairment and
Additional Disabilities



UNIVERSITATEA
BABEŞ-BOLYAI



No.	Partner Name	Logo
1	UNIVERSITY OF THESSALY-UTH (Leading Organization)	
2	UNIVERSITATEA BABES BOLYAI-UBB	
3	ISTANBUL MEDENIYET UNIVERSITY-IMU	
4	SYZOI-Association of Parents, Guardians and Friends of Visually Impaired Children with Additional Disabilities	
5	Liceul Special pentru Deficienti de Vedere Cluj-Napoca	
6	AMIMONI -Panhellenic Association of parents and friends of visually impaired people with additional handicaps	
7	St. Barnabas School for the Blind	
8	ANSGA-Ayse Nurtac Sozbir Gunebakan Association for the Children with Multiple Disabilities with Visual Impairment and Their Families	
9	Blindeninstitut München/Maria-Ludwig-Ferdinand-Schule	
10	Mali dom-Zagreb dnevni centar za rehabilitaciju djece imladezi	



INTELLECTUAL OUTPUT 3: Training Material – Design and Content	
Key Action:	KA2-Cooperation for innovation and the exchange of good practices
Action Type:	KA201- Strategic Partnerships for school education
Grant Agreement No.:	2019-1-EL01-KA201-062886
Prepared by:	Mali dom - Zagreb
Intellectual Output:	Training Material – Design and Content (in Romanian)
Email:	ahathazi@yahoo.com
Form:	Final


Acknowledgements

The present project ErISFaVIA-Early Intervention Services for Families with Children with Vision Impairment and Additional Disabilities (No: 2019-1-EL01-KA201-062886) funded by the Erasmus+ programme of the European Union.



SECȚIUNEA A

PRINCIPII GENERALE
ȘI PRACTICI ÎN
INTERVENȚIA
TIMPURIE



O PRIVIRE DE ANSAMBLU ASUPRA EVOLUȚIEI PROGRAMELOR DE INTERVENȚIE TIMPURIE: FUNDAMENTE TEORETICE ȘI TENDINȚE

PUNCTE REZUMATIVE

- Deși experții afirmă adesea că primii trei ani de viață sunt cei mai importanți pentru intervenția timpurie, este important să subliniem că plasticitatea neurodezvoltării și posibilitatea de a influența calitatea dezvoltării există și după al treilea an de viață al copilului.
- Schimbările depind, de asemenea, de influențele asupra mediului, în primul rând de caracteristicile familiale, deoarece dezvoltarea timpurie a unui copil este determinată în mare măsură de contextul în care el sau ea crește.
- Deși există abordări și modele diferite de intervenție timpurie, abordările contemporane de intervenție timpurie tind să se concentreze asupra întregii familii, nu doar asupra copilului și asupra dificultății.

DETERMINAȚII ISTORICE ALE SENSULUI INTERVENȚIEI TIMPURIE

Interesul științific și profesional pentru dezvoltarea timpurie a copiilor a crescut enorm în ultimele decenii. În ultimii treizeci de ani, diverse studii științifice și analize ale teoriilor disponibile în științele sociale și medicale au condus la noi concepte în intervenția timpurie care analizează cu precizie interacțiunea dintre servicii și expertiza specifică în sănătate, educație și asistență socială, împărțând astfel responsabilitatea pentru implementarea cu succes a serviciilor de intervenție timpurie. Intervenția timpurie în copilărie, ca proces în care sunt furnizate servicii profesionale, este de obicei definită de vârsta de 3 ani a copilului, care își are bastionul în contexte neurobiologice și teorii de dezvoltare. Cu toate acestea, prin introducerea intervenției timpurii în contextul juridic, educațional și social al fiecărei țări - în special în țările europene, limita pentru furnizarea de servicii de intervenție timpurie implică vârsta de includere în sistemul școlar, până la vârsta de 7 ani. În ciuda interpretărilor diferite și a intervalului de vârstă al intervenției timpurii, ceea ce se subliniază în toate sistemele ca cel mai important și punct de plecare este că serviciile adecvate ar trebui să fie începute cât mai curând posibil, deoarece programul de intervenție timpurie este cel mai eficient dacă este pornit imediat după determinarea riscului sau abaterea de la dezvoltarea normală. La o vârstă fragedă, de la naștere până la vârsta de 3 ani și mai ales în primul an de viață, dezvoltarea copilului în diferite domenii este cea mai intensă. Copilul învață primele mișcări, primii pași, învață să pronunțe voci și cuvinte și să atașeze sens acestor cuvinte. Copilul învață să înțeleagă stările și sentimentele oamenilor din jur, devine conștient de sine și se luptă să facă față diferitelor emoții care îi apar. Toată dezvoltarea pe care o vedem, care este vizibilă, nu ar putea avea loc fără dezvoltare internă la nivel biologic. Prin înmatricularea sistemului nervos, copilul dobândește premisele pentru stăpânirea diferitelor sarcini de dezvoltare. Din punct de vedere biologic, rezultatul intervenției depinde de capacitatea sistemului nervos (la nivel celular, metabolic și anatomic) de a se modifica în funcție de experiență. Acest proces, pe care îl numim plasticitate, este adesea limitat în timp, deoarece există așa-numitele ferestre de oportunitate sau perioade sensibile pentru a modifica funcția neurologică. În plus, există dovezi că perioadele sensibile și sistemele neurologice interacționează cu caracteristicile individuale. Deși experții afirmă adesea că intervenția timpurie în primii trei ani de viață este primordială, este important să subliniem că plasticitatea neurodezvoltării și posibilitatea de a afecta calitatea dezvoltării persistă dincolo de al treilea an de viață al copilului (1).

A doua jumătate a secolului al XX-lea marchează începutul structurii intervenției timpurii, cu dezvoltarea multor programe creative în îngrijirea copiilor cu dizabilități de dezvoltare. Conceptual, intervenția timpurie a copiilor este în creștere în Statele Unite în anii 1970. Punctul de cotitură este apariția programului Head Start, care se bazează pe premisa că experiențele timpurii ale copilăriei stau la baza dezvoltării ulterioare. Acest program este cel care a oferit cadrul pentru dezvoltarea ulterioară a intervenției timpurii, care continuă și astăzi (3).

O revizuire a literaturii concluzionează că factorii biologici, psihologici și sociologici sunt importanți în dezvoltarea copiilor. Există o dilemă continuă în rândul oamenilor de știință care cercetează dezvoltarea timpurie a copiilor, care dintre acești factori ar trebui să aibă o importanță mai mare. În conformitate cu Tartas, Baucal și Perret - Clemon (4), putem distinge și defini următorii factori: a) biologice: genetice și organice (neurofiziologice); b) mediul înconjurător:

mediul fizic, social și cultural; și c) activitățile individului: să găsească un echilibru între mediu și individ (interactivitate) și să stabilească un echilibru intern (intraactivitate).

Majoritatea cercetărilor de evaluare științifică provin din zona Americii de Nord și reflectă schimbările din sistemul lor de intervenție timpurie. Cercetarea anterioară (5) s-a axat pe demonstrarea eficacității reabilitării prin compararea copiilor care au fost înscriși în anumite programe și a celor care nu au fost, după care primele programe au fost conceptualizate ca intervenții compensatorii pentru deficitul de dezvoltare. Concluzia generală a fost, desigur, că intervenția timpurie își are justificarea, dar cercetarea nu a răspuns la întrebarea esențială a căreia intervenție este cea mai bună, pentru cine și în ce condiții. Răspunsurile la aceste întrebări se concentrează asupra cercetării contemporane, care ar trebui să ofere practicienilor o bază pentru un proces decizional mai sigur în ceea ce privește selectarea și punerea în aplicare a activităților și programelor. Majoritatea studiilor evidențiază plasticitatea creierului (crearea de noi căi și utilizarea sinapselor existente în reorganizare) ca cel mai mare beneficiu al intervenției timpurii într-un stadiu incipient de dezvoltare, adică în programele începute înainte de a noua lună de vârstă cronologică.

Modificări ale modelelor și abordărilor

Intervenția timpurie devine din ce în ce mai importantă în lume, deoarece programele care s-au dovedit a fi eficiente din punct de vedere al costurilor, eficiente, au un impact pe termen lung asupra dezvoltării și maximizează potențialul de dezvoltare al copilului (6). Multe studii arată că intervenția timpurie are un impact pozitiv și semnificativ asupra vieții copiilor cu dizabilități și a familiilor acestora. Desigur, unii autori (7) critică importanța intervenției timpurii și indică lipsa de științificitate a cercetării efectuate.

Unul dintre cei mai cunoscuți cercetători asupra influenței părinților în procesul de intervenție timpurie este Gerald Mahoney (8 ani), care deja în 1985 în primul său studiu a indicat că efectul reacției parentale în interacțiunile de zi cu zi cu copilul asupra rezultatelor dezvoltării a fost neglijat. Mulți dintre asociații săi (9, 10) afirmă că programele de intervenție timpurie sunt eficiente atunci când sunt axate pe părinți și susțin capacitatea de reacție parentală în mediul zilnic al copilului. Cercetarea din ultimii zece ani s-a concentrat din ce în ce mai mult pe rolul părinților în procesul de intervenție timpurie în sine. În prezent, practica cea mai de succes subliniază importanța implicării familiei în programele de intervenție timpurie. Dunst (11) afirmă că intervenția timpurie implică părinți sau alți îngrijitori primari care, prin experiențele și capacitățile lor, oferă copiilor dezvoltarea și dobândirea de competențe care le vor permite să participe în mod semnificativ la activitățile de zi cu zi în mediu. În abordarea contemporană a intervenției timpurii, ideea de prevenire ar trebui subliniată, deoarece sprijinul timpuriu pornește de la un risc recunoscut. Intervenția trebuie să fie un proces echilibrat și planificat în care procedurile de reabilitare menite să dezvolte și să îmbunătățească abilitățile copilului sunt aplicate în paralel cu strategii care ar trebui să minimizeze efectele negative ale dizabilităților.

Există *patru fundamente teoretice* în ceea ce privește abordările de intervenție timpurie:

- a) *Modelul de mediu de Bronfenbrenner și Sameroff* (12) se uită la dezvoltarea unui copil într-un mediu social și familial și recunoaște importanța interconectării lor
- b) *Modelul de interacțiune părinte-copil al lui Papoušek* (13) consideră relația socială dintre părinte și copil un rol esențial în dezvoltarea copilului

c) *Principiul evaluării dinamice și al intervenției se bazează pe teoria lui Vygotsky privind conceptul de zonă de dezvoltare proximală* (14)

d) *Modelul synactive de organizare și dezvoltare a comportamentului copilului prezentat de Als* (15) se concentrează pe subsistemele interne ale copilului, interacțiunea acestora unul cu celălalt și interacțiunea cu mediul înconjurător.

Pe baza acestor abordări teoretice, se aplică diferite abordări și modele de intervenție timpurie care sunt evaluate critic și căutate în mod sistematic să se îmbunătățească. Unele dintre modelele rezultate sunt Programe individualizate de îngrijire și evaluare a dezvoltării nou-născuților - NIDCAP (15), care este implementat într-o mare parte din unitățile de terapie intensivă neonatală, Kangaroo Care descrise de Charpaak et al (16), Predare receptivă (17), Stimulare de dezvoltare (18) și multe altele. Trebuie avut în vedere faptul că nu există un model și o formă de intervenție universal reușite, astfel încât o formă de intervenție care poate fi eficientă pentru sugarii prematuri este diferită de o intervenție eficientă pentru copiii născuți în perioada cu leziuni perinatale.

În abordările moderne, predomină înțelegerea ecologică a dezvoltării copilului, adică rolul mediului copilului în relația dinamică dintre schimbare și reacții. Rezultatul dezvoltării este, prin urmare, nu numai rezultatul eforturilor individului și al experiențelor sale, ci și produsul combinațiilor lor. Sameroff (12), într-un model tranzacțional de intervenție timpurie, care rezultă dintr-o înțelegere tranzacțională, indică faptul că domeniul de aplicare al intervenției ar trebui să fie cât mai mic posibil, iar efectul cât mai mare posibil prin acționarea asupra diferitelor sisteme ale familiei în intervenție. Principalele mărci ale unui astfel de model sunt cele trei "R" ale intervenției timpurii; remedierea (terapia centrată pe copil), redefinirea (schimbarea perspectivei parentale a comportamentului copilului) și reeducarea (predarea abilităților specifice părinților). În rezumarea abordărilor contemporane în intervenția timpurie, trebuie remarcat faptul că perspectiva sistemică prevalează în aprecierea și înțelegerea conceptelor și a diferitelor modele (19), adică cadrul teoretic conform căruia practica este creată pe baza analizei sistemelor, subsistemelor și interrelațiilor plasate ierarhic. Modelul respectă diversitatea modelelor existente și a legislațiilor naționale și analizează multe rezultate ale cercetării interdisciplinare pe grupuri foarte diferite de copii cu dizabilități sau riscuri de dezvoltare. Sarcina centrală a unei intervenții în cadrul unui astfel de model este de a crea forme optime de interacțiune între participanții la proces (părinte, copil) dacă aceștia nu existau înainte sau de a le restabili la cel mai bun nivel posibil pentru a încuraja dezvoltarea copilului.

Conceptul de intervenție timpurie axat pe familie are *trei elemente cheie: accentul pus pe capacitățile copilului, promovarea alegerii familiei și controlul resurselor selectate și dezvoltarea colaborării dintre profesioniști și părinți*. Deși cercetările au arătat că acest model nu este nici simplu, nici ușor, practica afirmă în mod constant că, în acest model, familia are o gamă largă de oportunități de a lucra cu copilul în beneficiul copilului și al întregii familii și, din acest motiv, familia este mulțumită și fericită să accepte modelul (20).

Începând cu anii 1990, a avut loc o schimbare în conceptul unui program de intervenție timpurie, cu o schimbare în accentul intervenției asupra copilului spre dezvoltarea unui program orientat spre familie. Astfel, Goodman (21 de ani) introduce termenul de model parental pentru acele abordări de intervenție timpurie și programe școlare care nu se mai concentrează doar pe metodele de predare ale copilului, ci pe împuternicirea și predarea părintelui. În literatura de specialitate, această abordare este adesea menționată ca o abordare axată pe relații (17). Ținând cont de faptul că

contextul primar al copilului pentru dezvoltare este familia sa, este important să rețineți în procesul de lucru cu copilul, că schimbările care apar cu fiecare membru al familiei respective afectează toți ceilalți membri și familia în ansamblu. Numeroase studii (20, 21) indică faptul că rezultatele de dezvoltare obținute de copiii cu dizabilități de dezvoltare nu sunt doar condiționate de neurobiologia tulburărilor de dezvoltare, ci sunt, de asemenea, influențate de acțiunile și schimbările parentale. Predarea receptivă ar trebui cu siguranță menționată ca una dintre cele mai semnificative abordări aici, ca exemplu al unei intervenții care vizează schimbarea relației părinte/copil în stimularea comunicării copilului, a funcționării cognitive și social-emoționale (18).

Abordarea a fost analizată prin numeroase studii care au ajuns la concluzia că capacitatea de reacție parentală este unul dintre principalii factori care influențează rezultatul dezvoltării unui copil. Un expert în intervenția timpurie în lucrul cu un copil în familie stabilește o relație de triadă care ar trebui să se caracterizeze prin sprijin, încredere, comunicare deschisă și respect reciproc. O abordare a familiei, așa-numitul model parental, este mult mai mult decât sprijinirea părinților și crearea unui plan și a unei activități pentru copil. Cheia succesului unei intervenții timpurii este identificarea acelor factori de risc sau a resurselor familiale inadecvate necesare pentru a asigura intervenția optimă relevantă pentru rezultatul dezvoltării copilului.

În programul de intervenție timpurie, este important să fim familiarizați cu conceptele de risc și protecție, precum și cu conceptul de reziliență familială. Cunoașterea și recunoașterea acestor factori ajută în procesul de împuternicire a familiei, care consolidează factorii de protecție deja existenți ai familiilor individuale și îi ghidează în utilizarea resurselor familiale. Acest lucru poate influența în mod eficient dezvoltarea familiilor reziliente care vor face față cu succes situațiilor de stres și de criză în care se află. Creșterea încrederii și competenței părinților prin procese de educație și consiliere este una dintre modalitățile prin care bunăstarea unui copil este obținută prin implicarea altor persoane importante pentru el în procesul de intervenție timpurie, deoarece părinții care au mai multe cunoștințe și abilități pot stimula mai eficient creșterea și dezvoltarea copilului lor.

Referințe/Bibliografie

1. Košiček T, Kobetić D, Stančić Z, Joković Oreb I. Istraživanje nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja. 2009;45 (1), 1-14.
2. VastaR, HaithMM, Miller SA. Dječja psihologija. 1997; Jastrebarsko: Naklada Slap

3. Gianoustos J: Early Childhood Education. 2000; *The Pulse*, 4 (1)
4. Tartas V, Baucal A, Perret-Clermont AN. Can you think with me? The social and cognitive conditions and the fruits of learning. In K. Littleton & C. Howe (Eds.), *Educational dialogues: Understanding and promoting productive interaction*. London, New York: Routledge; 2010. p. 64-80.
5. Butler C, Darrah J. Effects of neurodevelopmental treatment (NDT) for cerebral palsy: an AACPD evidence report. *Dev. Med Child Neurol* [Internet]. 2001 Nov [cited 2020 March 3]; 43 Suppl 11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11730153>
6. Rydz D. Screening for developmental delay in the setting of an ambulatory pediatric clinic. *Neuropediatrics*. 2006; 37 (1): 78-88.
7. Guralnick M.J. The next decade of research on the effectiveness of early intervention. *Exceptional Children*. 1991; 58:174–183.
8. Mahoney GJ. Communication patterns between mothers and developmentally delayed infants. *First Language*. 1988; 8: 157-172.
9. Mahoney GJ, Wiggers B. The role of parents in early intervention: Implications for social work. *Children & Schools*, 2007; 29 (1): 7-15.
10. Mahoney GJ, Robinson C, Powell A. Focusing on Parent – Child Interaction: The Bridge to Developmentally Appropriate Practices. *Topics in Early Childhood Special Education*. 1992; 12 (1), 105 – 120.
11. Dunst CJ, Early intervention for infants and toddlers with developmental disabilities. In: Odom S., Horner, R.H., Snell, M.E., Blacher, J.B. *Handbook of developmental disabilities*. New York: Guilford; 2007. p.161-180.
12. Sameroff A. A united theory of development: A dialectic integration of nature and nurture, *Child development*. 2010; 81 (1): 6-22.
13. Papoušek H, Papoušek M. Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In: Osofsky DJ, editor. *Handbook of infant development*. New York: Wiley; 1987. p. 669-702.
14. Kozulin A, Gindis B, Ageyev VS, Miller SM, (Eds). *Learning in doing. Vygotsky's educational theory in cultural context*. Cambridge University; 2003 [[cited 2020 Mar 5]. Available from: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511840975>
15. Als H. Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*. 1982; 3: 229–243.
16. Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, Hernandez T, Uriza F, Villegas J, et al. Twenty-year Follow up of Kangaroo Mother Care versus Traditional Care. *Pediatrics* [Internet]. 2017 Jan [cited 2020 Mar 5]; 139 Suppl 1. Available from <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/139/1/e20162063.full.pdf>
17. Mahoney G, Nam S. The parenting model of developmental intervention. *International Review of Research on Mental Retardation*. 2011; 1(2): 73–125.
18. Copple C, Bredekamp S. *Developmentally appropriate practice in early childhood programs serving children from birth through age 8*. 3rd ed. Washington, DC: NAEYC, 2009. p. 2-6.

19. Guralnick MJ. Why Early Intervention Works: A Systems Perspective. *Infants & Young Children*. 2011; 24 (1): 6–28.
20. Espe-Sherwindt M. Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*. 2008; 23(3): 136–143.
21. Goodman JF. *When slow is fast enough: Educating the delayed preschool child*. New York, NY: Guilford Press; 1992.
22. Mahoney, G., & Perales, F. (2003). Using relationship-focused intervention to enhance
23. the social emotional functioning of young children with autism spectrum disorders.
24. *Topics in Early Childhood Special Education*, 23, 77–89
25. Mahoney, G., & Perales, F. (2003). Using relationship-focused intervention to enhance
26. the social emotional functioning of young children with autism spectrum disorders.
27. *Topics in Early Childhood Special Education*, 23, 77–89



**DEZVOLTAREA SERVICIILOR DE INTERVENȚIE TIMPURIE: PERSPECTIVA DE
LA BLINDENINSTITUT MUNCHEN**

INTERVENȚIE TIMPURIE PENTRU COPIII CU DEFICIENȚE DE VEDERE CU DIZABILITĂȚI MULTIPLE

În ultimele decenii, în Germania s-a dezvoltat o rețea densă de centre de intervenție timpurie pentru copiii cu dizabilități, inclusiv centre speciale de intervenție timpurie pentru copiii cu deficiențe senzoriale. Astăzi, aproape nimeni nu pune la îndoială utilitatea intervenției timpurii. Există un consens în societate, în politică, în rândul medicilor, psihologilor și educatorilor speciali că este necesar un sprijin timpuriu. Desigur, există încă discuții despre exact "cum": problema concentrării conținutului și calificarea necesară a specialiștilor și, desigur, întrebări despre finanțare.

Încă de la începuturile intervenției timpurii în Bavaria, ne-am ocupat în mod constant de tendințele educaționale actuale și de diferite concepte. Multe lucruri s-au schimbat de atunci, altele au rămas aceleași (a se vedea Istoria și rădăcinile intervenției timpurii).

Astăzi, intervenția timpurie în Bavaria este reglementată în mod clar prin lege și, prin urmare, asigurată financiar. Intervenția timpurie este o instituție independentă, dar încorporată într-un sistem superordinat de servicii medicale, ar fi cele furnizate în cadrul Pașaportului Mamei și Copilului (aceasta include măsuri medicale prenatale, peri- și postnatale în diferite discipline). În plus, există o gamă largă de servicii de asistență timpurie, ar fi proiecte post-naștere sau diverse servicii de consiliere (de exemplu, KoKi - Netzwerk frühe Kindheit- Koordinierende Kinderschutzstellen). În plus, există un sprijin suplimentar pentru consilierea persoanelor cu dizabilități și a rudelor acestora, ar fi consilierea suplimentară pentru participare independentă.

Acest lucru necesită un grad ridicat de muncă interdisciplinară din partea noastră cu întreaga rețea.

Centrul nostru mobil de intervenție timpurie oferă o gamă foarte specifică de servicii pentru copiii cu deficiențe de vedere, nevăzători și cu deficiențe multiple de la naștere până la școală.

Vederea la copiii cu dizabilități de vedere multiple este adesea imprecisă, de obicei lentă și foarte predispusă la tulburări și, prin urmare, instabilă. Este posibil să nu funcționeze în orice moment al zilei, nu în toate pozițiile și nu în toate condițiile optice. Poate că funcționează doar într-o cameră întunecată, poate numai atunci când nu există alți stimuli perturbatori în același timp.

În ceea ce privește acești copii speciali, trebuie, prin urmare, să cunoaștem și să integrăm metode specifice, în plus față de abordarea specifică pentru nevăzători sau cu dizabilități de vedere. În plus, există și alte concepte și metode, ar fi TEACCH, elemente de terapie prin muzică și aromaterapie, precum și stimularea bazală, care ne ajută să stabilizăm bunăstarea emoțională și fizică și să ne ofere o contribuție valoroasă în munca noastră.

Pe măsură ce lucrăm holistic și transdisciplinar, încercăm întotdeauna să integrăm principiile de bază din diferite metode medico-terapeutice în activitatea noastră și încercăm să includem elemente din domeniile fizioterapiei, logopediei și terapiei ocupaționale în activitatea noastră. Accentul se pune pe proiectarea individuală a situațiilor de sprijin în care diferitele principii, instrucțiuni și metode sunt integrate pe cât posibil. Un diagnostic cuprinzător servește drept bază, și nu poate fi realizată pur și simplu cu un test de dezvoltare pentru copiii supradotați

în mod normal. Astfel, necesită în special implicarea părinților și o observație precisă (sistematică) în sensul unei evaluări a sprijinului. Befindlichkeitsorientierte Entwicklungs Profil für Kinder und Menschen mit Intelligenzminderung (BEP-KI), de exemplu, este un instrument bazat pe dezvoltare psihologică și evaluează starea de dezvoltare a copiilor cu dizabilități multiple în dimensiunile emoționalității, dezvoltării sociale, dezvoltării gândirii și dezvoltării limbajului.

Un diagnostic complex al viziunii unui copil cu dizabilități multiple este o bază importantă pentru munca noastră. Acest lucru ar trebui să se desfășoare într-un mod interdisciplinar și să includă diferitele aspecte ale percepției vizuale. Acest lucru se reflectă, de asemenea, în promovarea viziunii. În plus față de promovarea generală a percepției și o bună adaptare a mediului, abilitățile de bază pot fi, de asemenea, promovate în mod specific. Împreună cu părinții, sunt dezvoltate idei pentru proiectarea individuală a mediului și pentru activități concrete de susținere și interacțiune. Ca o concluzie, se poate postula că copiii cu deficiențe de vedere și dizabilități multiple și familiile lor au nevoie de servicii individuale de sprijin și de o cantitate diversă de tratamente de sprijin.

ISTORIA SI RADACINILE INTERVENȚIEI TIMPURII

Implicații din învățământul special

Intervenția timpurie a făcut parte inițial din învățământul special. Încă din anii 1950, odată cu educația obligatorie a copiilor cu dizabilități, au existat profesori dedicați nevăzătorilor care au făcut vizite la domiciliu copiilor nevăzători care urmau să fie înscriși la școală. Profesorii au văzut mediile de învățare timpurie adesea deficitare ale copiilor nevăzători acasă și ignoranța părinților cu privire la nevoile educaționale ale copilului mic orb.

În formularea opiniei decisive a experților pentru Consiliul German al Educației, care a dus în cele din urmă la apariția intervenției timpurii pentru copiii nevăzători în 1973, se spune: "Nașterea unui copil orb sau orbirea în copilărie declanșează, de obicei, crize emoționale neobișnuite din partea mamei, părinților și familiei, care, dacă nu sunt tratate pozitiv, duce la condiții negative de dezvoltare pentru copilul orb" (Speck, 2008).

În acest context, în 1975, Ministerul Educației și Afacerilor Culturale din Bavaria a însărcinat Fundația pentru Nevăzători să dezvolte un model de îngrijire preșcolară pentru copiii cu dizabilități multiple și deficiențe de vedere din întreaga Bavaria; în special, începe dezvoltarea structurilor de intervenție timpurie pentru bazinul său hidrografic și clientelă și, prin urmare, începe programul de intervenție timpurie la Institutul pentru Nevăzători din München.

Implicații din pediatria socială și politică

Intervenția timpurie a primit impulsuri și metode decisive din domeniul medicinei sociale. Numele Hellbrügge și Pechstein trebuie menționate aici ca fiind cei mai importanți reprezentanți ai pediatriei sociale germane. Ambii medici s-au inspirat din experiența lor de a lucra cu copii aflați în îngrijire cu sindroame de privare, unde s-a demonstrat că întârzierile de dezvoltare ar putea fi recuperate prin stimulare țintită. Pechstein a publicat lucrarea sa standard despre "dependența de mediu a dezvoltării nervoase centrale a copilăriei timpurii" în 1974. Declarația de bază a fost:

În primele luni și ani de viață, cursul decisiv este stabilit pentru dezvoltarea unei ființe umane - pentru că tocmai în acest timp el sau ea învață cel mai mult și cel mai eficient. Funcțiile organismului uman pot fi influențate într-o măsură mai mare în timpul acestor "faze sensibile". Dacă există o lipsă de stimuli pentru dezvoltarea abilităților copilului în primele luni și ani de viață, acestea vor rămâne subdezvoltate. Prin urmare, primii ani de viață reprezintă o mare oportunitate pentru fiecare copil. Aceste oportunități de dezvoltare timpurie trebuie utilizate, în special în cazul copiilor cu handicap sau al copiilor cu risc de a deveni cu handicap. Cu cât este recunoscută mai devreme o deficiență sau o anomalie în dezvoltarea copilului, cu atât mai bine poate fi oferit ajutor.

Buzzword "plasticitatea creierului copilului", a fost inventat în acest moment. S-a presupus că creierul în curs de dezvoltare s-ar putea repara aproape fără limite sau compensa eșecurile dacă ar primi stimulii externi necesari sub formă de terapie în timp. Au fost înființate primele centre sociale de pediatrie, ar fi Centrul pentru copii din München. Chiar și astăzi, majoritatea copiilor noștri primesc examinări medicale de specialitate, îngrijire și tratament acolo, astfel încât aceste instituții reprezintă un partener important de rețea pentru noi.

The "Developmental Physiological Tables for Infancy" compiled by Hellbrügge and Pechstein and later the Munich Functional Developmental Diagnostics served as a basic diagnostic tool and as a guideline for setting up therapeutic measures.

"Tabelele fiziologice de dezvoltare pentru copilărie" compilate de Hellbrügge și Pechstein și mai târziu de München Functional Developmental Diagnostics au servit ca instrument de diagnosticare de bază și ca orientare pentru stabilirea măsurilor terapeutice. Promovarea timpurie și sistematică a dezvoltării mișcării copiilor a primit instrumente excelente de lucru prin Bobath și Vojta: Copiii cu întârzieri sau tulburări în dezvoltarea mișcării lor ar putea primi fizioterapie (a se vedea fizioterapie în intervenție timpurie). Din punct de vedere politic, controalele medicale preventive regulate pentru sugari au fost ancorate legal și, prin urmare, copiii cu anomalii de dezvoltare și dizabilități iminente ar putea fi detectați într-un stadiu incipient.

Implicații din psihologia dezvoltării și terapia comportamentală

Multe studii privind dezvoltarea timpurie a copiilor, au arătat că, dezvoltarea are loc printr-un schimb strâns și intensiv între copil și părinții săi ca prima și cea mai importantă figură de atașament. Acest lucru se aplică nu numai dezvoltării emoționale, ci și dezvoltării percepției și abilităților motorii. Interacțiunea constantă, regulată, atentă și comunicarea dintre mamă și copilul ei sunt subliniate ca premise pentru dezvoltare în general. Cu multe studii asupra copiilor spitalizați sau asupra consecințelor fatale ale privării pentru dezvoltarea copilului, psihologia dezvoltării a făcut multe pentru a sublinia importanța părinților, în special importanța mamei pentru bunăstare și dezvoltare.

O altă cauză importantă și condiție prealabilă pentru stabilirea rapidă a intervenției timpurii a fost terapia comportamentală și metodele acesteia. Terapia comportamentală a făcut ca principiile elementare de învățare să fie utilizabile terapeutic - în special condiționarea operantă (consecințele unui comportament: Întăritori, recompense și pedepse).

În teoriile de învățare care stau la baza terapiei comportamentale, se presupune că unii dintre copiii ce prezentau retard, nu au putut învăța comportamente mai complexe doar pentru că nu au avut niciodată ocazia să construiască sistematic elementele individuale ale secvenței complexe din repertoriul lor comportamental.

Primele programe de sprijin în terapia comportamentală s-au bazat pe teste convenționale de dezvoltare. Elementele de testare au fost reformulate în sarcini, iar aceste sarcini au fost apoi combinate într-un program de sprijin în conformitate cu principiul modular.

Elementele esențiale ale abordării terapiei comportamentale au fost:

- Definirea precisă a ofertei de stimulare, adică a materialului de stimulare standardizat
- Definirea precisă a comportamentului terapeutului
- Descompuneri sarcina în pași mici
- Introducerea sistematică și decolorarea asistenței pentru copil
- Feedback prompt și clar pentru comportamentul dorit și nedorit.

În același timp, această formă de practică a directivei reprezenta, de asemenea, pericolul reducerii motivației copiilor de a lucra pe cont propriu. Mulți copii au dezvoltat atitudinea că, propriile lor încercări de a rezolva problemele au fost nedorite sau nu promițătoare. Cu toate acestea, aceste dezavantaje au devenit evidente doar în timp. De fapt, o noutate a terapiei comportamentale a fost implicarea părinților în activitatea terapeutică și lucrul în mediul natural al copilului, casa părintească.

Când vorbim despre un parteneriat între intervenția timpurie și părinți, merită să ne amintim că acesta nu a fost un dat de la început, ci rezultatul unui proces de experiență de-a lungul multor ani de lucru cu familiile. Practic, lucrarea din primii ani a fost încă caracterizată de ideea "fezabilității" dezvoltării copilului. La acea vreme, au fost dezvoltate multe programe standardizate de terapie și formare care au fost orientate în primul rând către copilul sănătos, spre "dezvoltarea normală".

Probleme la începutul intervenției timpurii

Principiul conform căruia nervul vizual poate fi stimulat sistematic era încă nou și controversat în anii '70 ai secolului trecut (înainte de aceasta, principiul predominant era protejarea vederii). Pentru domeniul stimulării vizuale, procedurile pedagogice și mediile de sprijin au trebuit mai întâi dezvoltate de noi, iar acestea au fost apoi foarte deficitare, orientate spre terapie comportamentală (abordări In-Put). Dar, treptat, limitele acestei abordări "orientate spre deficit" au devenit clare și a devenit evident cât de relative sunt posibilitățile de reorganizare a creierului deteriorat în copilăria timpurie în cele din urmă: Au existat copii care nu s-au dezvoltat bine în ciuda sprijinului timpuriu, care au refuzat terapia și cei care au fost trimiși de la o terapie la alta.

Terapeuții au început să realizeze că părinții au modelat o parte mult mai mare din domeniul vieții copilului și că, nu ar trebui să se vadă ca singurii experți în sprijinirea copilului.

În plus, au existat studii empirice deziluzionante privind eficacitatea intervenției timpurii ca instalație de reparații. Ne-au obligat să relativizăm ideile despre capacitatea de a influența

dezvoltarea copiilor prin mijloace pedagogice și terapeutice. În special, a trebuit să fie recunoscut că: dizabilitățile nu pot fi vindecate, iar terapiile izolate au un efect redus.

Acest lucru a dus la o schimbare de paradigmă în intervenția timpurie (Schlack 1986):

- Expresia "cu cât mai devreme și cu atât mai mult, cu atât mai bine" nu este aplicabilă. Este mult mai mult despre momentul potrivit și mai ales despre cantitatea potrivită de măsuri de sprijin. Acestea trebuie alese cu grijă în schimbul interdisciplinar și cu părinții.
- Experiența subiectivă a copilului, starea sa de spirit în situația de sprijin, este un ghid important pentru proiectarea intervenției timpurii. Este important să luați în serios semnalele copilului pentru a evita cererile excesive, reticența și rezistența.
- Comportamentul directivei, direcția constantă și controlul autoritar al situației de învățare, stimularea și oferirea constantă, pot avea în cele din urmă un efect mai inhibant asupra dezvoltării copilului.
- O interacțiune este optimă atunci când copilul și adultul influențează și reacționează unul la celălalt în aceeași măsură (interacțiune reciprocă).
- Acest lucru presupune că adultul este capabil să acorde atenție semnalelor copilului, să le ia în serios și, astfel, să privească copilul ca pe un partener egal
- Calitatea cerută de adult - terapeutul sau mama - se numește receptivitate. Aceasta este o atitudine care oferă copilului spațiu și timp pentru propriile activități, dar este gata să răspundă la ele într-un mod confirmativ și formativ.

Copilul cu dizabilitate nu are nevoie pur și simplu de o cantitate mare de stimulare suplimentară. Mai degrabă, ei au nevoie - la fel ca și copilul sănătos - de oportunitatea de a testa efectele propriei inițiative, de a-și exersa propriile abilități rămase, de a câștiga experiență și încredere în sine și, pe această bază, de a-și extinde competența, înțelegerea și abilitățile sociale.

În general - cel târziu de la sfârșitul anilor 1980 - ideile exagerate ale unei influențe pedagogico-terapeutice directe asupra dezvoltării copilului au trebuit abandonate: Intervenția timpurie nu duce la accelerarea masivă a dezvoltării în cazul dizabilităților biologic-organice, dar are un efect asupra diferitelor niveluri și sprijină astfel întregul sistem familial.

La nivelul deficiențelor senzoriale, schimbările pozitive ar putea fi observate și prin intervenție timpurie. Copiii care au primit sprijin și-au folosit testul vizual mult mai eficient, au arătat un comportament îmbunătățit de căutare și explorare, și-au folosit viziunea mai frecvent și mai eficient în viața de zi cu zi și au fost astfel capabili să-și perceapă mediul într-un mod mai diferențiat și să reacționeze la stimuli într-un mod mai variabil.

Referințe/Bibliografie

1. Martin Thurmair, Monika Naggl (2000): Praxis der Frühförderung – Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld. 2. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag, München.
2. Schlack (1989): Paradigmenwechsel in der Frühförderung. Frühförderung Interdisziplinär. 13-18
3. Otto Speck (2008): System Heilpädagogik. 6. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag, München.
4. Otto Speck (1983): Das gewandelte Verhältnis zwischen Eltern und Fachleuten in der Frühförderung. In: Speck, O, Warnke, A.: Frühförderung mit Eltern. Ernst Reinhardt Verlag München.
5. Manfred Pretis (2020): Wurzeln der Frühförderung in Frühförderung und Frühe Hilfen. Ernst Reinhardt Verlag München.
6. Vortrag 2012: Matthias Zeschitz im Rahmen des Symposiums der Frühförderung Würzburg.

DEPARTAMENTUL INTERVENȚIEI TIMPURII, BLINDENINSTITUT MÜNCHEN – MODALITATI DE INTERVENTIE

Intervenția noastră timpurie nu se referă numai la copil, ci și la întreaga familie din mediul lor social. Obiectivele respective includ:

1. Dezvoltarea abilitatilor inerente ale copilului, dezvoltarea curiozitatii, initiativei și încrederii în sine (ca baza pentru învățare) și prevenirea (sau reducerea) întârzierilor de dezvoltare și a problemelor comportamentale.

2. Consolidarea părinților și a abilităților lor parentale, precum și promovarea incluziunii sociale și a participării pentru întreaga familie.

Pentru a atinge aceste obiective, ofertele sprijinului nostru timpuriu includ nu numai sprijin pentru dezvoltarea copiilor, ci și consiliere pentru părinți și alți îngrijitori cheie (de exemplu, specialiști în grădinițe), precum și coordonarea interdisciplinară a sprijinului cu alte discipline specializate (în special fizioterapie, logopedie, terapie ocupațională) și crearea de rețele cu organisme interne și externe (în special clinicile, grupuri de auto-ajutorare, centre de consiliere, ar fi consilierea suplimentară privind participarea independentă).

Strategii, care sunt importante:

- ✓ Stabiliți alianțe fiabile cu familiile și alți furnizori de servicii pe baza punctelor forte ale familiei și copilului, a respectului pentru diversitate și cultură și a colaborării.
- ✓ Serviți ca membru eficient al echipei de intervenție timpurie, ajutați familiile și alți membri ai echipei să înțeleagă informațiile medicale și să fie familiarizați cu responsabilitățile de coordonare a serviciilor.
- ✓ Faceți vizite săptămânale la domiciliu care promovează rezultate funcționale atât pentru copil, cât și pentru familie.
- ✓ Deoarece viziunea este atât de importantă pentru dezvoltarea generală a copilului în primii ani, sprijinul holistic legat de copil are loc întotdeauna în toate domeniile de dezvoltare și percepție: Accentul se pune pe copilul cu deficiențe de vedere și caracteristici individuale, interese și preferințe în mediul lor de viață.

Mediul, precum și materialele de joc sunt proiectate individual în conformitate cu principiile specifice deficienței de vedere individuale, conform motto-ului "Văzând în raport cu viața".

Scopul este de a trezi, extinde și optimiza bucuria de a vedea prin descoperirea mediului: "Totul merită privit îndeaproape."

În general, suntem sprijiniți de diverse materiale de înaltă contrast, luminoase sau strălucitoare, precum și de materiale de joc și de zi cu zi, medii și ajutoare adaptate în funcție de criteriile de vedere slabă.

În ultimii ani am lucrat din ce în ce mai mult cu noile media, ar fi iPad-urile, laptopurile și miniproiectoarele. Aceste medii ne arată multe posibilități și domenii noi de aplicare, în special prin reglarea diferitelor niveluri de lumină, manipulare ușoară și fascinația imaginilor în mișcare cu suport acustic. În plus față de utilizarea în promovarea copilului însuși (prin povești proiectate individual și aplicații interesante din diferite domenii de dezvoltare), le folosim și în documentația

și evaluarea noastră. Indiferent dacă este vorba de medii analogice sau digitale: toate materialele sprijină copiii să-și folosească viziunea individuală mai bine și mai des în viața de zi cu zi cu bucurie și curiozitate.

Prin oferte legate de familie, ar fi întâlniri de consiliere cu părinții sau oferte de formare suplimentară pentru alți îngrijitori (de exemplu, în centrul de zi), se creează un mediu pozitiv de învățare și dezvoltare pentru ca copiii să ofere oportunități bune de învățare.

Referințe/Bibliografie:

1. Simone Prantl, Petra Mayr, Gisela Brand (2020): Sehen im Lebensbezug- Frühförderung unter Corona: Jahresbericht Blindeninstitut München, 27-29.

PRINCIPII DE LUCRU SELECTATE PENTRU INTERVENȚIA TIMPURIE

Potrivit lui Thurmair și Naggl, există patru principii majore de lucru în intervenția timpurie, care au apărut ca standarde și ca caracteristici distinctive față de alte servicii pentru copiii cu dizabilități și copiii cu risc de dizabilitate.

Aceste standarde profesionale sunt: Holism, orientare familială, inter/transdisciplinaritate și networking.

1. Holismul este văzut ca orientarea specială a tuturor serviciilor: este vorba despre contextul dezvoltării generale a copilului și a mediului de viață. Aici, nu numai diferitele domenii de dezvoltare sunt subsumate, ci și factori motivaționali și emoționali individuali, ar fi experiența de sine și stima de sine, precum și integrarea în mediul de viață. Potrivit ICF, holismul înseamnă relaționarea permanentă a diferitelor domenii de participare, a funcțiilor corporale, a structurilor corporale și a personalității copilului într-un mediu concret. Acest lucru este menit să fie o antiteză la terapiile și metodele funcționale pure izolate. Nu este vorba despre formarea funcțională izolată a unui aspect fără feedback cu alte domenii de dezvoltare.

Acest lucru este uneori dificil de implementat pentru copiii cu dizabilități multiple care primesc multe terapii de la diferite agenții, dar abordarea holistică ar trebui să fie întotdeauna avută în vedere. Mesele rotunde regulate pentru discuții de caz, planificarea și evaluarea sprijinului pot fi utile aici.

2. Orientarea familială înseamnă concentrarea intervenției timpurii, nu numai asupra copilului singur, ci și asupra familiei. Preocupările părinților sunt luate în considerare în cadrul sprijinului. Mediul de viață al copilului, împreună cu situația generală a familiei, de asemenea, cu toate convingerile conceptuale ale părinților și nevoia tot mai mare de ajutor a familiei, reprezintă uneori mari provocări pentru intervenția timpurie. Este nevoie urgentă de un contact bun cu părinții și de acorduri clare.

Potrivit Pretis, acest lucru poate fi reflectat în:

Aspecte orientate spre relații: Intervenționistul timpuriu

- Aderă la acorduri
- Într-adevăr asculta grijile mele / preocupările
- Recunoaște punctele forte ale copilului și familiei mele
- Recunoaște lucrurile pozitive pe care le fac ca părinte
- Este pozitiv despre copilul meu și familia noastră
- Înțelegeți situația familiei și a copiilor mei

Aspecte orientate spre participare: Intervenționistul timpuriu

- Îmi oferă informații pentru a putea lua decizii bune
- Răspunde solicitărilor mele de consiliere și ajutor
- Mă ajută să aflu mai multe despre lucruri
- Mă sprijină în deciziile mele
- Este flexibil dacă situația familiei mele se schimbă

Un aspect specific decorului aici este modul nostru mobil de lucru în mediul de viață al copilului și, astfel, contactul strâns cu întreaga familie și mediul de acasă.

3. Interdisciplinaritatea include cooperarea interdisciplinară între profesiile educaționale, psihologice și medico-terapeutice. Aceasta înseamnă că diferitele discipline colaborează de la caz la caz și interdisciplinar, de exemplu, în contextul planificării sprijinului. Subiectul interdisciplinarității este strâns legat de dezvoltare. Din punct de vedere istoric, înțelegerea muncii s-a schimbat de la "echipa are grijă de copil" la "echipa are grijă de familie". Înțelegerea echipei s-a schimbat în același mod. De la munca multidisciplinară la munca interdisciplinară la munca transdisciplinară.

Principala diferență aici este în poziția familiei și propria lor înțelegere profesională. În echipa transdisciplinară, părinții sunt văzuți ca făcând parte din echipă, iar profesioniștii își împărtășesc competențele în ceea ce privește planificarea și punerea în aplicare în comun a măsurilor de sprijin și tratament.

4. Crearea de rețele este înțeleasă ca încorporarea intervenției timpurii în sistemele înconjurătoare. Aceasta se referă la copilul individual și la rețelele sale familiale informale, ar fi vecinii, prietenii sau rudele, precum și la rețelele familiale formale, ar fi autoritățile și instituțiile. În ceea ce privește copilul și familia sa, sarcina de relaționare se referă mai presus de toate la obiectivul de "împuternicire". Scopul este de a face sistemele de sprijin transparente și accesibile familiilor, de exemplu prin trimiterea acestora la alte agenții pentru ajutor acut. De asemenea, include sprijinirea părinților în articularea intereselor lor, de exemplu față de medici, clinici, și grădinițe. În plus, rețelele familiale informale sunt adesea resurse mari pentru a face față stresului intern și extern al părinților.

Referințe/Bibliografie:

1. Pretis Manfred (2020): Arbeitsprinzipien und Schlüsselkonzepte früher Unterstützungssysteme in Frühförderung und frühe Hilfen. Erich Reinhardtverlag München, 25-57.
2. Thurmair Martin, Naggl Monika (2003): Praxis der Frühförderung. 2 Auflage. Erich Reinhard Verlag München.

FIZIOTERAPIE ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE
CONCEPTE LOGOPEDICE SPECIFICE ÎN SITUAȚIA ALIMENTAȚIEI
COMUNICARE AUGMENTATIVĂ ȘI ALTERNATIVĂ
SEMNE PENTRU STIMULAREA LIMBAJULUI ȘI A COMUNICĂRII
INTEGRAREA SENZORIALĂ ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE

FIZIOTERAPIA ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE

"Un copil cu dizabilitati este în primul rând un copil, și nu în primul rând o dizabilitate"(Haupt,2011, 7).

Oamenii de știință din domeniul sportului sunt de acord, că activitatea fizică este de mare importanță pentru dezvoltarea generală a copiilor. Activitatea fizică este "considerată o nevoie de bază pentru copii și forța motrice din spatele proceselor de dezvoltare ale copiilor" (Hunger & Zimmer, 2012,9). Nu numai că are un efect pozitiv asupra dezvoltării motorii, ci și asupra dezvoltării personalității copiilor și a interacțiunii sociale. "Fiecare mică stimulare pentru organism și rețeaua neuronală care o însoțește obține un efect de lungă durată, stimulează gândirea independentă și mai târziu modelarea propriei vieți"(Weber, 2012, 302).

Împreună cu dezvoltarea lingvistică, cognitivă, moral-etică, socială și emoțională, *dezvoltarea motorie* este o dimensiune centrală a dezvoltării umane individuale pe tot parcursul vieții și poate fi influențată pozitiv printr-o varietate de oportunități și experiențe de mișcare (Bös et al., 2009; Bös & Ulmer, 2003; Willimczik & Conzelmann, 1999). Copilăria timpurie reprezintă o fază în care unele abilități se dezvoltă mai ușor și cu mai puțin efort (Conzelmann, 2009). Fizioterapia își propune să sprijine mișcările naturale și copilul în dezvoltarea mișcării sale, să recunoască resursele sale individuale și să promoveze abilitățile pe care le-a dobândit deja.

Abordare holistică a tratamentului

Cu fundamentari, cunoștințe terapeutice și calificări suplimentare din neuro-pediatrie și ortopedie, activitatea în fizioterapie este holistică. Copiii sunt încurajați și inspirați să cucerească lumea fizic. Ar trebui să experimenteze abilitățile motorii pe care le au, să le dezvolte și să le consolideze în continuare. În acest fel, copiii devin mai încrezători și încrederea lor în mediu crește; de asemenea crește bucuria și încredere în sine, precum apare și un nivel mai ridicat de auto-activitate. Cu aceste competențe, dorința de a efectua și de a face un efort devine din ce în ce mai posibilă. Copiii încep să caute din ce în ce mai multe provocări. De asemenea motivația lor crește.

Prin practică și repetiție, își aprofundează mișcărilor și astfel își întăresc mușchii. În plus, intră în joc activități care corespund exact nivelului de dezvoltare al copiilor. Aceste activități sunt concepute pentru a nu fi nici prea ușoare și plictisitoare, nici prea dificile și frustrante. Limitările funcționale permanente se deplasează în fundal de îndată ce copiii știu și își pot folosi abilitățile. Dacă știu exact ce pot face fizic și ce este încă posibil, pot câștiga perspective și calitatea vieții. Pentru aceasta, este absolut necesar ca copiii să fie cât mai fără durere posibil. Aici fizioterapeutul oferă posibilități și ajutoare pentru ameliorarea durerii. Aceste abordări sunt, de asemenea, combinate în conceptul Bobath.

Conceptul Bobath

Conceptul Bobath este unul dintre cele mai cunoscute concepte de terapie în fizioterapie. Se bazează pe o fundație neuro-fiziologică și are o abordare care include copilul în întreaga sa personalitate. Această abordare necesită o cooperare strânsă între disciplinele implicate (medic, educator, logoped, terapeut ocupațional), precum și cu dumneavoastră ca părinți.

Cuplul căsătorit Dr. h.c. Berta Bobath (fizioterapeut, 1907-1991) și Dr. Karel Bobath) au început să dezvolte conceptul de tratament în anii 1940. În deceniile următoare a fost extinsă și diferențiată. Ca urmare a experiențelor lor de tratament, mai întâi cu pacienții care au suferit

un accident vascular cerebral și mai târziu cu sugari și copii care au fost expuși riscului unei tulburări de mișcare, cuplul Bobath a făcut observația că postura modificată patologic și

modelele de mișcare pot fi influențate. Acesta este modul în care acest concept interdisciplinar a luat ființă.

Conceptul Bobath este și a fost dezvoltat în continuare prin experiența dobândită în activitatea terapeutică, noi rezultate ale cercetării creierului și sugestii din științele învecinate, ar fi psihologia dezvoltării și pedagogia sugarilor. Acest lucru permite orientarea către starea actuală a cunoștințelor științifice. Dezvoltarea copilului este supusă unei schimbări constante. Abordarea tratamentului terapeutului Bobath se referă la exact acest lucru. Dezvoltarea copilului se caracterizează printr-o interacțiune a componentelor sensomotorice, emoționale și mentale. Copilul se implică în mod constant în mediul social și obiectiv.

Fizioterapeutul Bobath declanșează manual anumite mișcări la copil prin inițierea mișcărilor de rotație în așa-numitele puncte cheie. Scopul este de a normaliza tensiunea musculară a copilului cât mai mult posibil și de a promova mișcări coordonate. Tratamentul Bobath este de obicei încorporat într-o situație de joacă, astfel încât cerințele asupra copilului să poată fi puse în aplicare într-un mod jucăuș. Are loc pe podea, planul înclinat, placa de balansoar, mingea de exerciții, în tunelul de alpinism sau în alte spații prietenoase pentru copii. Conceptul Bobath este, de asemenea, foarte potrivit pentru copiii cu tulburări ușoare de coordonare și / sau întârzieri de dezvoltare.

Pe baza diagnosticului medical și fizioterapeutic, terapeutul Bobath va face o evaluare individuală a copilului. Principalul obiectiv al evaluării este observarea activității proprii a copilului. Constatările sunt colectate din nou și din nou în procesul în curs de desfășurare prin legătura strânsă dintre constatări și terapie. În acest fel, terapeutul Bobath garantează monitorizarea regulată a succesului și este în schimb permanent cu părinții.

Scopul tratamentului Bobath este diferențierea abilităților funcționale și motorii, o extindere a competenței copilului de a acționa și cea mai mare independență posibilă în mediul său de viață. Pentru un copil la vârsta de nouă luni, acest lucru poate însemna să învețe să se întoarcă de la supină la poziția predispusă și pentru un copil de 3 ani, ajutând la descălțarea sa. Scopul este de a învăța cele mai fiziologice secvențe de mișcare posibile și de a reduce în mod eficient întârzierile de dezvoltare.

Un principiu de referință, al terapiei Bobath este de a permite condiții optime pentru dezvoltarea competenței senzoriale a copilului. Terapeutul ia în considerare nevoile mentale, sociale și emoționale ale copilului ei. Condițiile optime din tratamentul sugarilor includ interacțiunea părinte- copil netulburată. Terapia Bobath susține și consolidează competența parentală și aduce o contribuție importantă la dezvoltarea netulburată a interacțiunii părinte-copil. Discuțiile profesionale, explicațiile și informațiile despre diagnostice, etapele de dezvoltare, etapele, designul și obiectivele de mediu oferă părinților cunoștințele de fond necesare și creează încredere reciprocă.

Terapeutul va activa vigilența copilului dumneavoastră și atenția. De exemplu, pot fi oferite în mod specific stimuli somato-senzoriali și vestibulare, ar fi atingerea și mișcarea, dar și stimuli în zonele auditive și vizuale. Prin încercarea de lucruri pe cont propriu și repetându-le într-o varietate de moduri, copilul dumneavoastră poate învăța într-un mod orientat spre acțiune și funcționale. Prin urmare, situațiile de zi cu zi sunt alese care sunt deosebit de favorabile pentru dezvoltarea propriilor idei și experimentare. Competența de acțiune se

dezvoltă cel mai bine la copilul tău atunci când își poate da seama de obiective semnificative pentru copilul tău. În acest fel, potențialul activ al copilului dumneavoastră poate fi utilizat în mod optim. Oferta de reglare a tonusului a terapiei Bobath sprijină copilul dumneavoastră în acest sens.

Spre deosebire de alte concepte de terapie, nu există exerciții fixe în conceptul Bobath. Accentul se pune pe activitățile individuale și de zi cu zi. Aceasta se referă la domenii precum hrănirea, igiena personală, îmbrăcarea și dezbrăcarea, locomoția și joaca. Este sarcina terapeutului să afle cerințele specifice împreună cu voi ca părinți. Acest lucru duce la unele orientări pentru părinți. De exemplu, vi se va arăta cel mai bine să ridicați și să transportați copilul într-un mod adecvat pentru dezvoltare sau să vă ajutați copilul să învețe să se târască.

În plus, este important de amintit că, toate măsurile din terapia Bobath servesc la prevenirea daunelor fizice secundare, cum ar fi contracturile, luxațiile și deformările, pe cât posibil. În intervenția timpurie a copiilor nevăzători sau cu dizabilități de vedere și a copiilor cu dizabilități multiple, cooperarea tuturor persoanelor implicate cu copilul capătă o semnificație deosebit de importantă, deoarece obiectivele fiecărei discipline individuale pot fi atinse numai cu măsurile tuturor disciplinelor.

Dezvoltarea vizuală, de exemplu, este posibilă numai dacă copilul își poate concentra toată atenția și concentrarea asupra acesteia. În acest sens, are nevoie de o poziție relaxată și adecvată, care să stimuleze simultan și dezvoltarea fiziologică.

Suportul motor este acceptat și integrat în viața de zi cu zi numai dacă stimulii proveniți pe cale vizuală, auditivă, tactilă, trezesc curiozitate și creează motivație, adică sunt utilizate materiale individuale de intervenție timpurie.

Mâncarea sau înghițirea nu mai reprezintă o problemă doar atunci când se constată setarea corectă a poziționării, alegerea alimentelor și, eventual, găsirea hranei.

Prin urmare, trebuie să existe o conexiune între toate disciplinele, cu o revizuire periodică a obiectivelor și acțiunilor de implementare.

Sistemul de clasificare a funcției motricității grosiere (GMFCS)

Sistemul GMFCS include cinci niveluri de funcționare sau etape. Acestea sunt folosite pentru a clasifica gradul de afectare motorie a copiilor cu paralizie cerebrală. Clasificarea se bazează pe capacitatea de mobilitate independentă și pe nevoia de asistență din partea tehnologiilor asistate și a mijloacelor de sprijin pentru mobilitate.

Sunt delimitate mai multe segmente de vârstă: între naștere și doi ani, între doi și patru ani, între patru și șase ani, între doisprezece și optsprezece ani.

Fizioterapeuții, terapeuții ocupaționali și medicii folosesc GMFCS pentru a defini nivelul de mobilitate al copiilor. De asemenea, este utilizat ca bază pentru stabilirea în comun a obiectivelor terapiei, în comunicarea cu părinții. Aceștia pot fi implicați în evaluare prin completarea unui chestionar special pentru părinți.

Părinții sunt adesea foarte buni la evaluarea abilităților motorii ale copiilor lor folosind această metodă, de aceea, de obicei, participarea lor la acest proces aduce beneficii.

GMFCS s-a dovedit a fi o metodă fiabilă pentru clasificarea abilităților motorii actuale, dar și pentru prezicerea abilităților motorii ale copiilor cu CP. Diferitele niveluri de funcționare din cadrul sistemului sunt relativ ușor de distins între ele, iar sistemul s-a dovedit util în planificarea intervențiilor. De exemplu, oferă indicații cu privire la echipamentele sau mijloacele de

mobilitate care ar putea fi necesare pentru copil (de exemplu, cârje, cadru sau un scaun cu rotile).

GMFCS poate fi utilizat pe diferite direcții, precum și în cercetare (de exemplu, în selecția, descrierea și stratificarea eșantioanelor aleatorii). Sistemul este, de asemenea, util pentru a-i învăța pe copii și a îngrijitori cât de diferite pot fi abilitățile motorii ale copiilor cu CP, chiar dacă aceștia au același diagnostic.

GMFCS este ușor de utilizat și evaluarea nu necesită mult timp. O persoană instruită corespunzător poate determina în aproximativ zece minute nivelul de funcționare al unui copil. Profesioniștii care nu cunosc pacientul au nevoie de obicei de aproximativ 15 până la 20 de minute pentru evaluare și notare.

Proiectarea mediului

În conceptul Bobath, prin mediu se înțelege mediul spațial, obiectiv și social al pacientului.

Pe de o parte, terapeutul contribuie la acest mediu prin utilizarea corpului său și a capacității sale de a facilita și prin decizia de a utiliza tehnici practice ”mână pe” sau ”mână sub”. Pe de altă parte, el aduce schimbări mediului spațial și obiectiv în conformitate cu preocuparea terapeutică convenită de comun acord.

Scop și obiective

- Activarea propriilor strategii de rezolvare a problemelor pacientului pentru procesul de învățare senzorial-motoriu și cognitiv
- Percepția de sine și percepția de către ceilalți
- Orientarea în spațiu
- Experimentarea autoeficienței
- Extinderea competențelor pentru / participare

Conținut

- Analiza mediului
- Proiectarea mediului în ceea ce privește interacțiunea și obiectivul dorit de acțiune orientat spre cotidian
- Observarea selecției, naturii și poziționării materialelor
- Utilizarea țintită a simțurilor tactil, vizual, proprioceptiv, auditiv și olfactiv
- Utilizarea ajutoarelor necesare

Reguli

- Mediul proiectat trebuie să fie adaptat competențelor actuale ale pacientului și să permită dezvoltarea;
- Mediul este adaptat pentru a fi sprijin atât în terapie, cât și în viața de zi cu zi;
- Proiectarea mediului trebuie să fie cunoscută și ușor de înțeles de către toate persoanele implicate, astfel încât să poată fi adoptată;
- Proiectarea mediului trebuie documentată;

REFERENCES:

1. Bös, K., Worth, A., Opper, E., Oberger, J. & Woll, A. (2009). Motorik-Modul: Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland .Baden-Baden. Nomos.
2. Bös, K. & Ulmer, J. (2003). Motorische Entwicklung im Kindesalter. Monatszeitschrift Kinderheilkunde, 151, 14-21.
3. Conzelmann, A. (2009). Plastizität der Motorik im Lebenslauf. In J. Baur, K. Bös, A. Conzelmann & R. Singer (Hrsg.), Handbuch Motorische Entwicklung (S. 69-86). Schorndorf: Hofmann.
4. Haupt, U. (2011). Behindert und gefördert. Kinder mit Körperbehinderungen in unserer Gesellschaft. München: Allitera.
5. Hunger, I. & Zimmer, R. (2012). Einleitung. In I. Hunger & R. Zimmer (Hrsg.), Frühe Kindheit in Bewegung –Entwicklungspotentiale nutzen.(S.9-10). Schorndorf: Hofmann.
6. Weber, B. (2012). Psychomotorik für Eltern. In I. Hunger & R. Zimmer (Hrsg.), Frühe Kindheit in Bewegung –Entwicklungspotentiale nutzen.(S.301-305). Schorndorf: Hofmann.
7. Willimczik, K. & Conzelmann, A. (1999) Motorische Entwicklung in der Lebensspanne -Kernannahmen und Leitorientierungen. Psychologie und Sport, 6,60-70.

<http://www.bobath-vereinigung.de/>

1.link

[Therapy Concept for child and family: The Bobath-Concept - YouTube](#)

2.link

https://www.therapeutenteam.com/tl_files/content/pdf/TTB_Handlingsbroschuere_Web.pdf

3.link

https://www.canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/058/original/GMFCS-ER_English.pdf

4.link

<https://www.hendrikoff.de/pdfs/bobathflyerweb.pdf>

CONCEPTE LOGOPEDICE ÎN SITUAȚIILE DE HRĂNIRE

Dezvoltarea suptului, a înghițirii și a mestecării începe la naștere și se finalizează, de obicei, în al 2-lea - al 3-lea an de viață.

Sunt experimentate următoarele faze:

- Supt de la sân / biberon - mâncare lichidă
- Mâncarea cu mâinile și limba - alimente pulpoase
- Mestecarea - mâncare solidă

Aceste abilități sunt strâns legate de dezvoltarea fizică și senzorială generală.

Semnificația mâncării și băuturii într-un context social (european)

Mâncarea este o activitate vitală a vieții de zi cu zi prin furnizarea de substanțe nutritive pentru creștere. Aceasta servește dezvoltării și întreținerii funcțiilor organismului. O nutriție sănătoasă și care promovează sănătatea necesită o compoziție echilibrată a alimentelor și o cantitate de calorii adaptată individual. Aportul alimentar ca atare este legat de bunăstarea mentală. Aportul alimentar este un eveniment comunicativ și oferă o structură zilnică. Mâncarea înseamnă de obicei o experiență și un sentiment pozitiv.

Repere în hrănire în timpul dezvoltării tipice

Vârsta în luni	0 – 4	5 – 7	8 – 10	10 – 12	12 - 18	18 - 24	24 - 36
Bea	Sticlă/ Hrănire la sân	Hrănire la sân/ Sticlă	Hrănire la sân/ Sticlă/ Cană	Bea din cană cu pierderi ale conținutului	Bea singur	Cum 12 -18	Cum 12 - 18
Mănâncă cu lingura		Nemestecat Alăptarea	Pasat cu bucățele	Primele încercări cu lingura	Experimente independente din mâncarea familiei	Mâncarea familiei independent	Mâncarea familiei
Mestecă			Primele încercări Mam- pfen	Prima masticare rotativă diagonală	Circular Rotirea mestecării		
Consistență	Lichid	Pasat Alăptare	Semi- solid Kost Baby biscuit	Semi-solid	Toate consistențele		

Abateri de la mișcările fiziologice de supt, înghițire și mestecare:

Terminologie:

1. Disfagie pediatrică (tulburare de înghițire)

Perturbări în aportul, prelucrarea, transportul alimentelor, băuturii și salivei datorate unor:

- Boli neurologice congenitale
- Boli neurologice dobândite
- Modele comportamentale (învățate prin posibile experiențe traumatice)

2. Tulburare de hrănire (ICD 10/98)

Tulburare de adaptare timpurie

- La alăptare
- Trecerea de la alăptare la hrănire cu biberonul
- Sticlă de tranziție - mâncare pentru bebeluși
- Introducerea alimentelor solide

- Caracteristică: aport inadecvat de alimente, pe o durată mai mare de 4 săptămâni, apare înainte de vârsta de 6 ani și este de obicei asociată cu eșecul de a prospera.

Tulburare de alimentație

De exemplu, anorexia sau bulimia, acest lucru nu apare la sugari și copii mici. Este o tulburare psihogenă

3. Tulburare miofuncțională:

Este prezent un dezechilibru al musculaturii faciale și orale, precum și malpoziția maxilarului, un model de înghițire non-fiziologic. Tulburarea miofuncțională nu este o tulburare tipică de înghițire, în sensul transportului alimentar afectat.

Tulburare de înghițire la copii (disfagie pediatrică)

Mai departe vom detalia tulburările de înghițire (disfagie). Acestea apar adesea la copiii cu deficiențe complexe.

Cauzele disfagiei:

- Defecte congenitale, nașteri premature
- Diferite sindroame (trisomia 21, sindromul Prader-Willi ...)
- Epilepsii
- Modificări inflamatorii ale țesuturilor
- Întârziere în dezvoltarea mentală
- Leziuni orofaciale
- Cauze neuromusculare

Simptomele disfagiei:

1. Probleme ce țin de cavitatea bucală

- Fără închiderea gurii: saliva și alimentele curg din gură
- Mestecarea prelungită și / sau restricționată sau mestecarea este imposibilă
- Mâncarea este colectată în cavitatea bucală sau în pungile obrazilor (este necesară o igienă orală aprofundată după masă)
- Mobilitate limitată a limbii
- Este posibilă declanșarea reflexului dificil sau lipsa înghițirii (risc de aspirație)

2. Probleme în zona gâtului

- Tuse sau degajare a gâtului la înghițire (ingestie)
- Sufocare cu mâncare
- Alimentele se blochează (senzație de noduli, dificultăți de respirație)
- Declanșarea reflexului de înghițire frecventă

3. Probleme legate de procesele senzoriale care pot interfera cu procesul alimentar:

- Capacitatea organelor senzoriale de a primi input senzorial este perturbată
- Controlul cantității totale de informații procesate de creier poate fi deranjat
- Capacitatea creierului de a recunoaște sau interpreta mesajul senzorial este perturbată.

Indicații posibile ale diafagiei pediatrică (tulburare de înghițire infantilă):

Aceste observații sunt importante și ar trebui trimise unui medic pentru a discuta despre acțiuni ulterioare.

- Lipsa de coordonare între supt și înghițire
- Înghițire frecventă (aspirație)
- Strangulare excesivă
- Tuse repetată în timpul hrănirii

- Întreruperi ale respirației
- Aspirație slabă
- Vocea sonoră umedă sau gălgâitoare
- Temperatura crescută frecvent
- Pierdere în greutate
- Infecții respiratorii frecvente, pneumonie
- Durata hrănirii mai mult de 30-40 de minute
- Salivare peste vârsta de 5 ani

Când apar simptome, este foarte importantă contactarea promptă părinților și a medicului current, pentru a evita înecarea și pentru a discuta despre procedura ulterioară. Pot fi de ajutor realizarea unui test de înghițire (FEES sau videofluoroscopie) și / sau o modificare a consistenței alimentelor.

Implementarea practică a terapiei

În aria tulburărilor de deglutiție, este necesară crearea de rețele cu diferite grupuri profesionale terapeutice, cum ar fi logopedia, fizioterapia, terapia ocupațională și psihologia. Fiecare grup profesional poate contribui la a face din mâncare și băutură un succes pentru toți cei implicați (copil, părinți, îngrijitori).

Cooperarea cu logopedul poate optimiza poziția șezândă și consistența consumului de lichide și alimente. Pe baza diagnosticului, logopedul poate da indicații decisive referitoare la disfagia pediatrică și poate iniția trimiterea la un medic adecvat. În plus, există posibilități de utilizare a diferitelor forme de terapie, cum ar fi Castillo Morales, Taktkin etc. pentru a da impulsuri pentru optimizarea hrănirii.

Cooperarea cu fizioterapeutul poate optimiza poziționarea corpului și reglarea scaunului cu roțile, în special în zona capului-partea superioară a corpului-picioare.

Cooperând cu terapeuții ocupaționali, pot fi discutate tehnici relevante pentru viața de zi cu zi care afectează alimentația: tacâmurile cu diferite mânere, în special forma farfuriilor.

Deja în timpul pregătirii meselor, sunt create condiții prealabile decisive pentru un aport alimentar reușit. Cooperarea dintre bucătărie și logoped este de o importanță crucială. Pasarea mâncării este un proces care nu trebuie subestimat. În acest context pot fi observate următoarele: ce consistență a alimentelor copilul o procesează bine?

- Terci - neted, fără acid, fără fibre (această formă poate fi probabil investigate atent).
- Piure normal fără bucăți.
- Piure până la consistența mărunțită. Această consistență poate ajuta, de asemenea, ca etapă de tranziție la alimentele normale.
 - Pentru a îmbogăți alimentele pasate, puteți folosi uleiuri (ulei de in), unt, smântână, sirop
 - Consistența adecvată a alimentelor este observată în timpul hrănirii.

Îngroșarea adecvată a băuturilor are o importanță deosebită. Acest lucru poate preveni, în prealabil, înghițirea periculoasă a lichidelor.

Există următoarele categorii de lichide:

- Lichid: apă, ceai, suc
- Nectar: mai vâscos decât lichidul, curge ușor din lingură, de exemplu, piureuri

- Miere: vâscozitate mai mare decât nectarul, dar nu la fel de fermă ca smântâna sau terciul

Agent de îngroșare: Este util pentru mulți dintre rezidenții noștri să se îngroșe băutura cu un agent disponibil în farmacii. Avantajul este că băutura poate curge în gură / gât într-un ritm lent și ușor de gestionat.

Este important să știți că un agent de îngroșare:

- Nu este neapărat fără gust
- Devine mai gros în timp
- se stabilizează după ceva timp
- Băutura trebuie să-și păstreze consistența pentru max. 2 ore.

Important: Fiecare băutură (aciditate în sucuri, conținut de zahăr ...) reacționează diferit la îngroșător și trebuie încercată în prealabil.

Sugestii terapeutice care pot crea o situație alimentară bună:

- O plasare corectă a copilului, capul în poziția de mijloc, poziția stabilă, picioarele au nevoie de sol solid
- Acordați toată atenția persoanei îngrijite
- Pentru persoanele cu spasticitate: nu aplicați presiune pe buze sau pe limbă - acest lucru poate provoca spasticitate.
- Nu forțați copilul să mănânce
- Fără mâncare în absența semnalului copilului
- Limitarea timpului de masă

COMUNICAREA AUGMENTATIVĂ ȘI ALTERNATIVĂ (AAC) ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE

În cazul copiilor cu dizabilități multiple, înțelegerea vorbirii este, de asemenea, afectată. Promovarea comunicării este, prin urmare, unul dintre principalele aspecte ale activității specialiștilor în intervenție timpurie. Aici este deosebit de important să se utilizeze pentru dobândirea și dezvoltarea competențelor comunicative canalele senzoriale.

Mulți dintre copiii afectați pot dobândi abilități lingvistice de vorbire doar într-o măsură foarte limitată sau deloc, rezultatul ducând la o lipsă a autodeterminării, o dezvoltare insuficientă a identității și implicare participativă redusă. Prin urmare, este necesar să căutăm posibilități și tehnici alternative care să completeze sau să înlocuiască limba vorbită, într-un stadiu foarte timpuriu.

În trecut, exista o credință larg răspândită că utilizarea timpurie a măsurilor AAC ar putea împiedica dobândirea limbajului copiilor. Astăzi, știm că utilizarea țintită și timpurie a AAC este un factor important, indispensabil pentru dezvoltare.

Ce este AAC?

Termenul AAC acoperă toate măsurile care promovează și extind comunicarea unei persoane. Abilitățile endogene existente sunt completate de strategii și tehnici alternative, astfel încât persoana în cauză să poată fi implicată în procesele decizionale într-un stadiu incipient. Exemple:

- completarea limbii vorbite cu semnificația cuvintelor cheie;
- introducerea obiectelor de referință pentru activități sau locuri;
- introducerea cardurilor ilustrate și a panourilor de comunicare pentru înțelegere,
- furnizarea de dispozitive de output vocal (cf. Wilken 2002)

Practic, se face distincția între formele de comunicare interne și externe (moduri).

Modurile proprii ale corpului includ, de exemplu, expresii faciale, gesturi, respirație, sunete, contact vizual, gesturi de indicare, gesturi, semne tactile, limbaj vorbit etc.

O împărțire a modurilor externe:

- non-tehnice (fotografii, carduri simbol, plăci simbolice, portofolii cu simboluri, informații scrise) și
- tehnice (Power Link, Butoane Simple vorbitoare, Serie butoane vorbitoare, Cărți audio, Dispozitive de comunicare cu simboluri statice și Dispozitive complexe de comunicare cu ecran tactil). În ultimii ani, au fost dezvoltate și câteva aplicații AAC foarte utile pentru tablete. (A se vedea link-ul de la sfârșitul textului)

Lista de mai sus arată că setul de instrumente AAC este foarte extins. Pentru ca persoana în cauză să beneficieze de acestea, este, necesară o abordare țintită, orientată către resurse și bazată pe un diagnostic complet.

Este la fel de important ca specialistul pe intervenție timpurie să cunoască posibilitățile și limitele diferitelor mijloace de comunicare. La urma urmei, el ar trebui, de asemenea, să-i instruiască pe părinți despre cum să le folosească. Nu are prea mult sens să te limitezi la o formă de comunicare. Mai degrabă, trebuie abordată de la bun început o abordare multimodală a sprijinului, care include elemente din toate modurile menționate.

Există diverse proceduri de diagnostic care ajută la clasificarea etapelor timpurii de dezvoltare ale comunicării (vezi Sachse 2010).

Este important ca, pe lângă abilitățile lingvistice, să se înregistreze foarte precis achizițiile în ceea ce privește abilitățile motorii grosiere, abilitățile motorii fine și percepția senzorială. Noi acordăm o atenție specială cunoașterii vederii funcționale ale unei persoane. Acest lucru ajută la a identifica ce support AAC poate fi utilizat în principiu.

Un instrument de diagnosticare folosit frecvent de noi este „UK-Förderdiagnostik” de Irene Leber. Oferă rapid informații despre stadiul de comunicare pre-intenționat sau intenționat în care se află copilul, de exemplu, și dacă ce nivel de înțelegere al recunoașterii simbolurilor poate fi utilizat. Din aceasta, pot fi derivate obiective concrete pe termen scurt, mediu și lung și măsurile de sprijin necesare. În mod ideal, acestea se bazează pe obiectivele menționate în ICF. În plus, se înregistrează cine intervine când, unde și cât de des.

Posterul atașat poate oferi multe informații utile și practice. De asemenea, arată dintr-o privire cât de importante sunt domeniile „oferirii securității” și „înțelegerii mai bune” în primele etape de dezvoltare. Prin urmare, este un instrument excelent pentru discuții comune privind obiectivele de dezvoltare.

Posterul a fost publicat și în traducere în limba engleză sub denumirea de „Evaluarea și sprijinirea comunicării - Afiș cu note orientative”. Chestionarele corespunzătoare „Foi de înregistrare, adunarea dovezilor pentru intervenție” pot fi descărcate gratuit (a se vedea linkul). Irene Leber descrie dezvoltarea comunicării în următoarele etape:

A: Eu, comunicare pre-intenționată

B: Eu și voi, comunicare intenționată timpurie

- C1: Eu, tu și lucrurile, comunicare intenționată
 C2: Eu, tu și lucrurile, comunicare activă
 D1: Eu, Tu, Lucruri și Simboluri, Comunicare simbolică
 D2: Eu, Tu, Lucruri și Simboluri, Comunicare activă
 E1: Vocabular extins

Indiferent de modalitatea de evaluare pe care o alegeți, ar trebui să răspundeți la următoarele întrebări, de exemplu:

- Unde găsim oportunități de comunicare în viața de zi cu zi?
- Cum poate persoana să ia parte la luarea deciziilor?
- Cum poate persoana să dețină mai mult control asupra activităților obișnuite?
- Cum poate persoana să aibă parte de experiențe care să o facă să înțeleagă că poate influența mediul?
- Cum poate persoana să arate ce ar dori?
- Ce putem face pentru a ne asigura că un instrument este experimentat ca fiind semnificativ și eficient?
- Cum putem sprijini copilul să atingă un nivel mai înalt de competență?

Cum funcționează suportul AAC?

Măsurile ar trebui să fie întotdeauna orientate către interesele copilului și să se încadreze în mediul de viață al copilului sau în viața de zi cu zi a familiei. Părinții, frații și alte persoane apropiate ar trebui să fie implicate în toate procesele.

Pentru a înțelege cauza și efectul este necesară o repetiție frecventă.

Cu cât copilul poate experimenta și simți mai des și mai devreme puterea comunicării sale și autoeficacității sale, cu atât mai probabil va vrea să folosească toate abilitățile sale comunicative.

Modelarea: Este întotdeauna util să cunoaștem dezvoltarea limbajului normal al copiilor. De ce? Pentru că este cel mai bun mod de a înțelege că copiii primesc mult input lingvistic în primii ani de viață. Au mult timp să observe efectul comunicării asupra altor persoane. Și la un moment dat, primele cuvinte „vin de la sine”. În schimb, copiii cu AAC sunt adesea confrunțați foarte repede cu faptul că ar trebui să folosească în mod activ noul lor instrument de comunicare. Se uită prea des că de fapt au nevoie de mult mai mult timp decât copiii dezvoltați în mod normal. Ei nu învață să comunice singuri cu modurile externe de exprimare.

Prin urmare, noi, adulții, trebuie să începem și să folosim cu răbdare, în mod repetat, ca model, sistemul AAC în comunicarea noastră. Numai cu noi, ca model lingvistic competent, dezvoltarea limbajului AAC poate avea succes. Desigur, acest lucru nu este foarte ușor, deoarece aceste forme de suport de comunicare ne sunt străine și trebuie să le învățăm mai întâi, noi înșine.

S-a dovedit a fi foarte util în promovarea AAC acasă, să observăm strategiile partenerilor, precum cele formulate în programul COCP de Vera M. Jonker, Margriet J. M. Heim în Heliomare, Olanda, 1994:

1. pregătirea și structurarea mediului
2. ghidarea exemplului copilului

3. stabiliți un punct de atenție comun
4. profitați de oportunități
5. aveți așteptări față de copil
6. Acordați suficient timp; procedați treptat și încet.
7. să fiți un model de comunicare
8. adaptați nivelul limbii
9. acordați asistență (prompt, ajutor)
10. recompensați încercările de comunicare

În cele din urmă, ar trebui subliniat încă un aspect important: știm cu toții cât de util este faptul că, de exemplu, tastaturile computerului nostru sunt standardizate și putem scrie pe ele cvasi „orbește”.

Același lucru este valabil și pentru proiectarea suporturilor AAC care vor fi oferite copiilor. Aceasta include, de exemplu, selectarea unui limbaj al semnelor uniform, definirea unui sistem specific de simboluri (de exemplu, Metacom), definirea unei grile uniforme pentru plăcile de simboluri și portofoliile de simboluri. De asemenea, în ceea ce privește un transfer ulterior către o altă instituție sau școală, este de o importanță crucială ca sistemul de limbaj al semnelor copilului să fie înțeles și utilizat și acolo.

Datorită sferei sale limitate, această lucrare poate fi doar un impuls (îmbold) inițial pentru explorarea domeniului larg, dar interesant al AAC. S-au menționat posibilitățile de intervenție și s-au evidențiat cerințele pe care trebuie să le îndeplinească partenerii de comunicare pentru o comunicare reușită. Un sistem AAC bine dezvoltat permite utilizatorilor să comunice într-un mod mai diferențiat și să se înțeleagă cu un cerc mai larg de oameni și în diferite situații din viața de zi cu zi. Le deschide șansa să iasă din colțul pasiv și să ia un rol activ în viața de zi cu zi. Din nou și din nou, experimentăm cât de pozitiv își pot surprinde copiii îngrijitorii / părinții și să le arate ce abilități neașteptate au atunci când au reușit să îi familiarizăm cu sistemul de sprijin AAC adecvat.

Oricine a fost ”infecat” de entuziasmul unui copil care tocmai a înțeles noile posibilități deschise de o imagine precisă AA, va dori cu nerăbdare să se implice în viitor. Pentru cei interesați, există multe surse de informații și oportunități de formare.

REFERINȚE:

1. Claudio Castaneda, Nina Fröhlich and Monika Waigand: Modelling in AAC www.ukcouch.de
2. Bärbel Weid-Goldschmidt: Zielgruppen AAC. Assessing abilities - designing support. von Loeper Verlag(Karlsruhe) 2013. 120 pages. ISBN 978-3-86059-125-3.
3. The COCP programme in the UK : <http://www.vonloeper.de/uk-tagungsbaende/userfiles/downloads/14/Dortmund%20presentatie%2016%20Nov%2017%20web.pdf> Slide 51-77.
4. Heim, M.J.M. & Baker-Mills, A.E.: Early development of symbolic communication and linguistic complexity through augmentative and alternative communication. In: Tetzchner, S. von & Jensen, M.H. (Hrsg.). Augmentative and alternative communication: European perspectives. London: WhurrPublishers. 1996.

5. Heim, M., Jonker, V., Veen, M.: COCP: An intervention programme for non-speaking persons and their communication partners. Handbook of Augmentative and Alternative Communication. 2nd rev. ed. 2005.
6. Boenisch, Jens and Stefanie Sachse (2007): Sprachförderung von Anfang an: On the use of core and fringe vocabulary in early intervention. In: Augmentative and Alternative Communication 3/2007. 12 - 20.
7. Sachse, Stefanie (2007) : Zur Bedeutung von Kern- und Randvokabular. In: Augmentative and Alternative Communication 3/2007. 7 - 10.
8. Sachse, Stefanie (2010): Intervention Planning in Augmentative and Alternative Communication, von Loeper Fachbuch.

Surse de informare, software și linkuri utile:

1. Sursa informare Poster „ Assessing and Supporting Communication - Poster with Guidance Notes” : <https://inklusive-shop.ariadne.de/kommunikation/unterstuetzte-kommunikation/fachliteratur/10005/leber-assessing-and-supporting-communication-n/000-221/>
- Link "Record Sheets, Gathering evidence for intervention": https://www.cluks-forum-bw.de/aus-der-praxis/konzeption-und-organisation-in-der-schule?tx_cforum_listpost%5Baction%5D=downloadPostFiles&tx_cforum_listpost%5Bfilename%5D=assessing_and_supporting_communication_record_sheets_1567780095.pdf
3. Boardmaker, software pentru crearea șabloanelor de simboluri
4. liste de aplicații iPad: <https://uk-app-blog.blogspot.com/p/aktueapps-listen.html>
5. Explicații privind vocabularul de bază și marginal și sursa de referință pentru plăcile de comunicații proiectate uniform etc. <https://www.hf.uni-koeln.de/34091> și <https://shop.fbz-koeln.de>
6. <https://www.lifetool.at/beraten/rat-tat/uk-tipp/uk-tipps/2011/2011-07-kommunikationsmappe/>
7. isaac-online.org
8. <https://www.cluks-forum-bw.de/unterstuetzte-kommunikation>

SEMNE/INDICATORI PENTRU STIMULAREA COMUNICĂRII ȘI LIMBAJULUI ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE

Pentru a participa la viața socială în cel mai bun mod posibil și într-o manieră autodeterminată, oamenii au nevoie de o gamă largă de abilități de comunicare în toate formele lor, cum ar fi vorbirea, expresiile faciale, limbajul corpului, gesturile și semnele.

Bebelușii și copiii mici fără dizabilități dobândesc aceste abilități de comunicare și limbaj într-un mediu de stimulare a limbajului cu parteneri de comunicare competenți, de obicei fără sprijin suplimentar.

Bebelușii și copiii mici cu întârzieri în dezvoltare, cum ar fi tulburări cognitive, sindroame genetice, dizabilități senzoriale, tulburări de spectru autist, tulburări neurologice sau motorii, precum și mutism, au nevoie de sprijin în dobândirea limbajului și a abilităților de comunicare.

Acest sprijin are loc, dacă este posibil, sub formă de servicii de sprijin lingvistice (de intervenție timpurie) și logopedie cu consultarea mediului social, cum ar fi familia, creșa, grădinița.

În acest context, comunicarea augmentativă și alternativă (AAC) este de asemenea utilizată cu succes.

În completare la utilizarea simbolurilor grafice, a butoanelor simple sau a dispozitivelor de comunicare (vorbitoare), utilizarea țintită a gesturilor sau a limbajului semnelor este adecvat în special pentru intervenția timpurie. Acestea din urmă aparțin propriilor sisteme de comunicare ale corpului și, prin urmare, pot fi utilizate fără eforturi tehnice suplimentare.

Gesturile sunt elemente preverbale sau paraverbale (nelingvistice); sunt legate de cultura respectivă și pot avea semnificații diferite.

Ele sunt utilizate în mod natural de partenerii de comunicare în conversația cu bebelușul sau copilul mic. Ființele vii și obiectele sunt arătate și numite, se atrage atenția asupra sunetelor sau mișcărilor, încuviințarea din cap sau folosirea mâinii folosită pentru a-și lua rămas bun.

Copilul în creștere observă aceste gesturi și începe să le imite în jurul vârstei de 9 luni, să arate spre obiecte și subiecți din raza vizuală (deictic, refrențial-contextual, gestul de a indica), să caute privirea partenerului de comunicare și să stabilească un câmp de atenție comună. Acest proces se mai numește și triangulare.

Semnele făcute de copil sunt, la rândul lor, preluate de partenerii de comunicare, lingvisti, extinse, având semnificație și astfel înțelegerea limbajului de către copil se dezvoltă chiar înainte ca primul limbaj să se producă.

Gesturile non-deictice / simbolice sunt utilizate de copilul mic odată cu dobândirea limbajului în jurul vârstei de 1 an. Aici, se face deja referire la obiecte sau conținut care nu sunt în câmpul vizual al copilului. Aceste gesturi sunt, astfel, independente/ nelegate de context și au o semnificație concretă, semnificativă.

Astfel, gesturile pot fi echivalate cu un concept și sunt foarte apropiate de cel al unui gest. Absența gestului de indicare sau a altor gesturi trebuie deja înțeleasă un indicator al dezvoltării vizibile a limbajului.

Un gest („semn” în lumea anglo-americană) primește întotdeauna un înțeles concret, astfel că poate corespunde unui sunet, literă, cuvânt sau frază întreagă. În completare față de mișcarea mâinii, termenul este articulat cu gura și începe să aibă înțeles prin expresiile faciale și postura corpului care susțin sensul. „Vorbirea și realizarea de semne în același timp, facilitează înțelegerea și oferă utilizatorului mai multă siguranță și transparență în situația comunicării” (Nonn, 2011, p.46). Semnele sunt acorduri stabilite (sistematic). Există sisteme de semne foarte diferite în funcție de țară, care pot fi, de asemenea, dependente de dialect. Prin urmare, trebuie să se acorde atenție utilizării limbajului semnelor țării respective.

Semnele sunt o punte către limbajul oral: copiii care realizează semne beneficiază de acestea în dezvoltarea limbajului lor, în înțelegerea limbajului, precum și în construirea vocabularului. Au experiențe de comunicare mai pozitive, mai puține eșecuri comunicative și, prin urmare, vor comunica mai mult. Regulile și modalitatea de acțiune sunt, de asemenea, mai bine înțelese (a se vedea alte obiective comunicative în Appelbaum, 2016, p. 10 și Rudolph, aprilie 2018, slide 14-15). Frica, exprimată frecvent, că utilizarea semnelor întârzie sau chiar inhibă dezvoltarea limbajului vorbit nu s-a dovedit a fi adevărată. Dimpotrivă, susține achiziționarea limbajului vorbit.

Practic, utilizatorii de semne pot fi împărțiți în 3 grupuri țintă (Appelbaum, 2016, p.33):

1. Grupul - limbaj expresiv - acești copii utilizează semne (temporar) pentru a susține vorbirea.
2. Grupul - limbaj de susținere - acești copii folosesc temporar semne pentru dobândirea limbajului.
3. grupul de limbă alternativă - acești copii - majoritatea cu dizabilitate auditivă - folosesc semne ca înlocuitor al limbii vorbite.

Când este momentul potrivit pentru a utiliza limbajul semnelor?

Ca regulă generală, rareori este prea devreme și niciodată nu este prea târziu pentru a sprijini comunicarea.

Desigur, un bebeluș foarte mic nu va beneficia încă de semne, dar nici nu îi vor face rău. Este logic să se înceapă oferirea de semne în jurul vârstei de 3 luni. Bebelușul la început le va observa și apoi, în funcție de abilitățile sale motorii și cognitive, le va imita din luna a 8-a până la a 12-a. Chiar dacă acest lucru nu este posibil, bebelușul va beneficia în continuare de efectul de stimulare a interacțiunii și comunicării și va fi susținut în înțelegerea limbajului.

În general, utilizarea semnelor ar trebui să fie decisă împreună cu partenerii de comunicare pentru a obține cea mai mare acceptare și implementare a semnelor în viața de zi cu zi.

Ce tipuri de semne există?

Limbajul semnelor pentru bebeluși, adică oferirea primelor semne pentru copiii care aud, a fost introdus în America ca „semne pentru bebeluși” de ceva timp ca opțiune de comunicare înainte de dobândirea limbajului vorbit. Între timp, acest lucru s-a implementat și în țările vorbitoare de limbă germană și în Europa (de exemplu, „Zwergensprache” de V. König, „Babysignal” de W. Gericke, „Babyzeichen” de Katrin Hagemann), ceea ce sporește foarte mult acceptarea semnelor printre părinți și are un efect foarte pozitiv asupra incluziunii copiilor cu întârzieri de dezvoltare. Cursurile MAKATON pentru bebeluși sunt potrivite în special copiilor cu dificultăți de dezvoltare în aria comunicării. În proiectul evaluat științific din 2012, Comenius „Tiny Signers”, utilizarea semnelor pentru bebeluși a fost testată pentru diferite țări. În cadrul proiectului Comenius „Tiny Signers” evaluat științific din 2012, utilizarea de semne pentru bebeluși cu pregătire specifică a cadrelor didactice pentru copii foarte mici cu dizabilitate auditivă a fost dezvoltată pentru diferite țări.

Vizual - gesturi manuale

Limbajul semnelor (de exemplu, DGS în Germania):

Este unul dintre limbajele naturale cu un sistem lingvistic independent, incluzând o gramatică independentă care nu corespunde limbii vorbite (grupul 3- grup de limbi alternative). Unele dintre acestea sunt combinate cu alfabetul degetelor (FA). „Există o conexiune cu limbajul scris sub forma alfabetului dactil; numele proprii sau termeni ale căror semne nu sunt cunoscute de nici unul sau de ambii interlocutori sunt transmise cu ajutorul alfabetului dactil”. (Nonn, 2011, p.47).

Semne de suport lingvistic (LUG):

Aici, important de reținut - cuvintele cheie semnificative sunt realizate în același timp cu limba vorbită, care sunt orientate spre gramatica limbii vorbite. În funcție de stadiul dezvoltării lingvistice, pentru fiecare propoziție se alege unul sau câteva cuvinte semnificative. (Grup de limbaj expresiv și / sau de susținere). Datorită acestei simplificări, LMG-urile sunt cel mai

frecvent tip de semne utilizat în Marea Britanie, deoarece pot fi implementate cu ușurință și de către copiii cu dizabilități motorii și / sau cognitive.

Semne care însoțesc limba vorbită (LBG), **numită și limbă vorbită prin semne:**

Compoziția și structura corespund limbajului vorbit; semnele sunt însoțite de un limbaj vorbit în toată lumea, iar alfabetul dactil (FA) este, de asemenea, utilizat în unele cazuri. (Grupul 1 - grup de limbaj expresiv)

Sistem manual de foneme (PMS):

Formarea unui fonem printr-un semne gestuale ale mâinii specifice ". Cu aceste semne de mână, poziția buzei, maxilarului și a limbii, precum și locul articulației sunt făcute vizibile. PMS are astfel funcția de ajutor de articulare a sunetelor." (Kaiser-Mantel, 2012, p.31). Prin urmare, ajută la tulburările de articulare, cum ar fi dispraxia, dar și la clarificarea articolelor, pronumelor interogative / întrebărilor sau prepozițiilor.

Semnele tactile pentru copiii cu dizabilități auditive sau pentru persoanele cu surdo-cecitate: Aici, comunicarea are loc prin semne tactile. În funcție de gradul de afectare senzorială și de momentul pierderii vederii / auzului, poate dura mult timp pentru a dezvolta o comunicare de succes.

O distincție se poate face aici între semnele corpului conform lui Sandy Joints (semne ale mâinilor efectuate pe corpul copilului, fără contactul mâinilor) și semnele corpului conform Mary Lee (conducerea mâinilor copilului care se află peste mâinile adultului, semnul se efectuează pe corpul său). Uneori se folosesc semne ghidate, unde mâinile unui copil cu dizabilități vizuale sunt ghidate pentru a face un semn tangibil. Este important să nu ghidați mâinile copilului dacă acesta manifestă rezistență vizibilă!

Lormen pentru surdocecitate. „Vorbitorul” atinge palma mâinii „citorului”. Anumite litere sunt atribuite în mod individual degetelor și anumitor părți ale mâinii. Totuși, această metodă nu este potrivită pentru copiii mici datorită complexității sale și este menționată doar pentru informare.

Practic, se poate face o distincție între colecție de semne și sistemele de semne. Primul constă dintr-o colecție de termeni și vocabular de bază, care sunt limitate ca număr și sunt deosebit de adecvate pentru copiii cu dizabilități cognitive și / sau motorii sau copiii care sunt deja în drum spre limbajul vorbit. Acestea din urmă sunt sisteme complexe, cu vocabular extins, care permit comunicarea nerestricționată și sunt recomandate persoanelor care vor folosi limbajul semnelor pe termen lung.

Prezentarea colecțiilor de semne selectate:

„Uită-te la mâinile mele”(“Look at my hands”) (SdmHa) al Asociației Federale de Ajutor Protestant pentru Persoanele cu Dizabilități. Pentru inițierea și promovarea limbajului persoanelor care nu vorbesc cu dizabilități cognitive. Este important de reținut că semnele nu au fost luate dintr-un sistem de semne, dar au fost utilizate semne diferite, parțial modificate.

Comunicare asistată prin semne (GuK) de E. Wilken:

Dezvoltat inițial pentru copiii cu sindrom Down, acesta este un set de carduri (imagini) care atrage atât copiii, cât și adulții. Primul set se bazează pe SdmHa, al doilea set pe DGS, deci este mai recomandat copiilor care sunt temporar dependenți de sprijin în limbajul semnelor.

Abordarea dezvoltării limbajului MAKATON din Anglia, numită după logopedele Margret Walker, Kathy Johnston și Tony Conforth include deja combinația de semn și simbol grafic, care se învață în 9 pași. Acest lucru a fost adaptat pentru Germania de Gudrun Siegel folosind

DGS. De asemenea, sunt oferite cursuri speciale de semne MAKATON pentru bebeluși, care sunt deosebit de potrivite pentru asistență incluzivă.

O evaluare critică cu avantaje și dezavantaje ale colecțiilor individuale poate fi găsită în Wolf, 2015, pg. 7-12.

Cum ar trebui prezentate semnele?

Este important să vă asigurați că sistemul de semne ales este utilizat cât mai consecvent posibil în toate domeniile de aplicare (semne, cărți ilustrate, videoclipuri etc.) pentru a evita confuzia din cauza diferitelor semne ale mâinii sau a diferențelor de sens. Dacă un copil și-a dezvoltat propriile semne, acestea pot fi desigur folosite și, dacă este necesar, reînvățate ulterior cu feedback corectiv - scopul este întotdeauna o comunicare reușită!

Semnele trebuie întotdeauna făcute clar cu expresii faciale, imagini ale gurii sau limbaj vorbit clar vizibile în fața corpului.

Pentru a promova o structură lingvistică semnificativă de la început, este esențial să se utilizeze vocabularul de bază, precum și periferic, cu verbe și „cuvinte scurte” și nu numai substantive.

Idei pentru promovarea achiziționării semnelor

În mod ideal, diagnosticarea profesională ar trebui să fie efectuată de logopezi / centre sociale pediatrie înainte de a selecta sistemul de semne sau colectarea semnelor care urmează să fie utilizate. În dezvoltarea timpurie, „Evaluarea abilităților de comunicare” conform lui I. Leber, „Schau hin” (Rehavis) sau „Grupurile țintă de comunicare augmentativă și alternativă” de Weid-Goldschmidt sau chestionare de diagnostic de Boenisch și Sachse (vezi Nonn, 2015, p. 100 și urm. și Kaiser-Mantel, 2012, p. 43 și urm.) s-au dovedit a fi procedee de diagnostic.

Apoi, luând în considerare stadiul general de dezvoltare al copilului, necesitățile de comunicare ale vieții de zi cu zi, dar și interesele sale speciale, se ia o decizie comună cu privire la semnele care ar trebui utilizate în viitor. Pentru început, este recomandabil să selectați câteva semne care necesită doar abilități motorii simple, au o semnificație comunicativă și de conținut ridicată și sunt orientate spre subiectele cotidiene ale vieții.

Pentru a permite copilului și mediului său comunicativ să învețe semne, este nevoie de manifestări atractive, frecvente, cu exemple de jocuri de rol, în care personajele utilizează limbajul semnelor și reacționează flexibil la dorințele de comunicare ale copilului și au cunoștințe corespunzătoare. Semnele trebuie folosite în întregul mediu al copilului - acasă, creșă sau grădiniță.

În plus, achiziționarea limbajului semnelor este promovată în mod specific în logopedie sau în unitățile de sprijin, iar partenerii de comunicare sunt instruiți cu privire la modul în care pot fi modele bune pentru învățarea limbajului semnelor de către tânărul învățacel din Marea Britanie. (Modelare)

Este util să plasați semnele în locurile în care acestea vor fi folosite (de exemplu, semnele ce țin de deprinderi de igienă (spălarea mâinilor, feței, a dinților în baie).

Dacă există o „Eu-carte” sau „Carte despre mine”, semnele actuale ar trebui să fie listate acolo sau, pentru copiii care cunosc deja multe semne, ar trebui menționat sistemul de semne utilizat. Pe lângă situațiile de zi cu zi, limbajul semnelor poate fi practicat într-un grup de semne părinte-copil, în creșă și grădiniță, mai ales atunci când cântă cântece (vezi appendix „Materiale de sprijin și colecții de semne”) și oferind jocuri cu degetele într-un mod jucăuș.

Semnele pot fi, de asemenea, folosite minunat atunci când ne uităm la cărți ilustrate sau citim cu voce tare. Există acum câteva cărți ilustrate care sunt deja echipate cu semne. Dacă acestea nu sunt la îndemână, cele mai importante semne pot fi lipite direct în carte cu bandă Velcro. Desigur, cărțile trebuie orientate către subiectele și interesele copiilor, deoarece acest lucru va duce la un succes mai mare de învățare. Se recomandă cărți cu refrenuri sau elemente de text repetitive, deoarece semnele sunt mai ușor de învățat prin repetările date.

Deoarece aveți nevoie de mâini pentru a realiza semne, este util să folosim cartea așezată pe un birou.

Pentru a introduce semnele actuale, se poate stabili „semnul săptămânii”. Acest semn sezonier sau tematic poate fi distribuit prin e-mail, pe ecranul de informații sau ca o notificare în instituție și în casa părinților. Semnele pot fi, de asemenea, adăugate la cartea de transfer digital între casa părinților și instituție, de exemplu, în programul „GoTalkNow”.

„Story boxes” aranjate tematic, de exemplu, pe teme sau povești sezoniere, umplute cu obiecte reale sau miniaturale, cutii de miros potrivite și cărți cu simboluri pot fi extinse cu cărți de semne.

Pentru copiii puternic orientați vizual care se dezvoltă deja sau au o înțelegere a simbolurilor, semnele pot fi combinate cu simboluri (de exemplu, simboluri metacom conform Annette Kitzinger) în sensul unei abordări multimodale.

Aceasta poate fi folosită și pentru realizarea de Amintiri (card simbol plus semn) sau jocuri Lotto pentru copiii din grădiniță.

Alte aplicații posibile ale gesturilor

Utilizarea semnelor în cazul multilingvismului:

Semnele ajută, de asemenea, copiii multilingvi cu dobândirea limbii, deoarece pot fi folosite în toate limbile și ajută copilul să învețe să facă distincția între limbi. Semnele pentru bebeluși sau LUG sunt bune de folosit aici.

Acești copii beneficiază adesea și de clarificarea articolelor, a cuvintelor întrebare sau a prepozițiilor folosind semne de mână PMS (vezi tabelele lui Kaiser-Mantel în anexă).

PMS ajută, de asemenea, copiii cu apraxia vorbirii să diferențieze sunetele tactil și kinestezic. Preșcolarii / copiii cu dislexie sau copiii cu tulburări ale spectrului autist (TSA) pot beneficia, de asemenea, de utilizarea acestora.

Utilizarea semnelor cu copiii cu dizabilități senzoriale:

Trebuie să aveți întotdeauna grijă să purtați obiecte simbol precum ochelari, lentile de contact, aparate auditive sau implanturi CI, astfel încât copilul să aibă cele mai bune posibilități de percepție posibile.

Copiii cu pierderi auditive profunde persistente sau copiii surzi fără dizabilități cognitive severe, beneficiază foarte mult de învățarea unui sistem de semne complex, deoarece este probabil să folosească acest lucru pe tot parcursul vieții și, prin urmare, au nevoie de un sistem de comunicare care să permită toate enunțurile lingvistice și să poată fi semnat rapid .

Copiii cu dizabilități vizuale

Pentru acești copii, asigurați o iluminare bună fără umbre, contrast clar și semnele sunt prezentate în zona cea mai bună a vederii (distanță, orientare adecvată). Dacă acest lucru nu este clar, este recomandabil să consultați un specialist ortoptic.

Purtarea mănușilor albe, folosirea marionetelor de degete sau a ojei poate ajuta, de asemenea, să atragă atenția asupra mâinilor.

Copii cu surdo-cecitate:

Ei învață să simtă gesturile. Receptorul mesajului simte sau palpează cu mâinile exprimarea de semne a transmițătorului.

Această formă de a realiza semne este dificil de învățat, în special pentru copiii născuți cu surdocecitate. Poate ajuta să dai obiecte reale sau miniaturale în mână pentru ca semnele să fie învățate pentru a lega semnul cu obiectul într-un mod semnificativ. Sistemul de semne „Porta” (fostul Tanne) al Fundației Elvețiene pentru Surdocecitate este adaptat în special nevoilor persoanelor cu surdo-cecitate - totuși, trebuie remarcat faptul că semnele sunt preluate din Limbajul Semnelor Elvețian-German (DSGS).

Referințele la colecțiile de semne sau la sistemele de semne (unele cu videoclipuri), vocabular de semne, cursuri pentru învățarea limbajului semnelor, cărți de imagini și cântece împreună cu sugestii de jocuri pot fi găsite în următoarea anexă.

APPENDIX:

Cărți de cântece:

Butz, B. & Mohos, A. & Kindl, M. (2017). Singing, playing, telling with children's signs (book incl. sign video clips). Münster: Ökotopia

Butz, B. & Mohos, A. (2019). Spring, Summer, Autumn and Winter with Children's Signs (Book incl. Sign Video Clips)

Leber, I. & Spiegelhalter, J. (2020). Singing with your hands. A children's songbook for young and old with signs from DGS, MAKATON or "Look at my hands". Von Loeper Literaturverlag

Michel, A. (2019). Chief speaking hand: Sign songs for the vocabulary box with German Sign Language signs and many play ideas. Von Loeper Literaturverlag

Wilken, E. (2018). GuK mal- Songs and speech verses to accompany GuK. German Downs Syndrome Infocentre.

<https://shop.ds-infocenter.de/de/foerdermaterial/guk-mal-sprechverse-und-lieder-mit-guk-begleiten?xd8535=77448948df7975d36c991724e1005cd8>

Cărți cu imagini și semne:

Butz, B. et all. (2015/2016). Otto plays, Otto goes for a walk, Otto goes shopping. Publishing house Kindergebärden

On the website "Talking Hands" you can find more play suggestions <https://kindergebaerden.info/spielidee-fuer-otto-spielt/>

König, V. (2015). Discovering the world with baby signs: animals in the garden. Publisher Dwarf Language

Smith, S. (2018). Exciting things for toddlers in DGS. Greetings and manners, colours, weather, creepy crawlies, birthday song. Stockton -on-Tees: Co-Sign Communications

Wulf-Schäfer, M. (2014). Various sign picture books with the storytelling characters Nora and Ben. E.g. Nora and Ben at the playground. Karlsruhe: Loeper

Gesturi bebeluși:

Baby signal by W. Gericke. Talking with the hands- courses etc

<https://www.babysignal.de/>

Zwergensprache by König, V. With babies on the way to language. Here you can find baby signs, courses, training opportunities <http://babyzeichensprache.com/>

Baby Signs by Hagemann, K. Hilf mir es selbst zu sagen. Baby signs, courses, literature <https://www.babyzeichen.info/Das-sind-Babyzeichen.40.0.html>

German finger alphabet

<https://www.gemafa.de/fingeralphabet/>

Enciclopedia limbajului semnelor online " Spread the Sign"- internationally used sign language systems

<https://www.spreadthesign.com/de.de/search/by-category/>

Învățarea semnelor, online (semne sortate în funcție de diferite arii tematice, de asemenea curs pentru părinți)

<https://gebaerdenlernen.de/>

"Das Vokabelheft" General online sign dictionary of the University of Hamburg <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/alex/index.html>

Colecție de link-uri limbajul semnelor din diferite țări

<https://www.taubwissen.de/content/index.php/sprache/andere-gebaerdensprachen.html>

Lormalphabet

https://stiftung-taubblind-leben.de/public/dateien/lormen_alphabet.pdf

PMS phonetic hand signs in: Kaiser-Mantel, H. (2012): Unterstützte Kommunikation in der Sprachtherapie. Building blocks for working with children and adolescents.

Munich, Basel: Ernst Reinhardt

https://www.reinhardt-verlag.de/_pdf_media/Zusatz1b_PMS-Lauthandzeichen_DINA4_02263.pdf

Kestner, K. Hausgebärdensprachkurs für hörgeschädigte Kinder, Verlag Karin Kestner

<https://web.kestner.de/shop/lernen-lehren/hausgebaerdensprachkurs-fuer-hoergeschaedigte-kinder/>

Cum ar trebui prezentate semnele?

Este important ca un sistem de semne ales să fie utilizat consecvent în toate domeniile de aplicare (semne, cărți ilustrate, videoclipuri etc.) pentru a evita confuzia între diferitele semne ale mâinii și semnificațiile acestor semne. Dacă un copil și-a dezvoltat propriile semne, acestea pot fi desigur folosite și, dacă va fi necesar, reînvățate mai târziu cu feedback corectiv – având ca scop realizarea unei comunicări reușite!

Semnele trebuie făcute întotdeauna clar, vizibil, în fața corpului utilizând expresii faciale, imagini ale gurii sau limbajul verbal.

Pentru a promova o structură lingvistică semnificativă de la început este esențial să se utilizeze vocabularul de bază, precum și cel extins, cu verbe și „cuvinte scurte” și nu doar substantive.

Idei pentru promovarea achiziției semnelor

În mod ideal, diagnosticarea profesionista ar trebui să fie efectuată de logopezi / centre sociale pediatrie înainte de a selecta sistemul de semne sau de a stabili sistemul de semne care

urmează să fie utilizate. În dezvoltarea timpurie, „Evaluarea abilităților comunicative” conform lui I. Leber, „Schau hin” (Rehavista) sau „Grupurile țintă de comunicare augmentativă și alternativă” de Weid-Goldschmidt sau chestionarele de diagnostic de Boenisch și Sachse (vezi Nonn, 2015, p. 100 și urm. Și Kaiser-Mantel, 2012, pag. 43 și urm.) s-au dovedit a fi proceduri de diagnostic.

Apoi, luând în considerare stadiul general de dezvoltare al copilului, necesitățile de comunicare ale vieții de zi cu zi, dar și interesele specifice ale copilului se ia o decizie comună cu privire la semnele care ar trebui utilizate în viitor. Pentru început, este recomandabil să se selecteze câteva semne care necesită doar abilități motorii simple, au o semnificație comunicativă, sunt bogate în conținut și sunt orientate spre subiectele cotidiene ale vieții.

Pentru a permite copilului și mediului său de comunicare să învețe semne este nevoie de o ofertă atractivă, cu o frecvență crescută a acestora, cu modele de limbaj ale semnelor care reacționează flexibil la dorințele de comunicare ale copilului. Semnele trebuie folosite în mediul de viață al copilului – acasă și în mediul preșcolar.

Achiziția limbajului semnelor este promovată în mod specific în logopedie și în unitățile de sprijin, iar partenerii de comunicare sunt instruiți cu privire la modul în care pot fi modele bune în utilizarea limbajului semnelor.

Este utilă plasarea semnelor în locurile în care acestea pot fi folosite (de exemplu, plasarea semnelor în baie la locul spălării și la locul spălării dinților).

Există așa - numita „carte despre mine”, în care semnele curente/actuale ar trebui să fie trecute acolo iar pentru copiii care cunosc deja mai multe semne, ar trebui menționat sistemul de semne utilizat.

Pe lângă situațiile de zi cu zi, utilizarea semnelor poate fi practică într-un grup al semnelor părinte-copil, în creșă și grădiniță, mai ales atunci când se cântă cântece (vezi suplimentul „Materiale de sprijin și colecții de semne”) și se practică jocuri cu degetele.

Semnele pot fi folosite cu succes atunci când se privesc cărți ilustrate sau se citește cu voce tare. Acum există și cărți ilustrate care au semne. Dacă acestea nu sunt la îndemână, cele mai importante semne pot fi lipite direct în carte cu puncte Velcro. Desigur, este important să ne asigurăm că astfel de cărți reflectă subiectele și interesele copiilor, deoarece acest lucru va duce la realizarea cu succes a procesului de învățare. Se recomandă cărți cu refrene sau elemente de text repetitive, deoarece semnele sunt mai ușor de învățat prin repetare.

Deoarece este nevoie de mâini în utilizarea semnelor se recomandă folosirea cărții așezate pe birou.

Pentru introducerea semnelor se poate stabili „semnul săptămânii”. Acest semn tematic poate fi distribuit prin e-mail, pe ecranul de informații sau ca o notificare la nivelul instituției și în casa părinților. Semnele pot fi, de asemenea, adăugate la cartea digitală care poate fi transferată între casa părinților și instituție, de exemplu, în programul „GoTalkNow”.

„Cutiilor cu povești” aranjate tematic, de exemplu, pe teme sau povești, care conțin obiecte reale sau în miniatura, cutiilor de miros și cardurilor simbol li se pot atașa semne/simboluri.

Pentru copiii care au o eficiență vizuală ridicată și care prezintă deja o înțelegere a simbolurilor, semnele pot fi combinate cu simboluri (de exemplu, simboluri metacom conform Annette Kitzinger) în sensul unei abordări multimodale.

Aceasta poate fi folosită și pentru realizarea de Amintiri (card simbol plus semn) sau jocuri Lotto pentru copiii din grădiniță

Alte posibile aplicații ale gesturilor

Utilizarea semnelor în cazul multilingvismului:

Semnele ajută, de asemenea, copiii multilingvi în achiziția limbajului, deoarece semnele pot fi folosite în toate limbile vorbite și ajută copilul să învețe să facă distincția între limbi. Semnele pentru bebeluși sau LUG sunt bune de folosit în această situație.

Acești copii beneficiază adesea și de clarificarea la nivel de propoziție a articolelor, a cuvintelor interogative sau a prepozițiilor folosind semnele de mână PMS (vezi tabelele lui Kaiser-Mantel în anexă).

PMS ajută, de asemenea, copiii cu apraxie să diferențieze sunetele la nivel tactil și kinestezic. Preșcolarii / copiii cu dislexie sau copiii cu tulburări ale spectrului autist (TEA) pot beneficia, de asemenea, de utilizarea acestora.

Utilizarea semnelor la copiii cu dizabilități senzoriale:

Trebuie avut în vedere purtarea de ajutoare optice precum ochelari, lentile de contact, ajutoare auditive precum aparate auditive sau implanturi CI, astfel încât copilul să aibă cele mai bune moduri de percepție posibile.

Copiii cu pierderi profunde persistente ale auzului sau copiii surzi fără dizabilități cognitive severe, beneficiază foarte mult de învățarea unui sistem de semne complex, deoarece este probabil să folosească acest lucru de-a lungul vieții și, prin urmare, au nevoie de un sistem de comunicare care să permită realizarea tuturor enunțurilor lingvistice într-un mod cât mai rapid.

Copiii cu dizabilitati vizuale

Pentru acești copii, este nevoie de o bună iluminare, fără umbre, contraste clare și prezentarea semnelor în zona celei mai bune viziuni (distanță adecvată, orientare adecvată). Dacă acest lucru nu se realizează, este recomandabil să se consulte un specialist ortoptist.

Purtarea mănușilor albe, folosirea marionetelor degetelor sau a ojei poate ajuta să atragă atenția asupra mâinilor.

Copiii surzi- nevăzători:

Ei învață să simtă gesturile. Receptorul mesajului simte sau palpează cu mâinile cuvintele expeditorului realizate prin semne.

Această formă de comunicare prin semne este dificil de învățat, în special pentru copiii născuți surzi-nevăzători. Este important să se dea acestor copii obiecte reale sau în miniatură în mână pentru ca semnele să fie învățate pentru a realiza legătura dintre semn și obiect într-un mod semnificativ. Sistemul de semne „Porta” (fostul Tanne) al Fundației Elvețiene pentru Surzi-Orbi este adaptat în special nevoilor persoanelor surdo-nevăzătoare - totuși, trebuie remarcat faptul că semnele sunt preluate din Limbajul de Semne Elvețiano-German (DSGS).

Referirile la colecțiile de semne sau la sistemele de semne (unele cu videoclipuri), lexicoane de semne, cursuri pentru învățarea limbajelor semnelor, cărți cu imagini și cântece împreună cu sugestii de jocuri pot fi găsite în anexa următoare.

ANEXE:

Cântece:

Butz, B. & Mohos, A. & Kindl, M. (2017). Cântând, jucând, povestind cu semne pentru copii (carte incl. Semne clipuri video). Münster: Ökoptopia

Butz, B. și Mohos, A. (2019). Primăvara, vara, toamna și iarna cu semne pentru copii (carte incl. Semne clipuri video)

Leber, I. & Spiegelhalter, J. (2020). Cântând cu mâinile tale. O carte de cântece pentru copii pentru tineri și bătrâni cu semne de la DGS, MAKATON sau „Uită-te la mâinile mele”. Von Loeper Literaturverlag

Michel, A. (2019). Mână principală: cântece pentru caseta de vocabular cu semne în limba semnelor germane și multe idei de joc. Von Loeper Literaturverlag

Wilken, E. (2018). GuK mal- Cântece și versuri pentru a însoți GuK. Infocentrul German Sindrom Downs.

<https://shop.ds-infocenter.de/de/foerdermaterial/guk-mal-sprechverse-und-lieder-mit-guk-begleiten?xd8535=77448948df7975d36c991724e1005cd8>

Cărți ilustrate cu semne:

Butz, B. și toți. (2015/2016). Otto se joacă, Otto merge la plimbare, Otto merge la cumpărături. Editura Kindergebärden

Pe site-ul „Talking Hands” puteți găsi mai multe sugestii de joc <https://kindergebaerden.info/spielidee-fuer-otto-spielt/>

König, V. (2015). Descoperirea lumii cu semne pentru bebeluși: animale în grădină. Limbaj pitic de editor

Smith, S. (2018). Lucruri interesante pentru copiii mici din DGS. Salutări și maniere, culori, vreme, târătoare înfiorătoare, cântec pentru ziua de naștere. Stockton -on-Tees: Co-Sign Communications

Wulf-Schäfer, M. (2014). Diverse cărți cu semne ilustrate cu personajele de povestire Nora și Ben. De exemplu. Nora și Ben la locul de joacă. Karlsruhe: Loeper

Gesturi pentru bebeluși:

Semne pentru bebeluș de W. Gericke. Vorbind cu cursurile manuale etc.

<https://www.babysignal.de/>

Zwergensprache de König, V. Cu bebeluși în drum spre limbaj. Aici puteți găsi semne pentru copii, cursuri, oportunități de antrenament <http://babyzeichensprache.com/>

Baby Signs de Hagemann, K. Hilf mir es selbst zu sagen. Semne pentru copii, cursuri, literatură <https://www.babyzeichen.info/Das-sind-Babyzeichen.40.0.html>

Alfabetul degetului în germana

<https://www.gemafa.de/fingeralphabet/>

Enciclopedie în limba semnelor online „Răspândiți semnul” - sisteme de limbaj al semnelor utilizate la nivel internațional

<https://www.spreadthesign.com/de.de/search/by-category/>

Învăță să semnezi, online (semne sortate în funcție de diferite zone, de asemenea curs de semnare părinte)

<https://gebaerdenlernen.de/>

„Das Vokabelheft” Dicționar general de semne online al Universității din Hamburg <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/alex/index.html>

Colectarea linkurilor la limbajul semnelor din diferite țări

<https://www.taubwissen.de/content/index.php/sprache/andere-gebaerdensprachen.html>

Alfabetul normal

https://stiftung-taubblind-leben.de/public/dateien/lormen_alphabet.pdf

Mâna fonetică PMS semnează: Kaiser-Mantel, H. (2012): *Unterstützte Kommunikation in der Sprachtherapie*. Blocuri de bază pentru lucrul cu copii și adolescenți.

Munchen, Basel: Ernst Reinhardt

https://www.reinhardt-verlag.de/_pdf_media/Zusatz1b_PMS-Lauthandzeichen_DINA4_02263.pdf

Kestner, K. *Hausgebärdensprachkurs für hörgeschädigte Kinder*, Verlag Karin Kestner

<https://web.kestner.de/shop/lernen-lehren/hausgebaerdensprachkurs-fuer-hoergeschaedigte-kinder/>

Găsiți cursuri de limbajul semnelor la domiciliu pentru părinți și copii:

<https://www.kenhilfe/liste/gebaerdensprachkurs-liste1.htmstner.de/n/elter>

Kestner, K. S. (2017). *Marele dicționar al limbii semnelor germane*. Editura Karin Kestner.

Disponibil și ca aplicație:

<https://web.kestner.de/das-grosse-woerterbuch-der-dgs-app-fuer-ios/>

Semne MAKATON. Mainz: Makaton

<https://www.makaton.org/>

Malottke, K. *Cursuri de semne pentru copii Mâini magice pentru bebeluși*

<https://kelly-malottke.de/zauberhaftebabyhaende/>

Malottke, K. (2015). *Kindergebärden Stundenbilder (Band 1): Meine bunte Gebärdenwelt (mit Kurshandbuch und Arbeitsmittel)*. Colecție de frunze libere

Malottke, K. *Lexicon semn cu 80 de semne* <https://kelly-malottke.de/babygebaerden-onlinelexikon-mit-80-gebaerden-dgs/>

Porta (fosta Tanne) se conectează în DSGS. Fundația elvețiană pentru surdo-orbi. Semnătură, cursuri, aplicația Porta <https://www.tanne.ch/porta>

„Uită-te la mâinile mele” de către Asociația Federală de Ajutor Protestant pentru Persoane cu Handicap. Sursa de aprovizionare pentru carte, DVD de colectare a semnelor sau aplicație:

<http://www.schau-doch-meine-haende-an.de/bezugsquelle.html>

SIGNbox 1 + 2 Cutia cu semn - disponibilă și cu poster

Sursa de aprovizionare:

<https://www.os-hho.de/sign-angebote/gebaerden-mit-sign/produkte-signbox-co/signbox-i-signbox-ii/>

Talking Hand Flipbook. Flipbook-ul semnelor face semnele vizibile

<https://talkinghandsflipbooks.com/home>

Wilken, E. GuK 1, vocabular de bază; GuK 2, vocabular avansat; GuK plus, semne suplimentare pentru școală. Disponibil și ca CD. Infocentrul German Sindrom Downs.

<https://shop.ds-infocenter.de/de>

INTEGRARE SENZORIALĂ ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE

Percepția mediului înconjurător cu ajutorul sistemelor senzoriale este un proces care are loc continuu de-a lungul vieții. Sistemele senzoriale sunt deja create prenatal în uter și sunt

parțial active prenatal. Procesul de percepție se încheie odata cu moartea. Percepția mediului este individuală pentru fiecare ființă vie. Cu ajutorul sistemelor senzoriale, oamenii, ca și alte creaturi superioare, absorb informațiile din mediu. O mare parte a impulsurilor perceptiv receptate nu sunt procesate în mod conștient în creier, ci filtrate la niveluri mai profunde ale sistemului nervos central. Se presupune că doar aproximativ 10 la sută din toate percepțiile sunt evaluate în mod conștient de sistemul nervos central. Informația percepută conștient este evaluată în cortex și are ca rezultat întotdeauna activitatea motorie ca reacție. Transmiterea impulsurilor senzoriale către sistemul nervos central are loc prin căile nervoase aferente. Răspunsul la stimul, care este transportat de la creier la organele de execuție, are loc prin așa-numitele căi nervoase eferente.

Un sistem senzorial nu funcționează niciodată singur, ci întotdeauna în rețele neuronale complexe cu alte organe senzoriale și alte structuri și organe ale corpului.

Oamenii au 7 sisteme senzoriale. Aceste sisteme senzoriale sunt împărțite astfel: simțuri la distanță și simțuri apropiate.

Simțurile apropiate sunt:

Simțul tactil sau sistemul tactil, organul senzorial este situat în piele și este cel mai mare organ senzorial la om

Simțul echilibrului sau al sistemului vestibular. Organul senzorial este situat în urechea internă.

Sensibilitatea profundă sau sistemul proprioceptiv. Organul senzorial este situat în tendoanele și fusurile musculare și în tecile țesutului conjunctiv ale mușchilor.

Simțul gustului sau al sistemului gustativ. Aici limba formează organul percepției.

Simțul tactil și sensibilitatea la adâncime sunt combinate în literatura de specialitate și sunt descrise ca sistemul tactil-kinestezic.

Propriocepția, sistemul vestibular și sistemul tactil sunt numite simțuri apropiate ale corpului.

În cazul simțurilor apropiate, sursa stimulării se află direct la nivelul organului senzorial. De exemplu, mâncarea se sprijină/stă direct pe limbă. În cazul simțului tactil, se simte atingerea, căldura, frigul sau textura prin contactul direct cu pielea.

Următoarele sisteme senzoriale alcătuiesc simțurile la distanță:

Vederea sau sistemul vizual, organul senzorial este reprezentat de ochi.

Sistemul auditiv, organul senzorial este reprezentat de ureche.

Mirosul sau sistemul olfactiv, organul senzorial este reprezentat de nas.

În cazul simțurilor la distanță, sursa stimulului este îndepărtată de organul senzorial. Percep un nor cu ajutorul ochilor mei, deși este la sute de metri distanță. Aud cântecul unei păsări, deși nu este direct în urechea mea. Miros parfumul unei flori/aliment fără a fi nevoie să-mi aduc nasul în contact direct cu floarea/alimentele.

Neurofiziologia descrie, de asemenea, așa-numitele simțuri chimice, care includ simțurile gustative și olfactive menționate mai sus.

Simțurile corpului (sistemul tactil, sistemul proprioceptiv și sistemul vestibular) sunt numite simțuri de bază în literatura terapeutică. Un termen mai actual îl constituie domeniile perceptiv de bază. Multe concepte terapeutice se referă la aceste trei sisteme senzoriale și le folosesc în terapie. Ele constituie baza tuturor acțiunilor de învățare.

În terapia modernă, tratamentul tulburărilor motorii și senzoriale nu mai este luat în considerare izolat. Mai degrabă, stimulii senzoriali sunt folosiți pentru a influența în mod favorabil activitatea motorie. În același mod, activitățile motorii sunt utilizate pentru a influența sistemele senzoriale.

Acest lucru se datorează părților aferente și eferente ale sistemului nervos care funcționează împreună în primirea și răspunsul stimulului.

Astfel, conceptele de terapie s-au schimbat și, în diferitele concepte terapeutice, pot fi găsite de obicei părți ale celorlalte concepte respective. Părți ale integrării senzoriale pot fi găsite în conceptul Bobath, părți ale conceptului Bobath în conceptul Castillo Morales și așa mai departe.

Mai ales atunci când se lucrează cu persoane cu dizabilități complexe, utilizarea pură și exclusivă a unui concept nu este adesea eficientă. Terapeutul experimentat va folosi întotdeauna abordări utile din diferite concepte de terapie și le va aplica într-un mod centrat pe client.

În plus față de terapie, tratamentul și promovarea zonelor de percepție de bază are, de asemenea, o mare prioritate în îngrijirea modernă de susținere/de sprijin. Aici, conceptul de stimulare de bază de către profesorul Fröhlich și asistenta Christel Bienstein a fost revoluționar.

Următoarele concepte sunt cunoscute în general și utilizează zonele de percepție de bază la nivel terapeutic:

Integrarea senzorială în conformitate cu Jean Ayres, conceptul Bobath, stimularea de bază, conceptul Castillo Morales, conceptul Padovan, conceptul Takt-Kin

Principiile generale ale tratamentului în conceptul de integrare senzorială

Integrarea senzorială se ocupă de interacțiunea simțurilor corpului și a funcțiilor motorii. Presupunem că poate exista o percepție insuficientă și inexactă în zonele senzoriale. Ca și contrapunct, este posibilă percepția dincolo de nivelul tolerabil. Integrarea senzorială încearcă să promoveze o funcționare a simțurilor corpului într-un mod cât mai echilibrat posibil.

Persoanele cu dizabilități multiple nu sunt diagnosticate cu tulburare de integrare senzorială. Simptomele unei dizabilități complexe depășesc cu mult o tulburare de integrare senzorială. Cu toate acestea, cunoașterea metodei de integrare senzorială ne ajută să înțelegem mai bine comportamentul persoanelor cu dizabilități. Serviciile de terapie senzorială pot contribui la bunăstarea persoanelor cu dizabilități, pot promova securitatea emoțională și pot susține dobândirea abilităților de acțiune.

Integrarea senzorială este în legătură cu următorii stimuli din mediul înconjurător:

- Stimulii vestibulari
- Stimulii proprioceptori
- Stimulii tactili

Terapia integrării senzoriale include următoarele etape:

- Legătura cu stimulii senzoriali (tactili, vestibulari, proprioceptivi)
 - Orientarea la nivelul propriului corp (imaginarea părților propriului corp, imaginarea mișcărilor posibile ale corpului, orientarea spațială la nivelului corpului propriu)
 - Orientarea în spațiu (locomoția, estimarea distanțelor, estimarea obstacolelor, estimarea vitezei de mișcare)
 - Coordonarea corpului (precizia mișcărilor, manipularea cu precizie a obiectelor, înfruntarea cu succes a provocărilor vieții cotidiene)
 - Invățarea din provocările de natură motrică (alegerea nivelului corespunzător de dificultate, adaptarea motorie la provocările determinate de mișcare, creșterea încrederii și a curajului)
 - Actualizarea de sine a ființei umane (autoconducere și motivare, încredere în propriile abilități, dezvoltarea competențelor de acțiune)
 - Reglarea nivelului de excitare (stimulare)
- (din antrenament avansat în terapia senzorială integrată de Erhard Beer , Institutul De Nevăzători Munchen, 2003 Erhard@ergobeer.de)

Evaluarea diagnosticului în integrarea senzorială

„Observațiile vizate” oferă un compendiu de aproximativ 50 de sarcini motorii și oferă interpretări ale performanței sarcinii. Pentru persoanele cu dizabilități complexe, observațiile vizate nu sunt întotdeauna aplicabile. Terapeutul este dependent de observarea situațiilor cotidiene.

Următoarele arii sunt observate / evaluate diagnosticate:

Observații în ceea ce privește coordonarea:

- Controlului postural
- Controlului mișcărilor
- Integrarea corpului
- Aptitudini
- Disociere (abilitatea de a efectua mișcări izolate)

Principii de tratament în integrarea senzorială

Integrarea senzorială nu este un tratament. Mai degrabă, provocările motorii sunt oferite și realizate împreună într-un cadru ludic. Pentru aceasta se folosesc materiale speciale de terapie, precum și obiecte de zi cu zi și mediul obișnuit. Terapeutul este responsabil pentru proiectarea cadrului terapiei. Alegerea activităților specifice este în mâinile copilului. Terapeutul este responsabil pentru dozarea aportului de stimuli și, astfel, asigurarea stimulării optime. Tratamentul de integrare senzorială implică întotdeauna stimulare activă. Stimularea pasivă de către terapeut nu este un tratament de integrare senzorială. Cu toate acestea, aceasta poate fi justificată în contextul persoanelor cu dizabilități.

- Fidelitatea măsurării. Principii ale terapiei
- Oferirea de oportunități pentru input senzorial

- Oferirea de provocări adecvate
- Oferirea de ajutor în luarea deciziei pentru activitățile terapeutice
- Sprijin pentru stimularea optimă cu stimuli
- Sprijin pentru auto-organizare
- Crearea unui cadru ludic
- Asigurarea succesului obținut de copil
- Asigurarea integrității fizice
- Proiectarea spațială care să motiveze și să implice copilul
(din antrenament avansat în terapia senzorială integrată de Erhard Beer , Institutul De Nevăzători Munchen, 2011 Erhard@ergobeer.de)

PRINCIPIILE CONCEPTELOR PEDAGOGICE

ABORDAREA TEACCH ELEMENTE MUZICALE CA UN RITUAL IN INTERVENTIA TIMPURIE POSSIBILITATI ALE AROMATERAPIEI IN INTERVENTIA TIMPURIE STIMULAREA DE BAZA

ABORDAREA - TEACCH

TEACCH înseamnă „Tratamentul și educarea copiilor cu handicap de comunicare autistă și conexă”, care a fost dezvoltat la Universitatea din Carolina de Nord / SUA. Scopul a fost implicarea activă a părinților în sprijinul copiilor lor autiști. Programul TEACCH a apărut din proiectul de cercetare în 1972, datorită inițiativei multor părinți.

Principiile programului TEACCH:

- Înțelegerea dificultăților tipice ale persoanelor cu autism
- Diagnosticare și asistență individuală
- Cooperarea cu părinții / familiile
- Optimizarea capacității de a face față mediului de viață

- Holism (promovarea tuturor aspectelor personalității)
- Orientarea către competență și respectul față de ceea ce este diferit
- Structurare, abordări cognitive și teorie comportamentală

Elementele ar trebui să le ofere copiilor mai multă claritate și orientare: precum o hartă sau busolă, care le oferă siguranță și face posibilă învățarea.

Elementele abordării TEACCH care pot fi utilizate și în intervenția timpurie pentru copiii cu dizabilități multiple sunt explicate detaliat mai jos.

Structura

Prin structurare clară, copiii trebuie conștiențiați asupra semnificațiilor, conexiunile trebuie clarificate și abilitățile trebuie învățate pentru a face față mai bine vieții de zi cu zi.

Sunt luate în considerare cinci aspecte:

1. Structurarea spațiului
2. Structurarea timpului
3. Organizarea pentru desfășurarea unei activități cât mai independent posibil (organizarea muncii) și
4. Structurarea sarcinilor sau proiectarea materialelor de lucru.
5. Practicarea rutinelor, adică cursuri de acțiune care prescriu o anumită procedură pentru anumite probleme sau situații recurente (cf. Case).

Forma concretă de structurare pe aceste niveluri diferite poate fi complet diferită și depinde în întregime de localizarea dificultăților respective și de ceea ce poate fi completat cu ce are semnificație pentru persoana în cauză. De asemenea, trebuie să se decidă individual în fiecare caz ce aspecte ar trebui structurate și în ce măsură.

Întrebări utile:

- (1) Persoana știe unde sunt sau unde ar trebui să fie lucrurile?
- (2) Este conștient de ceea ce urmează să aibă loc și când se va întâmpla ceva?
- (3) Știe ce sarcini să facă și în ce ordine?
- (4) Există claritate cu privire la modul de manipulare a materialului și la modul de finalizare a sarcinii?
- (5) Are persoana respectivă o strategie pentru a face față anumitor situații recurente (problematic), cum ar fi finalizarea unei activități, de exemplu, prin gestul „făcut”, începerea unei activități în mod sistematic sau utilizarea ajutoarelor în mod independent.

Un prim exemplu este punerea unui joc într-o cutie aflată în partea stângă a copilului și când jocul este terminat, acesta intră în cutia din partea dreaptă a copilului (cutia terminată).

Vizualizarea

Vizualizarea este importantă deoarece persoanele cu autism preferă canalul vizual, deoarece este mai consistent și mai explicit decât vorbirea. Pentru copiii cu dizabilități vizuale pot fi folosite în acest scop cărți ilustrate în mod clar, adaptate, în conformitate cu criteriile de vedere redusă.

Și aici, vizualizarea se referă la dimensiunile spațiului, timpului și acțiunii. În vizualizare, de exemplu, funcțiile pot fi mai bine transmise prin barierele vizuale din cameră (de exemplu, rafturi) care separă zonele individuale (lucru, repaos, etc.). În plus, zonele individuale pot fi marcate cu simboluri sau obiecte reale (de exemplu, căști pentru zona de pauză, semne ale camerei pentru orientare în clădirea școlii) sau rafturile / dulapurile pot fi etichetate cu fotografii / simboluri.

Pentru vizualizarea temporală, de exemplu, pot fi proiectate programe vizuale zilnice.

Locul de luat masa



Seturile de masă cu amprente de farfurie, sticlă și tacâmuri pot fi un ghid în aranjarea mesei.



REFERINȚE:

1. Anne Häußler: Structurarea ca ajutor pentru înțelegere și acțiune: Sprijinirea persoanelor cu autism pe baza abordării TEACCH la <http://www.autismus-in-berlin.de/Teacch-AnneHaeussler.pdf>

ELEMENTE MUZICALE CA RITUAL ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE

Ritualurile oferă oamenilor securitate și sprijin și sunt, de asemenea, un element important în cadrul întâlnirilor de intervenție timpurie - fie la începutul întâlnirii, fie la plecare când se ia rămas bun. Acestea formează un sprijin important pentru copiii cu dizabilități precum și un cadru de încredere. Posibilitatea recunoașterii și atenția rezultată sunt importante. În funcție de ritm și melodie, se pot obține efecte diferite la nivel fizic și psihologic. Acțiuni simple, cum ar fi respirația, vocea, instrumente simple care produc tonuri clare (cum ar fi toba) pot să-i determine chiar pe copiii cu handicap sever, cu o stare de sănătate slabă să se liniștească, să se relaxeze și, de asemenea, să devină atenți. Un motiv ar fi faptul că sunetele biologice ale mamei, precum și sunetele externe pot fi deja percepute în uter, iar sugarii au un auz diferențiat pentru diferite tonuri începând de la naștere și recunosc în special vocea mamei. Prin urmare, meloterapia face apel la un nivel primar.

Copiii cu dizabilități vizuale multiple au nevoie într-un grad ridicat de:

- apropierea fizică pentru a putea avea experiențe directe și pentru a depăși fricile și nesiguranțele
- stimulare pentru toate simțurile de care dispun
- acceptarea particularităților lor
- fiabilitatea interacțiunii și structurarea ofertelor

Pentru fiecare copil, indiferent de nivelul de afectare, se poate găsi un ritual care semnaleză începutul și sfârșitul unei lecții. Este crucial ca acest lucru să fie autentic atât pentru copil, cât și pentru intervenționistul timpuriu. Dacă este posibil, acest lucru oferă, de asemenea, o bază bună pentru stabilirea contactului vizual în condiții favorabile (lumină adecvată, poziția adecvată de șezut sau culcat a copilului).



De obicei sunt potrivite melodiile scurte, care sunt adaptate vârstei și nivelului de dezvoltare al copilului. Dacă limbajul semnelor poate fi folosit pentru a însoți acest lucru sau dacă copilul poate fi implicat în diferite mișcări, încep adesea primele dialoguri, chiar și pentru copiii care nu vorbesc, iar acest lucru stabilește starea de spirit pentru perioada următoare petrecută împreună. Alternativ, ritualul poate fi un cuvânt, un joc cu degetul mic sau ceva similar.

Mai mult, acest lucru poate fi folosit și pentru a permite repetarea sau pentru a „cere” copilului să repete. De asemenea, poate fi posibil ca un copil care nu vorbește să exprime un „din nou” printr-un canal de comunicare - de exemplu, un zâmbet, o mișcare a corpului sau o ridicare a sprâncenelor. În acest fel, copilul poate experimenta o formă de autoeficacitate și se poate implica în dialog. Pentru a face acest lucru, este crucial să se acorde copilului timp să acționeze - sub orice formă - după ritual. De asemenea, ar putea fi posibil ca, copilul să-și exprime prin expresii faciale, gesturi și limbaj corporal că s-a bucurat de ritual și astfel, de exemplu, un zâmbet poate fi interpretat ca „fă din nou”.

Importanța ritualurilor este deosebit de evidentă în reacția copiilor mai mari care au practicat același ritual ani de-a rândul. Adesea copiii cer exact cântecele pe care le-au cunoscut încă de la o vârstă fragedă și care i-au însoțit tot timpul. Pentru că a cânta și a face muzică împreună poate fi distractiv!

REFERINȚE:

1. Ursula Bauer: Musiktherapie mit mehrfachbehinderten sehgeschädigten Kindern in der Frühförderung in Arbeitsgemeinschaft Frühförderung sehgeschädigter Kinder (Hrsg.): Die ersten drei Jahre- Praxis der Frühförderung. Ediția Bentheim Würzburg (2002), pagina 145-158
2. Marie Lieven, Monika Reinheimer: Singen ist die eigentliche Muttersprache des Menschen. În Arbeitsgemeinschaft Frühförderung sehgeschädigter Kinder (Hrsg.): Besondere Herausforderungen durch besondere Kinder. Ediția Bentheim Würzburg 2007. Pagina 125-128

POSSIBILITĂȚI DE AROMATERAPIE ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE

Simțul mirosului este adesea neglijat în intervenția timpurie, deși este foarte important și experiențele olfactive pot fi evocate de-a lungul anilor, unele chiar și pe parcursul întregii

vieți. De exemplu, toată lumea are amintiri clare despre mirosul Crăciunului. Atunci când mirosurile specifice sunt percepute, de obicei avem imediat emoții asociate, deoarece experiențele olfactive au conexiuni neuronale strânse cu sistemul limbic prin procesare subcorticală.

Pentru copiii cu dizabilități vizuale, simțul mirosului poate fi o informație suplimentară și importantă prin utilizarea mirosurilor în contextul recomandărilor - de exemplu, mirosul de șampon înainte de spălarea părului – poate fi folosit de copil ca reper în legătură cu ce se va întâmpla în continuare.

În contextul aromaterapiei, ingredientele active ale uleiurilor esențiale ar trebui să aibă o influență pozitivă asupra stării mintale individuale a copilului. În intervenția timpurie, putem folosi elemente de aromaterapie, în special pentru a sprijini echilibrarea copiilor cu dizabilități multiple care sunt adesea supra-stimulați, supra-sensibili, anxioși sau apatici. Acest lucru poate fi deosebit de util în cazul problemelor de somn și plâns în contextul introducerii unui ritual cu rol calmant.

Consimțământul părinților și al medicului curant ar trebui cerut/trimis înainte de a începe terapia.

Cerere:

Uleiurile esențiale trebuie să fie întotdeauna pure în mod natural și se recomandă uleiuri provenite de la producători consacrați. Ca regulă generală, mai puțin înseamnă mai mult și, prin urmare, nu ar trebui să se utilizeze mai mult de 5 picături de ulei:

- Utilizarea directă a uleiurilor esențiale, de exemplu, pe perna sau lampa de parfum a copilului.
- Utilizarea indirectă a uleiurilor esențiale pe piele, prin adăugarea lor la uleiuri de bază grase, cum ar fi uleiul de jojoba sau la cremele fără miros, de exemplu, în cazul masajelor (5 picături la 50 ml ulei de bază).
- Uleiurile pure nu trebuie aplicate niciodată direct pe piele!
- Uleiurile calmante și relaxante sunt, de exemplu, lavanda sau floarea de portocal.
- Uleiurile de echilibrare și reglare sunt, de exemplu, lemn de trandafir sau mușcată.
- Uleiurile restauratoare și revigorante sunt, de exemplu, lămâia sau pinul elvețian
- Uleiurile care îmbunătățesc starea de spirit sunt, de exemplu, portocala sau trandafir.

REFERINȚE:

1. Strothmann Marina: Aromatherapie- oder wie ich einen zu Unrecht vernachlässigten Sinn unserer sehgeschädigten Kinder aktivieren kann: in Arbeitsgemeinschaft Frühförderung sehgeschädigter

STIMULAREA DE BAZĂ

Conceptul de stimulare bazală, care a fost fondat de Andreas Fröhlich și colegii săi în anii 1970 și a fost dezvoltat continuu în ultimii 40 de ani, face referire la crearea contactului între persoanele cu dizabilități severe și mediul lor social și emoțional.

Conceptul dialog-comunicativ oferă posibilitatea de a construi o relație cu acești copii prin atingere și mișcare și scoaterea lor din izolare (cel puțin temporar). Pentru aceasta, copilul nu trebuie să îndeplinească nicio condiție prealabilă sau să aibă cunoștințe anterioare - doar ființa sa este importantă. Activitățile de bază pot servi drept stimuli pentru copiii cu dizabilități multiple, drept compensare pentru lipsa propriilor experiențe active.

Acestor copii li se oferă - stimulare somatică, vestibulară și vibratorie. – adaptate individual. Acești stimuli trebuie să corespundă vitezei de procesare perceptivă, stării de vigilență și nevoilor copilului.

- Semnalele de comunicare ale copilului trebuie să fie reacții atent observate la stimulările noastre (de exemplu, modificări ale respirației, mișcări ale ochilor, expresie facială, modificări ale tonului).
- Experiențele bazale oferite sistematic, legate de corp, susțin dezvoltarea încrederii în ei înșiși. Aceste experiențe oferă copilului orientare și securitate pentru activități comune.
- Activitățile de bază oferă copilului informații despre corpul propriu și despre mediu.
- Prin stimularea orientată a tuturor simțurilor, copilul învață experiențe plăcute, spre deosebire de experiențele stresante fizic la care se adaugă nevoile medicale pe care le trăiesc în viața de zi cu zi.
- Stimularea curiozității, creșterea tonusului muscular, modificările la nivelul respirației determină creșterea calității vieții.
- În stimularea bazală suntem întotdeauna în contact foarte strâns cu copiii. Echilibrul dintre apropiere (prea mult reprezintă invadarea spațiului personal) și distanțare (prea departe pentru a fi observat) trebuie ajustat în funcție de nevoile individuale.

Pentru o conturare profesionistă a relației și a întâlnirii, o importanță deosebită o are calitatea atingerii profesionale, respectând intimitatea, în ciuda apropierii fizice.

- De asemenea, este important să menținem un dialog deschis și continuu între profesioniști și părinți sau rude.

Stimularea de bază în termeni concreți:

Zonele de bază ale stimulării de bază merg împreună cu experiențele intrauterine timpurii ale unui sugar:

1. Stimuli somatici: pielea noastră este cel mai mare organ și prin acesta se realizează contactul cu lumea exterioară. Mulți dintre copii se pot mișca puțin și, prin urmare, au o imagine distorsionată a corpului propriu. Prin stimularea specifică a pielii și a mușchilor, se încearcă crearea de experiențe pozitive pentru copil cu propriul corp. Materialele precum pielea, periile și atingerea cu mâna sau cu uleiuri și creme ar trebui să ofere copilului o senzație mai plăcută propriului corp și, de asemenea, să aibă un efect de stimulare și stabilizare emoțională. Aceste activități pot fi combinate cu îngrijirea corpului, de exemplu, masaj după baie sau schimbarea scutecelor.
2. Stimulare vibrațională: aceste stimulări ajută la simțirea oaselor și a articulațiilor. Experiențe pe care un copil sănătos le poate experimenta în copilăria timpurie, de exemplu, să lovească cu piciorul, să apuce, să prindă, să țină și să dea drumul urmând ca mai târziu să învețe să meargă și să sară. Vibrația manuală începe de la capetele exterioare ale extremităților (nu pe mușchi!). Aceasta permite copiilor cu dizabilități multiple să-și simtă întregul corp. Mulți copii devin foarte tăcuți sau agitați și așteaptă cu nerăbdare repetarea acestor stimuli manifestând apoi o stare de relaxare generală.
3. Stimularea vestibulară: sistemul vestibular oferă copilului feedback asupra poziției sale în spațiu și despre schimbările de poziție. Stimulii pot fi, de exemplu, mișcarea lentă înainte și înapoi pe o minge mare sau legănarea într-un hamac. Acești stimuli dacă sunt adaptați nevoilor

individuale îi ajută pe mulți copii să se relaxeze și tonusul muscular revine la normal pentru o perioadă de timp.



Ceea ce este important aici nu este oferta mecanică impusă din exterior, ci observarea precisă și colaborarea, mai precis realizarea unui dialog somatic în sensul de legănare și mișcare împreună. Suportul prin stimularea bazală ar trebui să fie încorporat într-o rutină zilnică ritmică cu faze active și faze de odihnă pentru copil.

REFERINȚE:

1. Martinez Barbara: Stimulare bazală - acțiune comună timpurie pentru o viață experimentală Arbeitsgemeinschaft Frühförderung vishgeschädigter Kinder (ed.): Qualitätssicherung in der Frühförderung: Ziele? Probleme? Oportunități? Ediția Bentheim Würzburg 2000
2. Fröhlich Andreas 2013: Der somatische Dialog in Rundbrief des Internationalen Fördervereins Basale Stimulation ® e.V., Numărul 24
3. Link: <https://basale-stimulation.de>



SECȚIUNEA B

**COPIII CU
DIZABILITĂȚI
VIZUALE CU
DIZABILITĂȚI
MULTIPLE**



IMPLICAȚIILE DIZABILITĂȚII MULTIPLE

CE ÎNTELEGEM PRIN DIZABILITĂȚI MULTIPLE?

Dacă un copil este afectat de dizabilități multiple, o multitudine de provocări sunt prezente pentru copilul însuși și pentru mediul său. În plus față de confruntarea dureroasă cu subiectul dizabilităților multiple sau amenințarea cu dizabilități multiple, există și schimbul cu instituții medicale, cum ar fi clinicile, medicii din practică privată și terapeuții medicali. De asemenea precum și confruntarea cu autoritățile, sau companiile de asigurări de sănătate. Tratamentele trebuie cântărite, trebuie aplicate, iar costul acestora trebuie clarificat, În acest context, trebuie luate decizii cu privire la terapii adecvate și multe, multe altele.

Dar ce înțelegem, de fapt, prin dizabilități multiple și ce consecințe pot fi derivate din înțelegerea acestui lucru pentru un sistem de sprijin timpuriu, respectiv intervenția timpurie? Dificultățile de definire a unui termen încep, de exemplu, cu utilizarea frecventă, sinonimă a unor termeni precum "dizabilități multiple", "dizabilități grave" și "dizabilități severe" fără o demarcație clară între aceștia.

Natura întrebării și ocazia deschid, de asemenea, diferite moduri de definire. O persoană care este clasificată ca având o "dizabilitate severă", în conformitate cu criteriile oficiale, pot fi în măsură să meargă la cumpărături singuri, fără ajutor asistat și să fie independenți, în unele domenii ale vieții. Un copil care este încadrat ca având o "dizabilitate gravă, multiplă" în conformitate cu criteriile educaționale speciale poate depinde de sprijinul deplin în toate domeniile practice ale vieții pentru tot restul vieții sale.

În comparație internațională, înțelegerea dizabilității (multiple) este, desigur, modelată și de particularitățile unei culturi și ale unui sistem social respectiv. Cel puțin, poate fi generalizat că acești termeni sunt intenționați să exprime o "diferență treptată și nu fundamentală în gradul de dizabilitate, în comparație cu o dizabilitate mai ușoară"¹.

. Speck sugerează că, conceptul de "dizabilitate multiplă" ar trebui să fie cel puțin diferențiat în:

1. "dizabilitate multiplă, în sensul deprecierei multiple" și
2. "complexitatea dizabilității, care se manifestă prin afectarea simultană și interacționantă a mai multor funcții psiho-sociale"².

Speck vorbește, de asemenea, despre "dizabilitate mintală intensivă" în acest context, referindu-se la o "condiție" care "apare din blocuri severe și complexe la acțiune și în care

¹ Hahn, quoted by Samara 2015, 28

² Bacon 2003, 195

conceptele și structurile neuronale și mentale se pot forma numai în formă rudimentară, datorită faptului că, sunt în mare parte decuplate și din experiența generală" (Speck 2005, 270). "Noi, ca persoane cu non-dizabilitate mintală, nu o putem defini (dizabilitate mintală intensivă - nota autorului) atât de ușor. Responsabilitatea pentru acești oameni ne cere să nu ne absolutizăm propria viziune și să încercăm, să definim doar pe baza respectului pentru ei" (Speck, 2005, 43).

Dizabilitatea multiplă nu este o dublă, triplă de dizabilitate sau un suxtuplu de dizabilități, în care fiecare dizabilitate suplimentară cere un respect special din partea noastră, ca și cum am admira o fugă în șase părți în muzică; fiecare acumulare este un fenomen cu legi proprii, cu probleme speciale de diagnostic, metodologice și astfel, ar trebui văzut și abordat ca o "dizabilitate" la fel de complex, pe cât se prezintă în viață"³ (Schröder 1979, 228).

Dizabilitatea severă nu este ceva modelat de soartă, ci un fenomen social, adică dizabilitatea severă este "ceva care s-a dezvoltat în contextul vieții sociale a oamenilor și poate fi înțeles doar în acest context" (Dreher citat în Heinen & Lamers 2003, p. 32).

Persoanele cu "dizabilități severe" sunt "dependente de a fi înțelese de îngrijitor pentru a-și îndeplini dorințele și nevoile" (Fornefeld 1995, p. 48).

Persoanele cu "dizabilități severe" sunt "dependente de a fi înțelese de îngrijitor pentru a-și îndeplini dorințele și nevoile" (Fornefeld 1995, p. 48).

Termenul de "dizabilități severe" înseamnă întotdeauna o formă severă de "dizabilitate multiplă", ca o acumulare de diferite forme de dizabilități " (Fornefeld 2009, 108)

Fröhlich plasează iminența percepției, a exprimării și aspectul fizicității în centrul unei încercări de descriere: "Ei percep alți oameni prin contactul cu pielea și corpul. Ei pot aduna și evalua experiențe direct cu corpurile lor. Ei se experimentează pe ei înșiși, oameni și lucruri în implicare directă. Ei își folosesc întreaga corporalitate pentru a se exprima și a comunica" (Fröhlich 1997, p. 148).

O abordare cu mai multe perspective

În publicația "Unterricht und Förderung von Schülern mit schwerer und mehrfacher Behinderung" (Predarea și sprijinirea elevilor cu dizabilități severe și multiple) de către *Institutul bavarez de stat pentru calitatea școlilor și cercetare educațională*⁴, un grup de autori

⁴ Cf. State Institute for School Quality and Educational Research, 24ff.

abordează conceptul de dizabilități multiple (severe) prin abordări diferite, urmărind astfel o abordare multi-perspectivă.

Conceptul de dizabilități multiple sau dizabilități multiple severe, este considerat din următoarele perspective:

- Descriere prin cazuri individuale exemplare
- Caracteristici comune
- Nevoi specifice de sprijin
- Modelul ICF

Chiar dacă această abordare este o abordare a copiilor și adolescenților de vârstă școlară, multe paralele pot fi trasate la intervalul de vârstă al intervenției timpurii.

Descriere prin cazuri individuale exemplare ⁵

Prin compilarea a patru portrete ale copiilor și tinerilor de vârstă școlară⁶, autorii ilustrează eterogenitatea persoanelor cu dizabilități severe și multiple. Fiecare portret începe cu o situație tipică din viața de zi cu zi (școală) descrisă de o persoană de referință. În plus, autorii explică caracteristicile individuale și condițiile de dezvoltare ale celor două fete și ale celor doi băieți folosind mai multe categorii, cum ar fi *comunicarea, funcția vitală de bază, emoția și comportamentul, simțurile și percepția, cunoașterea sau capacitatea de a acționa și de a avea grijă*.

Descriere prin puncte comune⁷

Pentru a ajunge la abordări de învățare, condiții favorabile și impulsuri adecvate, grupul de autori enumeră într-o etapă ulterioară caracteristici comune care conectează persoanele cu dizabilități multiple. Potrivit acestora, acestea sunt mai presus de toate:

- Dizabilitate multiplă: "Dizabilitate severă (...) înseamnă întotdeauna o formă de dizabilitate multiplă, ca o acumulare de diferite forme de dizabilitate" (Fornfeld 2009, p. 18). Adesea există sarcini suplimentare pentru sănătate".
- Nevoia ridicată de sprijin, nevoia ridicată de terapie: Nevoia de stimulare specifică și sprijin prin accesul la servicii educaționale și terapeutice.
- Dependență pe tot parcursul vieții și nevoi de îngrijire.

⁵ Cf. State Institute for School Quality and Educational Research, 24ff.

⁶ The examples are pupils who are personally known to the author team

⁷ Cf. State Institute for School Quality and Educational Research, 32f.

- Nevoia de atenție individuală și contact direct: (...) depind în mare măsură de structuri familiare, fiabile, care asigură securitatea. Pentru apropiere și înțelegere, trebuie să fie disponibile persoane care sunt dispuse să se angajeze într-o călătorie comună.
- Necesitatea adaptării mediului.
- Nevoia de sprijin pentru comunicare.

ICF și nevoile specifice de sprijin⁸

Autorii văd un alt mod de abordare a fenomenului de "dizabilități multiple" și, astfel, formularea unei nevoi specifice de sprijin în abordarea Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății,⁹ ICF, pe scurt.

Un avantaj important în cadrul ICF este că utilizează un limbaj interprofesional, precis și transparent și, prin urmare, oferă o bază pentru munca interdisciplinară.

Ca model bio-psiho-social, ICF ia în considerare atât domeniul funcționării/dizabilității în sine, cât și așa-numiții factori contextuali în abordarea sa. În trecutul recent, alți autori se referă, de asemenea, la conceptul de ICF atunci când descriu persoanele cu dizabilități multiple (severe). Accentul se pune în principal pe interacțiunea dinamică și relația complexă dintre acești factori și componente.¹⁰

⁸ Cf. State Institute for School Quality and Educational Research, 34ff.

⁹ U.a.: <https://www.who.int/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health> (Stand 12.01.2021) und <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/> (Stand 12.01.2021)

¹⁰ Cf. Heinen, Lamers 2003, 33

Ce înseamnă dizabilități multiple pentru conceptul de intervenție timpurie?

În capitolul anterior, au fost prezentate provocările definirii dizabilităților multiple. La rândul lor, diferite puncte de vedere deschid perspective diferite și pot oferi răspunsuri la problema accesului la învățare, a conceptelor pedagogice și terapeutice, a condițiilor de mediu (de asemenea, de natură structurală) sau a problemelor socio-juridice. Într-o comparație internațională, perspectivele sunt extinse și mai mult de diferențele culturale și sociale, dar și de circumstanțele și condițiile structurale.

În ceea ce privește grupa de vârstă a copiilor de vârstă mică și preșcolară, pot fi observate numeroase paralele cu alte grupe de vârstă ale persoanelor cu dizabilități multiple.

În plus, există provocări speciale pentru acești copii și familiile lor:

- Un diagnostic final și prognosticul de dezvoltare rezultat nu sunt adesea clarificate în mod concludent. Părinții sunt foarte neliniștiți de aflul de informații medicale și de concluziile rezultate cu privire la acțiune - ar fi activitățile medicale și de asistență medicală, ar fi monitorizarea.
- Perspectiva lor asupra vieții se schimbă radical și trebuie să includă inovațiile în planificarea și organizarea lor ca rezultat. De la bun început există mari dificultăți în "citirea" copilului lor, ceea ce duce la probleme în dezvoltarea abilităților parentale și a interacțiunii părinte-copil.
- Procesarea diagnosticului poate fi însoțită de o mare anxietate la început.

Prin urmare, intervenționiștii timpurii trebuie să ia în considerare alte lucruri:

- Necesitatea unei cooperări interdisciplinare și multidisciplinare permanente cu toate părțile interesate din domeniul medical și terapeutic. Acest lucru poate fi complicat de complexitatea ridicată a acestei rețele, de exemplu participarea multor medici din diferite specialități, clinici diferite, diverși terapeuți medico-terapeutici și diferite instituții de învățământ. Conceptele diferă, iar obiectivele pot fi foarte diferite.
- O dizabilitate multiplă nu este o simplă adăugare a diferitelor dizabilități, ci mai degrabă o multiplicare a acestora.
- Lucrul cu părinții este adesea foarte intens și emoțional și există cereri ample de sprijin și consiliere, care, în multe cazuri, depășesc cu mult munca efectivă de intervenție timpurie cu copilul și familia. Aici, accentul se pune pe o bună relaționare cu alte

instituții, ar fi consilierea suplimentară pentru participare independentă, care poate contribui la îndeplinirea acestor sarcini suplimentare.

- Alegerea din diferite concepte și abordări a sprijinului pentru dezvoltare depinde de premisele individuale ale copilului și ale familiei sale și, prin urmare, este necesar un nivel ridicat de profesionalism și dorință de a face față conceptelor noi (pedagogice, precum și medicale, terapeutice).
- Flexibilitatea specialistului de intervenție timpurie este adesea necesară, în special în ceea ce privește organizarea timpului, de exemplu din cauza pauzelor datorate șederilor în spital sau prezenței altor terapeuți, dar și în ceea ce privește conținutul, pentru a se adapta individual la schimbarea copilului și la situația familială actuală.
- Abordarea regresiiilor datorate problemelor de sănătate însoțitoare nu este doar o provocare în ceea ce privește conținutul, ci și în procesul de planificare și evaluare a sprijinului.

Referințe/Bibliografie:

1. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): ICF – Praxisleitfaden 1. Zugang zur Rehabilitation. www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/icf/_jcr_content/par/download_0/file.res/ICF1.pdf#page=3&zoom=100,36,311. Stand 14.01.2021
2. Fornefeld, B. (Hrsg.): Menschen mit komplexer Behinderung. Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik. München 2008.
3. Fornefeld, B.: Bei Leibe gebildet – Sonderpädagogische Impulse. Zeitschrift für Heilpädagogik 3, 107-114.
4. Heinen, N.; Lamers, W.: Wanderung durch die schwerstbehindertenpädagogische Landschaft. In: Fröhlich A.; Heinen N.; Lamers W. (Hrsg.): Schwere Behinderung in Praxis und Theorie - ein Blick zurück nach vorn. Texte zur Körper- und Mehrfachbehindertenpädagogik. (Seite 13-47). Düsseldorf 2003.
5. Samara, E.: „Die Situation der schwer- und mehrfachbehinderten Kinder und Jugendlichen in Griechenland –eine mehrperspektivische Analyse“ Dissertation zur Erlangung des Grades einer Doktorin der Erziehungswissenschaft (Dr. paed.), genehmigte Dissertation. Heidelberg 2015.
6. Speck, O.: System Heilpädagogik. München 2003.
7. Speck, O.: Menschen mit geistiger Behinderung. München/Basel 2005.
8. Staatsinstitutes für Schulqualität und Bildungsforschung (Hrsg.): Unterricht und Förderung von Schülern mit schwerer und mehrfacher Behinderung. München 2010.
9. Fröhlich, A. (Hrsg): Wahrnehmungsstörungen und Wahrnehmungsförderung. Heidelberg 1997.

DIZABILITĂȚI VIZUALE LA COPIII CU DIZABILITĂȚI MULTIPLE

Vederea oferă informații despre mediu, despre lucrurile și oamenii care ne înconjoară. Vizual, ne putem orienta în orice moment, putem să observăm locul în care ne aflăm. Vederea facilitează comunicarea, oferindu-ne în permanență informații despre starea sufletească a celeilalte personae, putându-le citi expresiile faciale. Vederea, atunci când este funcțională, ne oferă în mod constant informații despre obiecte îndepărtate și acțiuni facilitând formarea unei imagini de ansamblu, anticipare și planificare, care nu poate fi obținută cu alte simțuri.

Cu toate acestea, performanța vizuală cu adevărat utilă, potrivită pentru viața de zi cu zi necesită un grad ridicat de atenție, memorie și funcții cognitive. Numai interacțiunea lor garantează o percepție vizuală coerentă și semnificativă, necesară pentru managerierea vieții de zi cu zi.

În toate aceste domenii, persoanele cu dizabilități severe au limitări masive, începând cu restricționarea curiozității vizuale și a activității de căutare independentă, care sunt chiar atributele distinctive ale vederii la persoanele cu dizabilități severe.

Trebuie să fii treaz, alert și curios pentru a căuta lucruri din mediu care îți plac, pe care le-ai putea obține, cu care te-ai putea juca, pe care le-ai putea mânca, care ți-ar putea aduce, într-un fel, beneficii.

Dacă dorești să privești în jur, controlul capului și agilitatea sunt condiții prealabile. Dar, de asemenea, trebuie să ai un nivel minim de acuitate vizuală, contrast vizual și câmp vizual pentru a putea aduna informațiile necesare. Peste un anumit grad de dizabilitate vizuală, când diferențele de luminozitate și culoare se estompează sau imaginile sunt incomplete din cauza afectărilor câmpului vizual, stimulii nu mai pot fi interpretați în mod adecvat. Imaginile sunt atunci atât de vagi, atât de neclare și de nesigure, încât este mai bine să te descurci fără ele. Apoi, creierul nostru spune: „Nu pot face nimic cu asta! Chiar dacă aș încerca din greu! Aș prefera să închid ochii!” Este de înțeles și sensibil „biologic” că, de multe ori, vederea nu este percepția preferată pentru copiii cu dizabilități multiple, cu dizabilitate vizuală. Aduce puține beneficii și devine adesea obositoare și confuză.

O vedere bună este clară, este precisă, funcționează foarte repede. Este robustă în sensul că funcționează într-o mare varietate de situații, în aproape toate condițiile de limită.

Vederea la persoanele cu dizabilități multiple este în mare parte imprecisă, este lentă și predispusă la interferențe. Este posibil să nu funcționeze în orice moment al zilei, nu în toate pozițiile și nu în toate condițiile vizuale. Poate funcționa doar într-o cameră întunecată, poate numai atunci când nu există alți stimuli concomitenți deranjanți.

Pentru mulți copii, auzul, atingerea și simțirea sunt, prin urmare, mai puțin solicitante și mai utile. Ei nu își folosesc vederea, deoarece stimulii elementari, tangibili sau audibili sunt evident mult mai semnificativi pentru ei, fiind mai ușor și mai sigur de procesat pentru creierul lor. Ei nu își folosesc vederea, deoarece este mai ușor și mai profitabil pentru ei să proceseze informații tactile sau pentru că le este mai ușor să se orienteze către sunete. Sau nu o fac, deoarece competența lor de percepție nu le permite să proceseze informații de la mai multe canale senzoriale.

Cu toate acestea, experiența ne-a arătat că în marea majoritate a cazurilor nu este vorba de „a vedea sau a nu vedea”, ci că, prin diagnosticare completă, se poate specifica dacă și ce posibilități de a vedea există în cazul concret, în domeniile vieții și care sunt condițiile limită necesare pentru aceasta.

Când vine vorba de vederea copiilor cu dizabilități multiple, adică a copiilor cu leziuni cerebrale (a se vedea capitolul CVI), există întotdeauna deficite generale ale performanței, și anume:

- 1.) o încetinire a oricărei sarcini care trebuie efectuată vizual, în special o încetinire în comportamentul de căutare și explorare și în achiziția gestaltă);
- 2.) o reducere a capacității atenționale, legată de reducerea capacității de a percepe diferențele în detaliu;
- 3.) o reziliență redusă, adică o limitare temporală;
- 4.) distractibilitate crescută;

Rezumatul dificultăților vizuale la copiii cu dizabilități vizuale și multiple

Acestea sunt:

- 1.) Puncte slabe în recepția perceptivă: Dizabilitatea vizuală oferă creierului imagini puțin clare, distorsionate, incomplete. Întârzierea mentală oferă creierului secțiuni prost sortate, incomplete și deseori instabile.
- 2.) Puncte slabe în procesarea perceptivă: astfel de input-uri sunt dificil de procesat și stocat. Imaginile sunt greu de analizat, ordonat și sortat, lipsesc caracteristicile esențiale.
- 3.) Acest lucru duce la deficite cantitative și calitative ale imaginației, la informații incomplete despre mediu. Există o lipsă a conciziei concepției despre obiecte.

4.) Toate acestea fac mai dificil consumul de informații, comportamentul de căutare (unde?) și strategiile de explorare (ce?).

BIBLIOGRAFIE:

Strothmann Marina, Zeschitz Matthias: Visuelle Stimulation sehgeschädigter Kinder , Begleittext zur Diaserie. Edition Bentheim Würzburg 2012.

Zihl Josef, Priglinger Siegfried: Sehstörungen bei Kindern. Diagnostik und Frühförderung Springer Verlag 2002.

Gruber Hildegard, Hammer Andrea: Ich sehe anders. Edition Bentheim Würzburg 2002.

IMPLICAȚII ALE DIZABILITĂȚILOR MULTIPLE ÎN EVALUARE

CONCEPTUL DIZABILITĂȚII VIZUALE CEREBRALE LA COPIII CU DIZABILITĂȚI MULTIPLE

Copiii care fac obiectul acestui capitol sunt toți cu dizabilități provocate de leziuni grave ale sistemului nervos central, ale căror efecte pot fi observate extensiv și sever în toate domeniile de dezvoltare. Cauzele și efectele concrete sunt foarte diferite.

La copiii cu leziuni severe ale sistemului nervos central, percepția vizuală este foarte des afectată. Acest capitol va încerca să coreleze conceptul de dizabilitate vizuală cerebrală

(Cerebral Visual Impairment - CVI) cu perspectivele medicale, psihologice și educaționale la copiii cu dizabilități multiple severe. Cu toate acestea, se dorește, mai presus de toate, să se stabilească o referință cu mediul de viață al acestor copii.

După cum s-a arătat deja, cauzele dizabilităților multiple severe sunt foarte diverse.

Următoarele diagnostice sunt adesea găsite în rapoartele medicale:

Legat de deteriorarea creierului:

- Leucomalacia periventriculară
- Hidrocefalie
- Microcefalie
- și altele

Legat de funcționarea deteriorată:

- Tulburare de dezvoltare combinată
- Inteligență redusă
- Întârziere în dezvoltarea limbajului
- Întârziere accentuată a dezvoltării psihomotorii
- Paralizie cerebrală spastică
- Epilepsie
- Tulburări nutriționale
- Tulburări de auz
- Și altele

În ceea ce privește vederea, se regăsesc următoarele diagnostice:

- Atrofia optică
- Displazia septooptică
- Strabism
- Nistagmus
- Cecitate cerebrală
- Colobom retino-coroïdal
- Retinopatie de prematuritate
- Amauroza
- Hipermetropie / Miopie / Astigmatism
- Și altele

De regulă, pe baza acestor diagnostic, nu se pot trage concluzii referitoare la consecințele pe care le pot avea asupra vederii copilului respectiv și ce măsuri concrete trebuie luate. Efectele

sunt foarte diferite. Chiar și în cazul unor diagnostice precum „cecitare cerebrală” sau „amauroză”, experimentăm mereu, și în viața de zi cu zi, faptul că unii copii prezintă un comportament vizual mai dezvoltat decât se pare că era cazul în situația din cabinetul medicului pediatru sau oftalmolog în care au fost puse aceste diagnostice. Aceasta înseamnă că trebuie alese metode speciale și condiții-cadru pentru un diagnostic care să facă dreptate acestor copii. De obicei, copiii nu au un limbaj activ. Prin urmare, este important să se utilizeze metoda observației precise și standardizate a comportamentului. De asemenea, trebuie luat în considerare ritmul mai lent al copiilor, ceea ce înseamnă că diagnosticarea necesită timp.

Mediul de viață al copiilor cu dizabilități vizuale și adiționale

Ce modelează viața copiilor cu dizabilități multiple severe? Pe lângă dizabilitatea vizuală, acești copii au limitări motorii masive, au foarte puține modalități de comunicare, au deseori tulburări de nutriție, epilepsii, dizabilități auditive, etc. De multe ori starea lor de sănătate este foarte fluctuantă, mulți sunt predispuși la infecții, unii sunt foarte afectați de crize epileptice frecvente care nu pot fi controlate cu medicamente. În astfel de faze, cu siguranță nu se pune accentul pe sprijinul vizual sau de altă natură oferit copilului, ci pe abordarea problemelor de sănătate.

În plus față de toate necesitățile medicale, care adesea modelează foarte mult viața de zi cu zi, aceștia, ca orice alt copil, au nevoie să se experimenteze pe ei înșiși și mediul în limitele posibilităților lor. Experiența cu sine, conectându-se cu lumea externă, este un factor important pentru bunăstarea psihologică. Acest lucru este dovedit de studii medicale privind cercetarea auto-eficacității. (Conform studiilor medicale, experiențele de autoeficacitate au efecte de promovare a sănătății în contexte psihosomatice.)

În acest sens, ei depind de sprijinul celor care-i îngrijesc. Aceste persoane au nevoie de empatie și cunoștințe adecvate. Mai mult, li se cere să-și pună la reconsiderare propriile tipare de gândire și evaluare și să se implice în lumea acestor copii: o lume a pașilor mici, a încetirii și a posibilităților reduse. Așa că este nevoie de timp, răbdare, cunoștințe și disponibilitatea observării foarte atente.

Părinții experimentează adesea că copiii lor sunt descriși ca având o serie de deficite. Pentru un copil cu o dizabilitate multiplă severă, lumea este desigur foarte diferită de cea a unui copil sănătos de aceeași vârstă. Chiar și mâncatul, vorbitul, apucatul, așezatul, mersul pe jos, toate acestea sunt lucruri pe care un copil sănătos le învață și le stăpânește într-un timp relativ scurt, desigur. Scopul dezvoltării unui copil cu dizabilități multiple este mult mai restrâns, dar există, chiar și la copiii cu cele mai severe dizabilități. Și ei vor să experimenteze lumea și să se

dezvolte în limitele posibilităților lor. Vederea are o importanță deosebită în acest context. Copilul nu poate decide dacă schimbă scutecul sau nu, nu poate scăpa de un zgomot din fundal, dar dacă vrea să se uite la ceva sau nu, este un lucru pe care îl poate decide de obicei singur, și anume prin întoarcerea spre un stimul vizual sau închiderea ochilor. Vederea, chiar dacă este doar o vedere foarte redusă în comparație cu vederea normală, poate fi foarte importantă pentru un copil cu dizabilități multiple. Experiența cu sine ca persoană cu vedere este un mare câștig pentru calitatea vieții și permite o formă de autodeterminare la un nivel foarte de bază, care nu este disponibil copilului la multe alte niveluri, din cauza dizabilităților severe.

În această privință, este regretabil când unii oftalmologi se abțin de la prescrierea de ochelari, deoarece vederea pare a fi atât de scăzută (în comparație cu copilul cu vedere normală, fără dizabilități). Cu toate acestea, standardul aici trebuie să fie diferit, și anume mediul de viață al copilului respectiv și semnificația vederii în mediul său de viață.

Dizabilități vizuale cerebrale (CVI)

După cum s-a menționat deja, copiii cu dizabilități multiple severe au leziuni cerebrale complexe care pot avea efecte de anvergură asupra vederii lor. Dacă se încearcă acum clasificarea CVI în cadrul conceptului, se întâmpină anumite dificultăți. CVI este de obicei definit ca o disfuncție a percepției vizuale ca urmare a deteriorării sistemului vizual din spatele chiasmei optice (Bals 2009). La copiii cu leziuni cerebrale pronunțate, se poate distinge cu dificultate dacă o abilitate este afectată din cauza deteriorării postchiasmatică a sistemului vizual sau dacă locul afectării este diferit. La copiii cu paralizie cerebrală, de exemplu, găsim deseori și abilități visuomotorii. Derivările oculare involuntare nu sunt neobișnuite aici, la fel ca diferite tipuri de nistagmus patologic. Controlul capului este limitat sau inexistent. Toate acestea fac mult mai dificilă fixarea și scanarea și explorarea unui stimul vizual cu sacade. Procesul de percepție vizuală este deja grav afectat în acest moment. Acest lucru este extrem de relevant pentru copil și experiența sa asupra lumii. Căci dacă nu reușește să „prindă și să țină ceva cu ochii”, pentru că nu-și poate controla capul, pentru că trebuie să se ocupe permanent de mișcări oculare involuntare, atunci copilul va avea mari probleme în obținerea unei imagini vizuale coerente a lumii. A învăța să vezi din toate perspectivele, de la acuitatea vizuală la formarea schemelor vizuale până la înțelegerea relațiilor picturale complexe, depinde de posibilitatea fixării rezonabile stabile. CVI este în mod obișnuit înțeleasă ca pierderea câmpului vizual datorată deteriorării dizabilității vizuale, tulburări în recunoașterea vizuală și percepția spațială, dar nu și funcția motorie vizuală care este perturbată din cauza leziunilor cerebrale. Dar chiar și cu o astfel de activitate vizuală aparent simplă ca o sacadă, multe zone

diferite ale creierului intră în acțiune ca o rețea. Pe lângă regiunile corticale, sunt implicate și structurile creierului mijlociu și ale cerebelului. (*Diagrama din Zihl / Dutton, p.14, Fig.2.2*). Zihl și Dutton (2015, p.13) subliniază, de asemenea, că sistemul oculomotor și sistemul vizual sunt strâns legate și că, dacă controlul oculomotor este afectat, procesul de procesare vizuală poate fi sever perturbat. Prin urmare, atunci când vine vorba de sprijinirea unui copil în dezvoltarea posibilităților sale în cel mai bun mod posibil, este foarte important, în contextul diagnosticului vizual, să înregistreze în detaliu aceste activități vizuale de bază ale copilului (Gömann 2010, 57ff) .

Și alte aspecte ale percepției vizuale pot fi, desigur, afectate la copiii cu dizabilități multiple severe. De exemplu, pot exista limitări ale câmpului vizual, acuitatea vizuală și poate fi afectată vederea de contrast. Cauza acestui lucru poate fi găsită chiar la ochi, dar și la nivelul creierului. Cu toate acestea, localizarea exactă a tulburării nu este decisivă pentru un diagnostic orientat spre copil. După cum remarcă Unterberger (2015), este de o mare importanță pentru un diagnostic și, în cele din urmă, pentru beneficiul pacientului să se specifice sub-abilitățile care sunt afectate. Acest lucru poate fi realizat numai printr-o analiză precisă a funcțiilor vizuale. O observare diferențiată, înregistrare și descriere a condițiilor vizuale de mediu și a calităților de stimul vizual, datorită cărora un copil arată ce comportament vizual permite derivarea unor măsuri educaționale și terapeutice adaptate exact capacității vizuale a copilului.

În plus, este, de asemenea, deosebit de important pentru acești copii, să observe și să evalueze percepția vizuală în contextul dezvoltării generale a copilului. Aspectele motorii, senzoriale, cognitive, emoționale și motivaționale trebuie luate în considerare în întregime, făcând indispensabilă o abordare interdisciplinară.

DIAGNOSTICUL VIZUAL ÎN CAZUL DIZABILITĂȚILOR MULTIPLE

Scopul stabilirii diagnosticului vizual la copiii cu dizabilități multiple este de a oferi copilului sprijin terapeutic și educațional adecvat posibilităților sale, astfel încât să își poată atinge potențialul maxim la nivel vizual. Așa cum s-a descris mai sus, descrierea funcțiilor vizuale se află în centrul stabilirii diagnosticului. Deoarece marea majoritate a copiilor cu dizabilități multiple severe nu au sau manifestă doar o limitare a înțelegerii vorbirii și, de obicei, au și dizabilități motorii, acest lucru trebuie luat în considerare în procedura de diagnosticare. Observarea exactă și descrierea comportamentului sunt de mare importanță, de preferință în conformitate cu un anumit sistem. Aici este utilizată o metodă dezvoltată în cercetarea psihologică privind dezvoltarea vizuală a sugariilor, Preferential Look (Banks și Salapatek 1983). Copiii, la fel ca și copiii cu dizabilități multiple severe, prezintă o activitate motrică redusă și nu înțeleg limbajul. Această metodă se bazează pe presupunerea că sistemul perceptiv

uman prezintă o disponibilitate fundamental crescută pentru achiziționarea și selecția de noi stimuli („foamea de stimuli”, Fantz 1961). Prin urmare, se observă la ce configurații de stimul copilul reacționează cu un comportament vizual specific. Se presupune că atunci când i se prezintă doi stimuli, copilul reacționează la cel care corespunde interesului și posibilităților sale și arată acest lucru privindu-l preferențial în defavoarea celuilalt. Reacțiile copilului trebuie să fie observate și înregistrate de către diagnostician. Acest principiu este aplicat în același mod pentru a diagnostica vederea la copiii mai mari cu dizabilități multiple. O serie de proceduri binecunoscute pentru determinarea echivalenței acuității vizuale (Teller Acuity Cards, Lea Gratings, Cardiff Acuity Test) se bazează pe aceasta.

Diagnosticul și măsurile care pot fi derivate din acesta trebuie văzute pe fondul întregii dezvoltări a copilului, astfel încât o abordare interdisciplinară este indispensabilă.

Astfel, următoarele elemente aparțin unui diagnostic vizual:

Constatări oftalmologice:

- Descoperiri ortoptice
- Observații din viața de zi cu zi realizate de către părinți, educatori și terapeuți
- Observarea și evaluarea comportamentală utilizând metode de examinare standardizate și validate în situații standardizate

Cu toate acestea, tocmai metodele de examinare standardizate și validate lipsesc. În zona multiplelor dizabilități și dizabilități vizuale, este dificil sau chiar imposibil să se aplice teste de dezvoltare comune. Testele existente necesită de obicei o viziune intactă sau doar înregistrează vederea la un nivel rudimentar. După cum remarcă Süß-Burghardt, abilitățile vizual-perceptive, vizual-constructive și de memorie vizuală până la vârsta de 3 ani sunt doar testate inadecvat cu testele comune de dezvoltare (Süß-Burghardt 2005, p.54). Testele psihologice de dezvoltare separate care înregistrează comportamentul vizual într-un mod diferențiat încă de la naștere lipsesc în mare măsură. Acesta este într-adevăr un decalaj în practica psihologică. Evaluarea dezvoltării vizuale timpurii, în special în contextul celorlalte domenii de dezvoltare, nu este, din păcate, punctul central al psihologiei copilului, nici în cercetare, nici în practică. Din acest motiv, o procedură de diagnostic a fost dezvoltată în anii 1980 și 1990 de către psihologul Hanns Kern, absolvent al Blindeninstitut Würzburg, Germania, care permite înregistrarea diferențiată a diagnosticului activităților vizuale și a abilităților vizuale ale persoanelor cu dizabilități multiple, „Entwicklungs- und Förderdiagnostik des Sehens für mehrfach behinderte Menschen (EFS)” (Kern 1996, 2003). Această procedură este descrisă mai detaliat mai jos.

Din nou și din nou se aude sau se citește că copiii cu dizabilități multiple trebuie să fie testați în situațiile de zi de zi. Nu există nicio îndoială că observațiile realizate în situațiile de zi de zi fac parte integrantă din diagnosticul vizual. Cu toate acestea, în viața de zi cu zi trebuie să ne confruntăm cu atâtea condiții generale al căror efect asupra comportamentului vizual al copilului nu este nici măcar observat sau este interpretat greșit. În condițiile de zi cu zi, nivelurile de iluminare și contrast ale stimulilor de mediu sunt variabile, ceea ce duce adesea la o analiză a condițiilor de mediu inadecvate mai degrabă decât la o analiză diferențiată a vederii reale. Prin urmare, pentru a nu subestima capacitatea vizuală a copiilor, este necesar să se ofere cea mai bună situație vizuală posibilă, astfel încât repertoriul vizual propriu-zis al copilului să poată fi surprins. În caz contrar, se poate întâmpla ca reacția difuză la un stimul vizual să fie atribuită în întregime vederii „slabe” a copilului. Cu toate acestea, este posibil ca

copilul să fie suprasolicitat de întreaga situație. Este de la sine înțeles că este foarte important să recunoaștem și să luăm în considerare această suprasarcină.

Prin urmare, este esențial ca diagnosticul să acorde o atenție deosebită la ceea ce se testează de fapt. Nu degeaba există instrucțiuni clare în manualele de testare cu privire la modul și condițiile în care trebuie efectuat un test pentru a obține rezultate valide și fiabile. Acest lucru se aplică în mod identic testelor de acuitate vizuală sau testelor care determină un echivalent al acuității vizuale (a se vedea, de exemplu, manualul de pe Teller Acuity Cards).

O persoană poate să ofere o sursă importantă de cunoaștere dacă se renunță complet la condiții controlate. Acest lucru este fără îndoială dificil de asigurat și necesită mult timp . Cu toate acestea, experiența arată faptul că utilizând metode și condiții adecvate, acești copii își arată mai clar capacitățile vizuale, ceea ce conduce la o selecție mai direcționată a obiectivelor și măsurilor de sprijin. Dacă diagnosticarea se face fără condiții standardizate și pot exista în anumite contexte motive pentru aceasta , este posibil ca diagnosticul să fie mai puțin precis decât în condiții controlate.

Entwicklungs- und Förderdiagnostik des Sehens für mehrfach behinderte Menschen (EFS)“ (Diagnosticul nevoilor de dezvoltare și intervenție vizuală la persoanele cu dizabilități multiple- un exemplu de procedură standardizată de observare și descriere comportamentală „Entwicklungs- und Förderdiagnostik des Sehens für mehrfach behinderte Menschen (EFS)“ (traducere: Diagnosticul nevoilor de dezvoltare și intervenție vizuală la persoanele cu dizabilități multiple) este o procedură de diagnostic cuprinzătoare cu care nivelul de dezvoltare vizuală până la vârsta de dezvoltare de la 2 ½ la 3 ani poate fi înregistrată într-o manieră foarte diferențiată. Examinarea are loc într-o cameră special echipată, care permite crearea unor condiții vizuale diferite. Poate fi complet întunecată și jumătate din aceasta să fie neagră (tavan, pereți, podea și perdea ca separator de cameră). Scopul este de a crea un mediu de stimulare cât mai selectiv posibil, întrucât unii copii reacționează clar la stimulii vizuali numai în aceste condiții speciale. În cealaltă jumătate a camerei se poate realiza examinarea în condiții normale de lumină naturală.

EFS examinează activitățile vizuale bazale pe de o parte și activitățile vizual-cognitive pe de altă parte. Prezentarea generală arată titlurile capitolelor activităților vizuale investigate.

1. REFLEXE VIZUALE

1.1 Reacția pupilară

1.2 Reflexul de clipire

2. ATENȚIE VIZUALĂ, INTERES VIZUAL

2.1 Atenție vizuală

2.2 Interes vizual spontan

2.3 Mișcarea (ochiul, capul) către ținte în diferite poziții spațiale (ale câmpului vizual)

3. FUNCȚII VIZUAL-MOTORII

3.1 Mișcări ale ochilor, mișcări ale capului, coordonare

3.2 Fixare

3.3 Vergență

3.4 Scanare vizuală

3.5 Schimbarea atenției („comparație” vizuală)

3.6 Sacade

3.7 Mișcări de urmărire (urmărire)

- 3.8 Nistagmus optocinetic
- 4. COORDONARE VIZUAL-MOTORIE
 - 4.1 Reflex de prindere
 - 4.2 Coordonarea ochi-mână
 - 4.3 Coordonarea între a privi și a merge
- 5. PERCEPȚIA MIȘCĂRII, PERCEPȚIA SPAȚIALĂ
 - 5.1 Percepția mișcării radiale periferice
 - 5.2 Percepția mișcării centrale
 - 5.3 Percepția tridimensionalității
 - 5.4 Percepția profunzimii monoculare
- 6. PERCEPȚIA LUMINII, CONTRASTULUI, FRECVENȚA SPAȚIALĂ
 - 6.1 Percepția luminozității
 - 6.2 Sensibilitate la contrast
 - 6.3 Percepția frecvenței spațiale
 - 6.4 Diferențierea între gradările de gri
- 7. RECUNOAȘTEREA MODELELOR / IMAGINILOR VIZUALE
 - 7.1 Recunoașterea tiparului feței
 - 7.2 Alte tipare / imagini vizuale
- 8. PERCEPȚIA CULORII
 - 8.1 Sensibilitatea culorii
 - 8.2 Recunoașterea culorii
- 9. PERCEPȚIA FIGURILOR („GESTALT”)
 - 9.1 Percepția figurii și a temeiului
 - 9.2 Recunoașterea cifrelor incomplete
- 10. CARACTERISTICI SELECTATE ALE OBIECTELOR
 - 10.1 Dimensiune
 - 10.2 Forma
 - 10.3 Combinație de mărime, formă și culoare
- 11. PERMANENȚA OBIECTELOR (CĂUTAREA OBIECTELOR)
- 12. MEMORIA VIZUALĂ
 - 12.1 Memoria formelor, culorilor, dimensiunilor
 - 12.2 Memoria tiparelor
 - 12.3 Memoria comenzii
- 13. RECUNOAȘTEREA ȘI CLASIFICAREA IMAGINILOR

Examinarea cuprinde 101 elemente de testare, dintre care unele sunt subdivizate din nou. Procedura este orientată spre dezvoltarea vizuală de la naștere. La copiii cu dizabilități multiple severe, accentul se pune de obicei pe abilitățile vizuale bazale și activitățile vizuale. În acest caz, sunt efectuate numai acele elemente pe care copilul le poate îndeplini. Marea forță a acestei metode constă în înregistrarea foarte precisă a comportamentului vizual, chiar și la copiii care sunt considerați a fi cu handicap sever. Permite recunoașterea și aprecierea marjelor mici de joc pe care acești copii le au. De aici, se poate oferi suportul vizual adecvat acestor copii. Prin urmare, nu este surprinzător faptul că această examinare necesită mult timp. În funcție de copil, sunt necesare 3-4 examinări de câte 30-45 de minute fiecare. În acest moment devine clar încă o dată cât de important este în relația cu acești copii și cât de mult influențează rezultatul unui

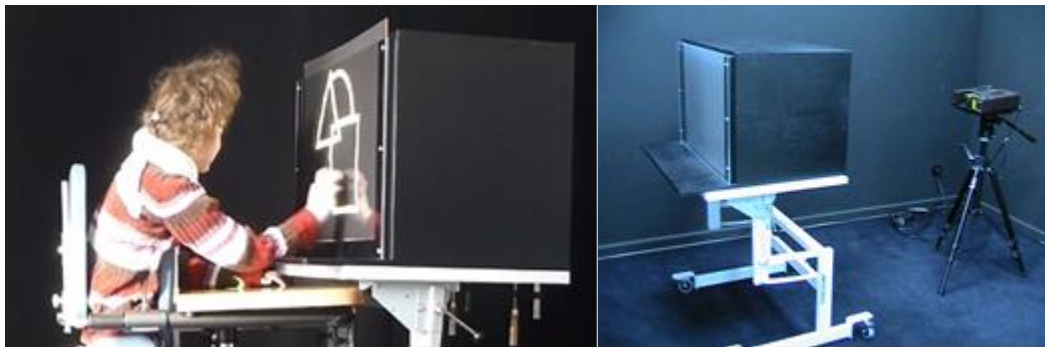
diagnostic: factorul timp! Acești copii au nevoie de mult mai mult timp pentru a se adapta la situații. În practica medicală normală, examinările trebuie făcute mult mai repede.

Ce materiale speciale oferă EFS?

Un element important al EFS este așa-numita casetă de proiecție.

Este o cutie neagră cu un geam asemănător sticlei. Materialele special dezvoltate ale EFS sunt proiectate pe acest panou din spate cu ajutorul unui bârne sau a unui proiector de diapozitive. Copilul stă la aproximativ 50cm în fața ecranului. Avantajul acestei setări pentru copiii cu dizabilități multiple este că imaginea umple întregul câmp vizual al copilului, astfel încât, chiar dacă copilul are puțin control asupra abilităților sale vizuomotorii, acesta „prinde” cel puțin o parte din prezentare. Materialele prezentate sunt mari, luminoase și foarte contrastante pentru majoritatea articolelor. În plus, nu există iritații din partea altor impresii vizuale în camera întunecată, iar sursa de lumină (proiectorul cu proiectoare sau diapozitive), care se află în spatele cutiei, nu este vizibilă pentru copil. Astfel, sunt create condiții optime pentru a permite copilului să obțină o impresie vizuală și pentru a-i crește motivația de a-și folosi vederea.

Acești copii au nevoie de mult mai mult timp pentru a se adapta la situații. În practica medicală normală, examinările trebuie făcute mult mai repede.



Scanare vizuală

S-a descris deja mai sus de ce scanarea cu ochii joacă un rol atât de important în dezvoltarea vederii. Prin urmare, materialul utilizat și modul în care este tratat în diagnosticare vor fi descrise aici ca exemplu.

Scanarea vizuală este reprezentată de coordonarea abilităților motorii și a atenției vizuale. Este o abordare involuntară succesivă a punctelor distinctive (de exemplu tranziția de la lumină-întuneric, colțuri, întreruperi, suprapuneri) corespunzătoare structurilor prezentate de complexitate diferită.

"Scanarea vizuală este una dintre cele mai importante activități vizuale bazale. Omul de știință sovietic Yarbus a fost unul dintre primii (Luria 1970, 173) care a studiat mișcările de scanare a ochilor atunci când privea o față și a constatat că ochii, gura și linia părului sunt punctele preferate. Deja la vârsta de nouă zile, copiii încep cu mișcări de scanare - deși sunt încă destul de imprecise.

Până la vârsta de patru săptămâni, se scanează doar contururile cifrelor. La vârsta de aproximativ 8 săptămâni, copiii intuiesc și înțeleg și figura interioară - însă destul de imperfect. La aproximativ 12 săptămâni, ei înțeleg, de asemenea, detalii, cum ar fi întreruperile din figurile prezentate în figura 4. Cu ajutorul unor astfel de materiale, este posibilă evaluarea dezvoltării comportamentului de scanare vizuală a copiilor și - dacă este necesar - inițierea

sprijinului adecvat pentru această activitate vizuală importantă. Marea majoritate a copiilor pe care îi examinăm au nevoie de sprijin intens în acest domeniu. „(de la Hanns Kern, manuscris nepublicat).

Figura 1

Figura 2

Figura 3

Figura 4

Șabloanele sunt prezentate copilului în caseta de proiecție. Se observă cum reacționează copilul la ele. Există un interes vizual general? Este mai puternic decât în alte condiții? Copilul încearcă să fixeze? Care este calitatea fixării? Sunt observabile mișcări oculare involuntare / mișcări de nistagmus? La ce părți ale modelului este atent copilul? Copilul face salturi ale privirii? Există un mod sistematic de a înțelege modelul? Cât de persistent este copilul în sarcina vizuală?

Nu există nicio așteptare ca fiecare copil să privească aceste șabloane intens pentru o lungă perioadă de timp. Dimpotrivă, copiii care au ajuns deja la o dezvoltare din punct de vedere vizual se uită adesea la șabloane doar pe scurt. Motivul constă în faptul că ei sunt capabili să înțeleagă rapid esențialul și apoi să nu mai găsească șablonul interesant. Pe de altă parte, alți copii sunt preocupați intens de aceste șabloane timp de câteva minute. Nu este neobișnuit ca profesorul prezent la examen să spună că nu a avut niciodată o experiență în care copilul să fie la fel de activ din punct de vedere vizual ca atunci când se uită la figurile de urmărire. În concluzie, din aceasta rezultă faptul că copilul se află abia la începutul dezvoltării sale în această zonă și că acest tip de stimul este evident „furaj” bun pentru sistemul său vizual în stadiul actual al dezvoltării sale. Acestea sunt descoperiri esențiale care se reflectă apoi în alegerea materialului de sprijin și a situației de sprijin.

În rezumat, rămâne de spus: Copiii cu dizabilități complexe au adesea o percepție vizuală afectată din cauza leziunilor cerebrale, chiar dacă ochiul în sine ar trebui să fie intact. Pentru ca abilitățile vizuale ale copilului să fie susținute într-un mod care este adaptat copilului, este necesară observarea comportamentală standardizată bazată pe psihologia dezvoltării, pe lângă diagnosticarea medicală solidă.

REFERINȚE:

1. Bals, I. : Zerebrale Sehstörungen. Ediția Bentheim, Würzburg 2009.
2. Bănci, M.S. & Salapatek, Ph., Percepția vizuală a sugarului. În: Mussen, P.H. (Hrsg.), Handbook of Child Psychology, ediția a IV-a. (vol. 2, paginile 435-571). John Wiley & Sons, Inc., New York 1983.
3. Fantz, R.L. : Originea percepției formei. Scientific American, 1961, 204, 66-72.
4. Gömann, S. : Diagnostik und Förderung bei schwerstbehinderten Kindern und Jugendlichen. Ediția Bentheim, Würzburg 2010.
5. Kern, H. : Entwicklungs- und Förderdiagnostik des Sehens für mehrfachbehinderte Menschen (EFS) - ein Förderkonzept, în: AG Frühförderung sehgeschädigter Kinder (Hrsg.), Messen und Beobachten, Bewerten und Handeln, Bewerten und Handeln. 121 - 140.
6. Kern, H. : Eine Entwicklungs- und Förderdiagnostik des Sehens für mehrfachbehinderte Menschen - Konzepte und Inhalte; în Klauß, T., Lamers, W. : Alle Kinder alles lehren...

Grundlagen der Pädagogik für Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung, Universitätsverlag Winter, Heidelberg 2003, 295-307).

7. Kern, H. : Diagnostical nevoilor de dezvoltare și intervenție pentru vedere la persoanele cu dizabilități multiple, unveröffentlichtes Manuskript, 2005.

8. Luria, A.R. : Die höheren kortikalen Funktionen des Menschen und ihre Störungen bei örtlichen Hirnschädigungen. Berlin (Ost) 1970.

9. Süß-Burghart, H. : Entwicklungsdiagnostik. În: Stahl, B. & Irblich, D. (Hrsg.): Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Hogrefe, 2005.

10. Unterberger, L. : Kindliche zerebrale Sehstörungen (CVI). Herbert-Utz-Verlag, München 2015.

11. Zihl, J. & Dutton, G.N. : Insuficiență vizuală cerebrală la copii. Springer, Wien 2015.

EVALUAREA VEDERII FUNCȚIONALE

Descrierea funcțiilor vizuale existente și a performanței perceptive este la fel de importantă ca identificarea deficitelor vizuale.

Această activitate de diagnostic necesită o cooperare strânsă între oftalmologie, ortoptică, psihologie și educație. La fel, observațiile educatorilor, părinților sau fraților despre performanța vizuală a copilului sau reacțiile la ofertele vizuale sunt, de asemenea, integrate și pot oferi informații valoroase despre posibile tulburări vizuale și funcțiile vizuale existente.

Viziunea fiziologică sau funcțională, care se referă la capacitatea funcțională a ochiului, este evaluată de oftalmologi și ortoptiști, de exemplu, folosind metode de aspect preferențial (Cardiff Teller Acuity Test, Lea Symbols, Hiding Leas) - (vezi și articolul Ortopici în intervenția timpurie și articolul despre CVI și evaluarea EFS).

Pe de altă parte, în special în cazul copiilor cu dizabilități multiple, este vorba despre viziune funcțională - utilizarea efectivă a viziunii „obiective” existente. Este orientat spre viața de zi cu zi și examinează vederea în condițiile în care este folosită. Scopul este de a dobândi cunoștințe pentru măsurile de sprijin și utilizarea ajutoarelor. Lea Hyvärinen propune să examineze de exemplu:

- Cum arată comportamentul de căutare și explorare al unui copil
- Dacă expresiile faciale pot fi recunoscute (expresii faciale, mișcări ale buzelor)
- Dacă vederea este utilizată pentru orientare (sunt recunoscute mișcările, sunt percepute obiecte mari?)
- Dacă există activități în viața de zi cu zi, în joc, care sunt controlate vizual?

Ea recomandă observații în funcție de variația ofertei de iluminat și material utilizate. În special, ar trebui identificat câmpul vizual, adică zona în care copilul poate folosi informațiile vizuale.

Zihl a recomandat să se concentreze în special pe „abilitățile-de-bază-vizuale”: poate copilul să arate atenția vizuală fixată, să urmărească obiectele, să schimbe privirea între obiecte sau oameni sau să scaneze un obiect cu ochii?

Analiza vederii funcționale este deosebit de provocatoare pentru copiii cu dizabilități multiple. Vederea acestor copii se caracterizează prin instabilitate: se schimbă frecvent, este dependentă de condiția fizică și motivația actuală, este dependentă și de mediul extern, de persoanele prezente, de stimulul materialelor oferite și, nu în ultimul rând, de variabilele de confuzie.

Astfel, un singur eșantion de diagnosticare nu poate fi reprezentativ pentru comportamentul vizual al copiilor.

Aici este importantă explorarea atât a comportamentului vizual „tipic”, cât și a „celui mai bun posibil” comportament. Acest lucru se face printr-o procedură numită „testarea limitelor”, în care variază sistematic variabilele externe și motivaționale ale situației. Creativitatea este deosebit de importantă în acest domeniu.

Printre altele, este vorba de clarificarea următoarelor întrebări:

1. Ce „funcții vizuale elementare” sunt dezvoltate în condiții limită?
2. Care este comportamentul de căutare? Cum sunt explorate obiectele?
3. În ce situații și contexte cotidiene se folosește efectiv vederea?

Să recunoască oamenii și să controleze comunicarea

Pentru a căuta și recunoaște obiecte

Pentru explorarea vizuală fină și recunoașterea detaliilor

Pentru coordonare ochi-mână și manipulare controlată optic

Pentru orientarea spațială și controlul locomoției

Scopul este de a obține o mai bună înțelegere și o imagine mai clară a posibilităților și dificultăților vizuale. În același timp, acest lucru va ajuta la descoperirea punctelor de plecare pentru sprijinul individual.

Doar aruncând o privire atentă asupra copilului, analizând interesele acestuia în interacțiune și strategiile vizuale individuale, va fi posibilă stabilirea priorităților în sprijinul percepției vizuale și, în acest context, restrângerea și selectarea specifică a materialului de sprijin.

REFERINȚE:

1. Hildegard Gruber, Andrea Hammer: Ich sehe anders. Ediția Bentheim Würzburg 2002.
2. Zihl Josef, Priglinger Siegfried: Sehstörungen bei Kindern. Diagnostik und Frühförderung. Springer Verlag Wien 2002.
3. Marina Strothman, Zeschitz Matthias: Vom Curriculum zur individuellen Förderung des Sehens mehrfachbehinderter sehgeschädigter Kinder im Lebensbezug in: Fuchs Eberhardt, Neugebauer Hans (Hrsg.): Frühe rechtzeitige Förderung. Ediția Bentheim Würzburg 1997, pagina 95-102.

Link:

www.lea-test.fi/leaweb/



SECȚIUNEA C

**EXEMPLE DE PRACTICI
BUNE ÎN INTERVENȚIA
TIMPURIE LA COPIII CU
DIZABILITĂȚI VIZUALE CU
DIZABILITĂȚI MULTIPLE**



COMPONENTELE UNUI PROGRAM DE INTERVENȚIE TIMPURIE

EVALUAREA
SUPPORTUL PROFESIONIST AL DEZVOLTĂRII TIMPURII
PENTRU COPII ȘI FAMILII
TRANZIȚIA

IDEI PRINCIPALE

Dincolo de numărul tot mai mare de instrumente de evaluare disponibile, atunci când se lucrează cu grupuri de copii cu dizabilități vizuale și asociate, cele mai utile instrumente sunt reprezentate de abilitățile de observare ale profesioniștilor cu experiență, precum și de instrumente de evaluare nestandardizate, adaptate populației copiilor cu dizabilități.

Suportul familial profesionist pentru dezvoltarea timpurie include triada părinte - expert - copil. Sprijinul în cadrul familiei, pe parcursul unei perioade de timp estimate, trece prin numeroase procese care îi afectează eficacitatea, care sunt documentate prin rapoarte săptămânale și prin Planul individual de suport familial. Perspectiva părinților și profesioniștilor trebuie luată în considerare în cadrul elaborării și planificării protocolului de tranziție adecvat.

PROCEDURI ȘI DIRECȚII ALE EVALUĂRII

Depistarea timpurie a riscurilor și devierilor în dezvoltare este necesară pentru a implementa programe de intervenție timpurie. După Pinjatela și Joković - Oreb (1), termenul de copil cu risc de natură neurologică ("neurorisk") a fost introdus cu scopul de a identifica acei sugari care ar putea dezvolta tulburări de dezvoltare din numărul total de nașteri vii. Prin urmare, metodele de screening au fost rafinate, iar numărul factorilor de risc a fost definit mai clar, ca urmare a numeroaselor studii și a monitorizării pe termen lung a copiilor aflați în situații de risc. Pe de altă parte, se vorbește despre abateri/devieri în dezvoltare atunci când un copil prezintă întârzieri în una dintre etapele de dezvoltare: motorie, cognitivă, de comunicare, senzorială sau social-emoțională.

Este adeseori întâlnită situația în care copiii care sunt supuși evaluărilor săptămânale, realizate de către diverși experți, dezvoltă sensibilitate exagerată la situațiile de testare, iar părinții acestora dețin dosare pline cu acte medicale. Identificarea și recunoașterea tulburărilor de dezvoltare în etape timpurii nu este ușoară, deoarece toate aspectele dezvoltării copilului trebuie abordate cu atenție, iar ulterior conturată o imagine unică a funcționării copilului. Determinarea abaterii în dezvoltare poate fi extrem de solicitantă, deoarece, printre altele, gama largă de diferențe dintre copiii cu dezvoltare tipică poate determina ca anumite abateri individuale să treacă neobservate.

Nu există o definiție unitară care să summarizeze ce este evaluarea și ce conține aceasta. Aceasta este considerată de cele mai multe ori ca instrument pentru determinarea abilităților prezente ale copilului, precum și a abaterilor sau dificultăților în dezvoltare, iar de aici nevoia de implicare a acestuia într-un program anume și de creare a unui plan de suport. În contextul abordării contemporane, holistice, evaluarea reprezintă abordare comprehensivă de echipă a familiei și copilului, în cadrul căreia observațiile și culegerea informațiilor din diferite surse sunt încurajate. Evaluarea este, de asemenea, primul pas, care precedă dezvoltarea unui Program de educație și reabilitare în intervenția timpurie. Măsura eficacității acestuia pentru copil și familie depinde de evaluare. În procesul evaluării, abordarea inter- și transdisciplinară care este urmată ține cont de faptul că evaluarea nu este echivalentă cu utilizarea instrumentelor de diagnostic. Evaluarea de calitate furnizează informații valoroase despre copil, care reflectă starea curentă a acestuia, dar trebuie să fie și prognostică și consultativă în același timp, astfel furnizând perspective asupra unor posibile viitoare progrese în dezvoltare. Este foarte important de selectat instrumentul de evaluare potrivit, care poate furniza informații și direcții necesare în crearea unui program, care va influența maximal dezvoltarea potențialului copilului și familiei.

În prezent există numeroase instrumente de evaluare care pot fi utilizate de către logopezi, psihologi, psihopedagogi, kinetoterapeuți, terapeuți ocupaționali și alți profesioniști de la vârste timpurii ale copilului sau chiar de la naștere. Multe studii clinice și cercetări au confirmat sensibilitatea ridicată și validitatea unor variate teste psihometrice standardizate (precum Bayley Scales of Infant Development (BSID-III), Mullen Scales of Early Learning, Fagan Test of Infant Intelligence (FTII), Battelle Developmental Inventory (BDI), Denver Developmental Screening Test etc.) în realizarea predicțiilor referitoare la dezvoltarea abilităților cognitive, de comunicare și motorii (2, 3). Sunt disponibile și teste de screening (ASQ - Ages and Stages Questionnaire Third Edition, PEDS - Parents Evaluation of Developmental Status), destinate realizării screening-ului copiilor aflați la risc, care pot fi aplicate de către părinți sau profesioniști ca parte a vizitelor la domiciliul familiei. Recunoașterea timpurie a simptomelor cu ajutorul acestor scale de screening este adeseori primul spre stabilirea diagnosticului. Screening-ul este definit ca evaluare succintă, realizată cu intenția de a identifica acei copii care necesită un diagnostic mai detaliat, o evaluare aprofundată, din cauza riscului de a dobândi o dizabilitate sau din cauza unei abateri în dezvoltare stabilite.

Utilizarea instrumentelor de evaluare standardizate, precum Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI), Gross Motor Function Measure (GMFM), BAYLEY development scales etc. permite evaluarea schimbărilor la nivelul funcționării copilului, prin compararea evaluărilor repetate și monitorizarea progreselor pe parcursul programului de intervenție timpurie. Trebuie reținut faptul că rezultatele obținute de un copil sunt comparate cu normele dezvoltării tipice, anume ceea ce este de așteptat pentru un copil fără dificultăți în cadrul dezvoltării, cu vârstă cronologică similară sau cu nivel de dezvoltare mentală similar. Prin urmare, utilizarea instrumentelor de evaluare standardizate pentru populația de copii cu dizabilități vizuale este inadecvată din punct de vedere al standardelor evaluării, deoarece pe lângă faptul că majoritatea părților instrumentelor și sarcinilor din acestea nu pot fi adaptate la specificul copiilor cu deficite senzoriale, standardele pentru vârstă sunt stabilite pe grupuri de copii fără dificultăți.

Atunci când se lucrează cu copii cu tulburări de dezvoltare, scopul evaluării trebuie mereu luat în considerare. Evaluarea în vederea monitorizării rezultatelor cantitative, în cadrul căreia copiii cu dizabilități vor fi mereu sub medie, este considerată lipsită de etică din punctul de vedere al codurilor moderne ale profesiilor care oferă sprijin. Accentul trebuie pus pe observarea copilului în mediul său natural, în activități zilnice și familiare care au sens din perspective rutinelor zilnice ale copilului. Aceste idei sunt la baza conceptului de Evaluare funcțională, realizată în scopul ghidării părinților, creării unui program educațional și de

reabilitare și evaluării atingerii scopurilor stabilite în cadrul aceluiași program educativ și de reabilitare. În cadrul acestei forme de evaluare observațională, copilul este comparat doar cu sine însuși, respectiv sunt evaluate progresele care nu pot fi măsurate cu instrumente standardizate, dar sunt foarte importante și esențiale pentru funcționarea zilnică a copilului.

Experții în lucrul cu copiii cu MDVI utilizează cel mai frecvent instrumente nestandardizate de evaluare (ex., Fișa ghidului Portage de educație timpurie (Portage Guide to Early Education Checklist), Fișa HELP (0-3) și Traseul HELP (HELP Strands) (3-6), Inventarul de abilități din Proiectul Oregon (The Oregon Project Skills Inventory), Communication Matrix, INSITE Development Checklist și altele), care sunt orientate pe curriculum. Fie că sunt construite ca chestionare sau fișe de observație, aceste tipuri de instrumente sugerează activități și arii de dezvoltare asupra cărora să se intervină.

În practică, profesioniștii constată faptul că numeroși copii cu aceleași diagnostice prezintă caracteristici funcționale diferite în contextul situațiilor cotidiene. Scopurile și sarcinile funcționale, derivate din evaluarea funcțională, sunt reflectate în dezvoltarea pozitivă în evaluarea finală pe diferite arii de dezvoltare, precum și în schimbările pozitive calitative la nivelul caracteristicilor funcționării cotidiene a copilului.

BIBLIOGRAFIE

1. Pinjatela R, Joković-Oreb I. (2010). Rana intervencija kod djece visokorizične za odstupanja u motoričkom razvoju. Hrčak – portal znanstvenih časopisa Republike Hrvatske; 13(3-4), p. 293-308.
2. Glascoe, FP. (2005). Screening for developmental and behavioral problems. Ment Retard Dev Disabil Res Rev.; 11(3), p.173–179.
3. Hamilton, S. (2006). Screening for developmental delay: reliable, easy-to-use tools. Journal of Family Practice; 55(5), p.415–422.

IMPORTANȚA ABORDĂRII ÎN ECHIPĂ A EVALUĂRII

Pentru a realiza evaluarea comprehensivă și consistentă a copilului cu dizabilități vizuale și asociate, este necesară abordarea în echipă. Holm și McCartin (1) descriu echipa ca ”grup interactiv care desfășoară activități integrate și interdependente”. Introducerea unei abordări în echipă în cadrul evaluării și intervenției timpurii reflectă atitudinea și perspectiva profesioniștilor care încep să considere copilul și dezvoltarea acestuia ca entitate integrată în locul abordării pe arii de dezvoltare separate.

Caracteristici ale echipelor

Majoritatea echipelor care lucrează împreună în evaluare și intervenție timpurie au câteva caracteristici comune: sunt constituite din experți cu diferite profiluri, care adeseori includ familia copilului în toate segmentele muncii lor și împart sarcini comune, de ex., scopuri. Ceea ce diferențiază echipele între ele este gradul de interacțiune între membrii lor. În funcție de structură și gradul interacțiunii dintre membri, echipele se împart în: echipe multidisciplinare, interdisciplinare și transdisciplinare. Deși aceste trei forme de colaborare în echipă sunt adeseori comparabile, ele pot fi considerate ca puncte ale unui continuum al interacțiunii, începând de la interacțiune scăzută la interacțiune de nivel ridicat. Cel mai mic nivel al interacțiunii între membrii echipei este prezent în echipa multidisciplinară, în timp ce cel mai ridicat nivel este caracteristic echipei transdisciplinare.

În cadrul echipei multidisciplinare, profesioniștii cu diferite profiluri muncesc independent unul de altul. Peterson (3) compară munca unei echipe multidisciplinare cu jocul paralel al copiilor ("unul lângă altul, dar separat"). Membrii echipei multidisciplinare împărtășesc același spațiu și resurse, însă acționează în maniere complet separate. În cele din urmă, o astfel de echipă oferă un serviciu fragmentat, care poate avea efecte negative asupra copilului și familiei acestuia (afirmații contradictorii ale experților, nepotriviri).

În condițiile cooperării interdisciplinare și transdisciplinare, nu apare o astfel de fragmentare a serviciilor și gradul interacțiunii dintre membri este mai ridicat. Echipele interdisciplinare lucrează astfel încât fiecare realizează evaluarea separat, însă au loc întâlniri comune pentru a discuta rezultatele evaluării și a ajunge la un acord referitor la o strategie comună. Deși gradul de interacțiune este mult mai ridicat decât în contextul colaborării multidisciplinare, dificultățile în comunicare și interacțiune se mențin, deoarece profesioniștii nu au suficiente cunoștințe din domeniile înrudite și neînțelegerile și ne-acceptarea reciprocă sunt prezente adeseori.

Echipele transdisciplinare sunt compuse din profesioniști din diferite domenii și părinții copilului, însă munca în echipă țintește depășirea granițelor profesiilor individuale pentru a atinge un nivel ridicat de comunicare, interacțiune și colaborare între membrii echipei.

Dinamica echipelor este un organism viu, care are nevoie de auto-evaluare și suport continuu. Procesul transformării din echipă multidisciplinară în echipă transdisciplinară este unul îndelungat și nu întotdeauna uniform, care presupune faptul că creșterea nivelului de interacțiune dintre membrii echipei din diferite domenii este o provocare mare.

Pentru ca o echipă să devină transdisciplinară, membrii acesteia trebuie să învețe să lucreze împreună și în contextul respectivei munci să treacă granițele propriei profesii. Literatura

descrie anumite stadii pe care o echipă trebuie să le parcurgă pentru a deveni transdisciplinară. Uniunea pentru Paralizia Cerebrală (United Cerebral Palsy, 4) numește aceste stadii ale dezvoltării transdisciplinarității ”eliberarea de roluri”. Eliberarea de roluri este suma proceselor individuale care au loc separat, dar sunt și interconectate. Există etape ale întăririi propriului rol în cadrul cărora profesioniștii devin mai competenți în profesia lor principală prin dobândirea cunoștințelor, abilităților și competențelor unor profesii conexe, în condiții controlate, până la așa-numita fază de „eliberare a rolului”, când specialistul aplică abilități noi dobândite în practică, sub supervizarea specialistului care are respectiva profesie.

Una dintre principalele caracteristici ale realizării evaluării în abordarea transdisciplinară este așa-numita ”Evaluare în arenă”. Părinții / copilul și ceilalți membri ai echipei de experți sunt prezenți în sala de evaluare. În majoritatea cazurilor, doar părinții și un membru al echipei sunt în contact direct cu copilul, care astfel nu este expus să ia contact cu multe persoane necunoscute. Deoarece copilul se concentrează doar pe un adult și nu trebuie să treacă printr-o serie de evaluări consecutive, copilul este mai puțin obosit, iar performanța lui este mai bună. Evaluarea în arenă reprezintă o mare provocare pentru profesioniști și „orchestrarea” acestei abordări necesită planificare și atenție crescută din partea tuturor membrilor echipei.

Evaluarea copiilor cu dizabilități vizuale și tulburări de dezvoltare asociate

Evaluarea copiilor cu dizabilități vizuale reprezintă o provocare tot mai mare pentru profesioniștii care au la dispoziție o gamă largă de teste, proceduri, suporturi și tehnici de observație. O provocare tot mai mare în evaluare este faptul că profesioniștii sunt expuși la nevoi tot mai complexe ale copiilor și familiilor, în special atunci când este vorba despre copii cu dizabilități vizuale, asociate cu tulburări de dezvoltare.

Atunci când se realizează evaluarea, echipa trebuie să primească informații nu doar despre funcțiile vizuale și vederea funcțională, ci și despre modul în care dificultățile în funcționarea vizuală afectează toate celelalte arii de dezvoltare și relațiile cauzale dintre acestea. Evaluarea este realizată în contextul mai larg, incluzând evaluarea mediului în care copilul funcționează. Bazat pe informația furnizată, este necesară determinarea capacităților copilului și nevoilor care formează baza pentru determinarea strategiilor de intervenție pentru stimulare. Evaluarea și determinarea strategiilor de stimulare sunt realizate prin colaborare activă cu părinții copilului, care sunt membrii activi ai echipei.

Toate acestea reprezintă solicitare ridicată pentru o singură profesie, astfel cooperarea dintre experți cu diferite profiluri și evaluarea în echipă sunt imperative.

Pentru ca evaluarea să fie comprehensivă în privința abordării tuturor nevoilor de dezvoltare și capacităților copilului, cooperarea dintre experți în domeniul medical, educațional și serviciilor sociale sunt necesare.

BIBLIOGRAFIE

1. Holm VA, McCartin RE. (1978) Interdisciplinary child development team: Team issues and training in interdisciplinarity. In Allen E, Holm VA, Schiefelbusch, editors. Early intervention – A team approach. Baltimore: University Park Press; p. 97-122.
2. Golin AK, Duncanis AJ. (1981). The interdisciplinary team. Rockville: MD: Aspen Systems.
3. Peterson NL. (1987). Early intervention for handicapped and at-risk children: An introduction to early childhood special education. Denver: Love Pub. Co.
4. Woodruff G, McGonigel, MJ. (1988). Early intervention team approaches: the transdisciplinary model. Eric Publications; Reports - Research. Washington DC.
5. Hyvarinen L. (2012). Assessment of visual functioning of Disabled Infants and Children as Transdisciplinary Team Work [internet]. Montreal [cited 2020 Feb 14]. Available from: <http://www.lea-test.fi/en/assessment/trans3/index.html>
6. Foley GM. (1990). Portrait of the arena evaluation: Assessment in the transdisciplinary approach. In: Biggs E, Teti D, editors. Interdisciplinary assessment of infants: A guide for early intervention professionals. Baltimore: Paul H. Brookes, p. 271-286.
7. King G, Strachan D, Tucker M, Duwyn B, Desserud S, Shilington M. (2009). The application of a transdisciplinary model for early intervention services. *Infancy and young children*; 22(3):211-223.

SUPOORTUL PROFESIONIST TIMPURIU AL DEZVOLTĂRII DESTINAT COPIILOR ȘI FAMILIILOR

Părinții sunt cei mai activi participanți la procesul de creare a condițiilor optime pentru creșterea și dezvoltarea copilului. Pentru a crea condiții adecvate, părinții se confruntă cu o serie de obstacole, cum ar fi izolarea geografică și socială, statutul economic scăzut, adaptarea la cerințe suplimentare de îngrijire pentru un copil cu tulburări de dezvoltare - ceea ce afectează

capacitatea lor de a avea grijă pe deplin de copilul lor. Pentru a preveni efectele negative pentru copil și familie, este necesar sprijinul adecvat. Sprijinul acordat părinților în anumite stadii sensibile de adaptare, așa-numitele perioade de criză, este un factor protectiv puternic în stabilitatea psihosocială a vieții de familie și participarea socială activă a familiei, dar și în crearea unui mediu în care copilul este acceptat și încurajat (1).

Mediul natural de învățare al copilului se află chiar în interiorul familiei, în locuința familiei. Într-un mediu familiar, atât părinții, cât și copilul se simt în siguranță. Petrecerea timpului la domiciliul familiilor s-a dovedit a fi un mod ideal de a înțelege situația familiei, de a individualiza serviciile și de a crește resursele disponibile (2). Metoda care constă în oferirea de servicii sau intervenții familiilor la domiciliu are multe avantaje pentru părinți, deoarece nu trebuie să se ocupe de transport, să caute o bonă sau să își ia o zi liberă (3). Sprijinul este adus înspre familii, astfel părinții (cel mai adesea mamele) sunt esențiali pe tot parcursul procesului de intervenție și sunt foarte des în centrul intervenției (2). Conceptul modern de lucru cu părinții îi consideră pe părinți ca parteneri, nu în sensul de parteneri în ceea ce privește expertiza, ci de parteneri în lucrul spre un anumit rezultat în cadrul dezvoltării (1).

Intervenția timpurie în copilărie se concentrează pe rolul esențial al părinților în modelarea vieții unui copil, motiv pentru care cea mai eficientă cale este aceea de a aduce servicii de intervenție timpurie familiilor. Conceptul de lucru la domiciliul copilului include munca directă cu copilul, o triadă de intervenție (specialist, copil și părinte care lucrează împreună) și consiliere parentală. Un expert care oferă suport profesionist în familie este responsabil pentru stabilirea unei relații de încredere, furnizarea de informații și servicii de calitate (ghidate de cercetări științifice relevante) și adaptarea acestora la nevoile individuale ale familiei. O colaborare interdisciplinară a diferiților profesioniști, alături de o cooperare constantă cu părinții, joacă rol important în implementarea intervenției timpurii (4).

Prezentare generală a componentelor unui Program de intervenție timpurie de la Mali Dom – Zagreb

Mali Dom - Zagreb implementează programe de intervenție timpurie pentru copii cu dizabilități vizuale și tulburări de dezvoltare asociate din 1999, acoperind intervalul de vârstă de la naștere la vârsta de trei ani. Intervenția timpurie este organizată prin intermediul suportului profesionist în familie și servicii terapeutice oferite în Centrul de zi. Programul de intervenție timpurie are câteva componente:

1. Protocolul de admitere în programul de intervenție timpurie
2. Asigurarea suportului profesionist pentru familie

3. Protocolul de tranziție spre alte programe după atingerea vârstei de trei ani.

Protocolul de admitere în programul de intervenție timpurie

După s-a efectuat o evaluare în echipă a copilului, s-a realizat propunerea de Recomandare pentru admitere în programul de intervenție timpurie și familia și-a exprimat interesul de a se alătura programului, cererea este înaintată Comisiei de admitere, cu rezultatele la evaluarea funcțională comprehensivă a dezvoltării atașată. Comisia decide cu privire la fiecare cerere la ședința de lucru. Dacă se ia o decizie pozitivă cu privire la admitere, familia este invitată la un interviu informativ cu un asistent social și un psiholog. În timpul interviului inițial, părinții sunt informați cu privire la program, la ce se pot aștepta de la experți și la modul în care ar trebui să se angajeze astfel încât cooperarea să fie cât mai reușită posibil. Atunci când un copil și o familie sunt admiși într-un program de intervenție timpurie, se convine la întâlnirea echipei de experți care expert va oferi sprijin profesional în familie și care experți vor oferi sprijin în cadrul Centrului de zi, în conformitate cu rezultatele evaluării echipei. Un expert care oferă sprijin familiei în acest mod dobândește înțelegere profundă și primește informații de la toți profesioniștii care au fost în contact cu familia. Asistența la Centrul de zi este evaluată în funcție de nevoile copilului și poate varia în funcție de tipul serviciilor de terapie și de frecvența acestora. Experții implicați în furnizarea de servicii suplimentare includ: kinetoterapeut, logoped, melo-terapeut, psiholog, terapeut ocupațional, psihopedagog și terapeut de integrare senzorială.

STRUCTURA SUPORTULUI PROFESIONIST OFERIT FAMILIEI

Suportul profesionist pentru familie se derulează pe o perioadă dată de timp, în care procesele și asistența alternează în timpul ședințelor, care au loc săptămânal. Procesul este monitorizat prin diverse documente care includ: Planul individualizat de sprijin familial (IFSP), Planul educațional individualizat (IEP) și Raportul săptămânal.

Planul individualizat de sprijin familial (IFSP) - elaborat de o echipă de experți în colaborare cu părinții, documentează procesul de intervenție timpurie, servește ca ghid pentru furnizorul de servicii, precum și pentru familie și evaluează serviciile adaptate nevoilor specifice, priorităților și resurselor familiei.

Planul educațional individualizat (IEP) - document care conține obiective pe termen scurt și lung, abordări, resurse, precum și cine și în ce condiții se derulează activitățile solicitate de un anumit set de obiective. Monitorizează și evaluează progresele copilului.

Raportul săptămânal – după fiecare ședință, un expert scrie un raport referitor la activitățile desfășurate, care reflectă cronologia suportului acordat familiei, oferă înțelegerea profundă a

dinamicii familiale și măsura succesului aplicării procedurilor, eficacității acestora, respectiv sugerează schimbări în cadrul procedurilor.

Structura vizitei constă în trei părți, care constituie un întreg: observarea jocului liber, activități structurate și consilierea părinților.

Procesele care au loc în familie în timpul sprijinului profesionist pot fi împărțite în următoarele arii:

Stabilirea relației. Prima vizită profesionistă începe prin cunoașterea familiei și stabilirea unei relații cu familia și copilul. Este necesară utilizarea unui stil de comunicare și a unui comportament social care reflectă suport și empatie, cu respectarea culturii și circumstanțelor de viață ale familiei. Este important de ținut cont de timpul în care se oferă ascultare activă familiei și în care se împărtășesc informații. Familia este nevoie să vadă faptul că profesionistul este interesat de problemele familiale și că se vor găsi soluții împreună.

Definirea suportului profesional în familie. Se explică familiei că învățarea cea mai solidă a copilului are loc prin intermediul experiențelor zilnice de interacțiune cu persoane familiare, în context familiar. Se explică rolul expertului de susținere a părinților în crearea unei multitudini de oportunități de învățare. Se utilizează interesele familiei și grijile acestora ca exemple pentru modul în care programele de intervenție timpurie pot fi eficiente în lucrul cu copilul și familia. Se explică faptul că programul de intervenție timpurie are propriile reguli și protocoale care trebuie urmate atât de către profesionist, cât și de către familie.

Culegerea informațiilor despre dinamica familială și copil. Se culeg informații referitoare la rutinele și activitățile zilnice ale familiei și despre comportamentul și interacțiunile copilului cu alții în aceste situații. Felul în care copilul se joacă/ explorează mediul, ce îi menține cel mai mult atenția, cum reacționează la persoane familiare, la frați sunt documentate. Cum își dau seama părinții de faptul că dorește ceva, cum arată copilul că îi place sau îi displace ceva, care sunt lucrurile care îi plac cel mai mult, care sunt cele care nu îi plac etc. sunt notate. Sunt adresate întrebări care încurajează familia să împărtășească gândurile și grijile referitoare la dezvoltarea copilului. Se folosesc întrebări deschise: „Ce activități desfășurați dvs. și copilul dumneavoastră pe parcursul zilei sau săptămânii?; Descrieți modul în care copilul dumneavoastră participă la aceste activități. Se adresează întrebări cu privire la interese: „Ce vă place să faceți împreună? Ce v-ați dori să puteți face împreună?”. Se adresează întrebări referitoare la dificultăți: ”Care sunt momentele sau activitățile dificile ale zilei?”, ”Cum se comportă sau interacționează cu ceilalți copilul în astfel de activități provocatoare? ”. În paralel, în timp ce vorbește cu părinții, expertul observă comportamentul copilului în activități într-un

spațiu familiar și realizează observarea abilităților, reacțiilor și modurilor de comunicare ale copilului cu mediul.

Rețea de suport. Se discută cu familia despre sprijinul formal și informal pe care îl utilizează sau ar dori să-l utilizeze. Se pun întrebări deschise: „Cine este important pentru copilul dvs. și pentru ceilalți membri ai familiei dvs.?; La cine apelați pentru ajutor? Pe cine vizitați des?“. Membrii familiei sunt întrebați dacă ar dori să contacteze alte familii implicate în programul de intervenție timpurie sau organizații familiale, asociații care oferă sprijin. Se adresează întrebări despre programele sociale pe care familia le folosește sau ar dori să le folosească (medicale, sociale, grupuri de sprijin, ateliere etc.).

Interacțiunea cu copilul. După ce a vorbit cu părinții și a observat comportamentul copilului, profesionistul interacționează cu copilul și realizează observarea reacțiilor copilului, acoperind toate domeniile de dezvoltare. Expertul observă modul în care copilul răspunde la străini, prezența zâmbetului social și a contactului vizual, ce emoții arată și cum, ce mecanisme de autoreglare posedă copilul. Reacțiile copilului la stimulii de mediu sunt monitorizate: stimuli vizuali, auditivi, tactili, vestibulari etc. Expertul observă modul de comunicare al copilului, dezvoltarea cognitivă, dezvoltarea abilităților motorii grosiere, abilitățile de manipulare și modul în care el / ea se joacă și învață. Expertul observă și prezența unor comportamente specifice: stereotipuri, sensibilitate extremă față de străini, reacții negative, atașament puternic al părinților (care împiedică comunicarea cu profesionistul) etc. Importanța observării capacităților copilului, nevoilor și intereselor acestuia, oferă expertului o perspectivă asupra abilităților funcționale ale copilului, în vederea construirii unui viitor plan de intervenție.

După evaluarea comprehensivă și pregătirea raportului scris al experților, observarea cunoștințelor și abilităților copilului, precum și colectarea tuturor informațiilor relevante despre copil și familie, echipa de experți, în colaborare cu părinții, dezvoltă un Plan individual de sprijin familial. După 3 până la 6 luni se realizează o reevaluare a obiectivelor stabilite și se stabilesc unele noi. Până la patru planuri sunt construite într-o perioadă de un an, în scopul revizuirii planului, prin evaluarea realizării obiectivelor stabilite de Planul individual de sprijin familial. Dacă este necesar, în timpul implementării suportului profesional pentru dezvoltarea timpurie este posibil să se efectueze o evaluare în echipă sau o evaluare specifică a caracteristicilor unei anumite arii de dezvoltare, pentru a stabili obiective de suport, pentru a face față problemelor etc. La sfârșitul perioadei de educație și reabilitare, echipa de experți întocmește un raport scris cu privire la activitățile care au fost desfășurate, evaluează progresul copilului și oferă recomandări.

BIBLIOGRAFIE

1. Ljubešić M. (2012). Sporočanje razvojnih dosežkovin drugi kočljivi pogovori. U: Komunikacija med staršiiinstrokovnjaki. Ljubljana: Pedagoška fakulteta v Ljubljani; 32-45.
2. Korfmacher J, GreenB, StaerkelF, Peterson C, CookG, RoggmanL, et. al. (2008). Parent Involvement in Early Childhood Home Visiting. Child& Youth Care Forum. 37: 171-196.
3. Sweet AM, Appelbaum IM. (2004). Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of Home Visiting Programs for Families With Young Children. Child Development; 75 (5): 1435 – 1456.
4. Milić Babić M, Franc I, Leutar Z. (2013). Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju: Ljetopis socijalnog rada; 20 (3): 453-480.
5. Katušić A, Validžić Požgaj A, Udovičić Mahmuljin, D, Korunić D, Viljušić, D, Jurišić D at. al. (2011) Uvod u ranu intervenciju; Stručna podrška u obitelji. Skripta projekta “Rana intervencija u djetinjstvu: Razvoj modela mobilne stručne podrške obiteljima i djeci (0 – 3) s razvojnim teškoćama/ rizicima”. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku, Grad Zagreb, Mali dom – Zagreb.

EXPERTII ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE – CARACTERISTICI ȘI IMPORTANȚA ABORDĂRII ÎN ECHIPĂ

Profesioniștii care lucrează în sistemul de intervenție timpurie, pe lângă o bună cunoaștere a profesiei lor principale, trebuie să dețină cunoștințe și abilități suplimentare. Un expert care oferă sprijin profesional în familie este responsabil pentru stabilirea unei relații de încredere, informarea, furnizarea de servicii de calitate (bazate pe cercetări științifice relevante) și adaptarea acestora la nevoile unice ale familiei. Identitatea profesională a specialiștilor în domeniul intervenției timpurii nu poate fi încă definită pe deplin, deoarece această profesie este încă tânără, este în continuare construită și definită, iar experții care sunt formați în domeniu dețin deja o identitate definită în contextul profesiei lor primare. Ceea ce este nevoie este definirea nivelului minim de dorit de competență profesională dobândit prin învățământul universitar, adică baza pe care va fi construită ulterior toată educația necesară pentru munca în intervenție timpurie.

Pe lângă dezvoltarea competențelor profesionale necesare pentru a lucra cu familiile și copiii în cadrul intervenției timpurii, ar fi necesară dezvoltarea în paralel a competențelor personale, și anume acele credințe și așteptări ale profesioniștilor care le permit să crească și să se dezvolte profesional.

Pentru sprijini definirea rolului și responsabilității fiecărui membru al echipei, o idee este găsirea răspunsului la următoarele întrebări și conștientizarea modului de lucru al fiecăruia:

- Care este rolul și responsabilitatea profesională în lucrul cu familia și copilul în programul de intervenție timpurie?
- Care este viziunea asupra situației, ca membru al echipei?
- De ce cunoștințe și competențe profesionale are nevoie un expert pentru a putea lucra cu copiii cu dizabilități în manieră care să asigure calitatea ridicată?
- Ce strategii sunt utilizate pentru a integra obiectivele muncii în viața cotidiană a copilului?
- Care este contribuția activă la dezvoltarea eficacității abordării în echipă?

În îngrijirea copiilor cu tulburări de dezvoltare sau expuși la riscul apariției acestora, în prezent activează un număr mare de experți din diferite profesii. Copiii născuți cu un factor de risc neurologic, având în vedere sensibilitatea dezvoltării sistemului nervos central și imaginea clinică pe baza căreia nu se pot realiza predicții, este necesară o echipă de profesioniști care, cu cunoștințele și cooperarea oferite, răspund nevoilor de îngrijire adecvată necesară copilului. În domeniul neuroreabilitării, se întâlnesc diferite profile și specializări, constând în psihopedagogi, psihologi, kinetoterapeuți, terapeuți ocupaționali, logopezi, fizioterapeuți, asistenți sociali și alții.

Complexitatea imaginii clinice a unui copil cu dizabilități vizuale și tulburări de dezvoltare asociate necesită o abordare de calitate a diferitelor profiluri de profesioniști formați în domeniul educației timpurii și reabilitării dezvoltamentale, adică domeniul complex al intervenției timpurii. Activitatea în domeniul intervenției timpurii în sine necesită forme foarte structurate de colaborare în echipă, indiferent de modelul prin care este implementat programul de intervenție timpurie. Modelele de colaborare în echipă din domeniul intervenției timpurii (multidisciplinare, interdisciplinare și transdisciplinare) diferă în ceea ce privește expertiza și educația membrilor echipei, precum și modul și măsura colaborării profesioniștilor implicați în lucrul cu copiii și familiile acestora.

Modelul multidisciplinar de lucru în echipă implementat în procesul de intervenție terapeutică este cel mai simplu model bazat pe acțiunea paralelă, independentă, a experților în domeniile evaluării și dezvoltării planurilor și programelor de suport profesional (1). Mai mulți terapeuți sunt implicați în lucrul cu același copil în manieră individuală, fiecare monitorizând și încurajând aria lor principală de activitate. Colaborarea în echipă între membrii echipei implicați în lucrul cu copilul este formală și se bazează pe întâlniri în care fiecare membru al echipei oferă informații despre dezvoltarea copilului și planifică un plan educațional-de reabilitare și terapie, dar numai pentru domeniul său de activitate profesională. Caracteristica

de bază a unui model multidisciplinar de colaborare în echipă este independența în activitatea experților, în cadrul propriilor calificări profesionale.

Un model din ce în ce mai răspândit de colaborare în echipă în domeniul intervenției timpurii este abordarea interdisciplinară. În comparație cu modelul multidisciplinar, colaborarea interdisciplinară în echipă este un model mai complex, în care profesioniștii din diferite discipline încă lucrează independent, dar la întâlnirile periodice de lucru ale echipei fac schimb de informații cu privire la dezvoltarea copilului și convin asupra unui plan și a unui program comun de sprijin individual. Membrii echipei folosesc cunoștințe din diferite domenii pentru a atinge un obiectiv comun, care este abilitarea și progresul copilului, complete și adaptate în manieră individualizată. Unii participanți la procesul de abilitare trebuie să cunoască și alte domenii de dezvoltare implicate în reabilitarea copilului pentru a putea participa în mod egal la atingerea obiectivelor stabilite. Modelul interdisciplinar al muncii în echipă constă în munca integrată, coordonată și interactivă a experților, în cadrul căreia au loc inter-influențări și împărtășirea informațiilor despre interesele, capacitățile și nevoile copilului, precum și despre dificultățile sale în cadrul dezvoltării. Frecvența întâlnirilor este prestabilită și constantă.

Modelul transdisciplinar (2) al colaborării în echipă se bazează pe o evaluare amplă a stării și nevoilor copilului, stabilirea obiectivelor comune și dezvoltarea unui plan și a unui program individual de sprijin. Este un model de serviciu în care unul sau doi profesioniști sunt implicați în principal în procesul de re/abilitare a dezvoltării copilului, în timp ce alți profesioniști necesari sunt implicați în proces prin solicitarea consultanței, la nevoie. În cadrul unui astfel de segment de funcționare profesională, fiecare membru al echipei transdisciplinare este întotdeauna mai concentrat pe rezolvarea obiectivului stabilit. Munca transdisciplinară în echipă permite fiecărui membru al echipei să învețe modalități noi și mai eficiente de a rezolva probleme, de a planifica, de a se conecta, de a lua decizii și de a împărtăși informații în cadrul echipei.

În abordarea contemporană a intervenției timpurii, este extrem de important să se aplice un model transdisciplinar, în care o echipă de profesioniști oferă servicii familiale și centrate pe copil în manieră coordonată și integrată, pentru a răspunde mai bine nevoilor complexe ale copilului și ale familiei acestuia (3).

Ca parte a programului de intervenție timpurie la Centrul de zi Mali dom - Zagreb, sprijinul familial este oferit de profesionistul principal, de regulă psihopedagogul format în intervenție timpurie, care implică lucrul la domiciliul familiei copilului. Alți membri ai echipei sunt implicați în funcție de nevoile copilului și familiei, iar la Centrul de zi se derulează sprijinul de specialitate pentru arii specifice de dezvoltare.

Rolul membrilor echipei de experți în programul de intervenție timpurie

- Dezvoltarea unui plan individual de sprijin familial, în colaborare cu părinții și echipa
- Desfășurarea de activități menite să atingă obiectivele stabilite în Planul individual de sprijin (subliniind în același timp ce poate face copilul)
- Adaptarea activităților și resurselor la interesele și nevoile copilului
- Sprijinirea părinților în implementarea activităților (furnizarea de informații și prezentarea implementării activităților)
- Încurajarea rezilienței familiei - ajută familiile să mențină modele de funcționare sănătoase, să se recupereze după evenimente stresante și să-și consolideze factorii de protecție; crește gradul de conștientizare a punctelor forte, definirea acestora și sprijinirea zilnică a capacităților fiecărei familii
- Centrarea pe derularea de activități care vor influența dezvoltarea optimă a copilului
- Asigurarea reprezentării și integrării unor arii de dezvoltare multiple (comunicare, dezvoltare cognitivă, dezvoltare motorie, dezvoltare și integrare senzorială, dezvoltare socio-emoțională)
- Oferirea de direcții utile pentru aranjarea și adaptarea spațiului în care copilul trăiește
- Observarea copilului și evaluarea progreselor pe o perioadă lungă de timp.

Membrii echipei ajung la acord cu privire la modul de integrare a activităților în viața de zi cu zi a familiei. Copilul este observat în lumina interacțiunii mediilor sale prezente și viitoare, prin analiza activităților și posibilității de a participa la acestea, pentru a-i permite să ajungă să participe deplin la viața din contextul său. Părinții și profesioniștii învață unii de la alții și aplică cunoștințele atunci când interacționează cu copilul. Prin urmare, este important de luat în considerare toate caracteristicile orientării în domeniul copilului, familiei și comunității.

Orientarea copilului: cunoașterea etapelor de dezvoltare (repere) în cadrul tuturor ariilor de dezvoltare.

Presupune integrarea cunoștințelor și abilităților din ariile de dezvoltare pentru a proiecta activități/jocuri care să stimuleze învățarea și dezvoltarea copilului în conformitate cu abilitățile sale, în vederea dezvoltării potențialului copilului, precum și conștientizarea, aprofundarea și generalizarea experienței.

Centrarea pe familie, părinte: Focusing on family, parent: Presupune creșterea încrederii (empower), susținere, explicarea necunoscutelor, sublinierea a ceea ce poate face un copil, accentuarea valorilor, respectarea părintelui ca partener, consilierea în vederea adaptării

mediului la copil; implementarea procedurilor educaționale și de reabilitare în viața de zi cu zi a copilului și familiei.

Centrarea pe comunitate: Presupune creșterea nivelului de conștientizare a importanței programelor de intervenție timpurie; găsirea procedurilor optime, a formelor de cooperare cu alți experți și instituții.

BIBLIOGRAFIE

1. Briggs M. (1997). Building early interventions teams: Working together for the families and children. Baltimore: Aspen; 88-112
2. Colling MC. (1991). Developing Integrated Programs – A transdisciplinary approach for early intervention. Tucson: TherapySkillBuilders.
3. Carpenter B. (2001). Families in context: Emerging trends in early intervention and family support. London: David Fulton Publishers.
4. Katušić A, Validžić Požgaj A, Udovičić Mahmuljin D, Korunić D, Viljušić D, Jurišić D, et al. (2011). Uvod u ranu intervenciju; Stručna podrška u obitelji. Skripta projekta “Rana intervencija u djetinjstvu: Razvoj modela mobilne stručne podrške obiteljima i djeci (0 – 3) s razvojnim teškoćama/ rizicima”. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku, Grad Zagreb, Mali dom – Zagreb.

TRANZIȚIA

O componentă importantă a programelor de intervenție timpurie este tranziția. Tranziția se referă la momente și/sau procese cheie, adică modificări care apar în anumite perioade ale vieții sau puncte de cotitură pe durata vieții (1). Pentru a face tranziția în conformitate cu nevoile fiecărei familii în parte, este important să se ia în considerare perspectiva părinților și a profesioniștilor. Înțelegerea perspectivelor celor două părți care cooperează continuu în cadrul unui sistem va influența calitatea tranziției în sine. Unul dintre obiectivele importante ale unei tranziții reușite este de a asigura continuitatea sprijinului profesional pentru familii în timpul tranziției.

Perspectiva părinților

Din copilăria timpurie până la vârsta școlară, copiii cu dizabilități și părinții lor se confruntă cu schimbări care pot include tranziția de la un program la altul, modificarea domiciliului, schimbări în accesibilitate și în sistemele de sprijin. Modul în care un părinte se adaptează la acest proces dinamic va influența experiența de parentaj a acestuia. Tranziția de la un program de intervenție timpurie la un program preșcolar sau școlar reprezintă o mare responsabilitate

pentru părinți în ceea ce privește alegerea programului potrivit (2). Problemele legate de abaterile în dezvoltare, alături de responsabilitatea în privința atingerii obiectivelor dorite, pot duce la un sentiment de nesiguranță și stres pentru părinți, care crește dacă sistemul nu oferă sprijin (3). Reușita tranziției către un context incluziv depinde de capacitatea de a coopera și coordona toate sistemele implicate și de a informa părinții cu privire la toate opțiunile disponibile (4).

Părinții joacă un rol important în procesul de tranziție, deoarece sunt o legătură care interacționează cu copilul, programele și comunitatea (2). Prin urmare, interacțiunea dintre familie și furnizori prezintă importanță critică în aplicarea unei intervenții orientate spre familie (5). Este un proces care presupune colaborarea dintre experți și părinți. Părinții sunt cei care pot oferi informații importante cu privire la capacitățile, vulnerabilitățile, preferințele și interesele copilului, care sunt de cea mai mare importanță pentru dezvoltarea componentelor eficiente ale tranziției (3). Pentru a ajuta părinții și copiii aflați în tranziție, toți pașii ar trebui planificați cu atenție, iar nevoile familiale trebuie luate în considerare.

Cercetarea privind nevoia parentală de sprijin în timpul tranziției arată o serie de provocări diferite cu care se confruntă părinții (2): preocupările legate de adaptarea copilului la noul program și propriile adaptări la comunicarea cu noua echipă de specialiști; utilizarea terminologiei diferite de către experți; lipsa cadrului juridic și a documentelor privind punerea în aplicare, ceea ce îngreunează stabilirea unor protocoale și proceduri uniforme în cadrul fiecărei instituții.

Prin urmare, pentru a îmbunătăți calitatea tranziției, este necesar (2):

- ca procesul de tranziție să fie gestionat de un specialist care cunoaște copilul
- introducerea părinților în noul program educațional și de reabilitare înainte de tranziție, pentru a obține o perspectivă asupra sarcinilor și serviciilor programului pe care copilul îl va primi
- realizarea de interviuri frecvente cu părinții și facilitarea participării active a acestora la planificarea tranziției.

Perspectiva experților

Deoarece tranziția în sine necesită cooperarea și interacțiunea tuturor participanților implicați în proces, responsabilitatea specialiștilor pentru succesul tranziției este adesea citată în literatura de specialitate. Bruder și Chandler (6) afirmă că responsabilitatea pentru planificarea tranziției ar trebui împărțită între instituția de trimitere și cea care primește copilul, cu implicarea părinților. Autorii afirmă, de asemenea, că procedurile de tranziție ar trebui să sprijine familia și copilul, promovând în același timp cooperarea și coordonarea între furnizorii intervenției timpurii, coordonatorii serviciilor și familii.

Sistemul de intervenție timpurie încă se confruntă cu problema formării și cu găsirea formei potrivite de training pentru așa-numitul coordonator de servicii sau principalul responsabil pentru procesul de coordonare și tranziție în fiecare dintre sisteme. Lipsa formării de specialitate este în continuare un obstacol în calea coordonării eficiente a serviciilor (7).

Seitz (8) prezintă rezultatele unui studiu care a avut ca obiectiv identificarea cunoștințelor și experienței practice referitoare la tranziție a profesioniștilor care oferă programe de intervenție timpurie în familie:

- experții se străduiesc să informeze părinții în timp util referitor la ieșirea copilului lor din programul de intervenție timpurie, lăsând astfel suficient timp părinților și copilului să se pregătească pentru schimbare
- apare nevoia de a considera tranziția importantă, deoarece oferă informații în timp util, reduce stresul și facilitează adaptarea copilului la noul mediu
- este necesară luarea în considerare a faptului că atât profesioniștii, cât și familiile au nevoie de sprijin în timpul tranziției
- colaborarea experților echipei de intervenție timpurie cu experți din programul la care merge copilul este ocazional prezentă, dar nu reglementată sistematic
- dobândirea de competențe pentru implementarea tranziției într-un stadiu timpuriu de dezvoltare nu este sistematică, iar respondenții se bazează foarte mult pe propria echipă profesională și mai puțin pe cunoștințe dobândite în traininguri formale.

Barierile în calea implementării eficiente a tranziției sunt definite de experți la nivelul (1) experților - lipsa de cunoștințe; (2) organizațiilor - lipsa de timp, regulile organizaționale din instituție și (3) sistemului - lipsa cooperării între instituții, lipsa de coordonare a sistemului, lipsa protocoalelor și a informațiilor.

În cele din urmă, experții consideră că, pentru a îmbunătăți procesul de tranziție, tranziția ar trebui să fie o componentă integrantă a oricărui program de intervenție timpurie. Existența unui protocol de tranziție ar asigura coordonarea serviciilor și continuitatea sprijinului. De asemenea, este necesar să se asigure întâlniri de lucru comune ale tuturor participanților la procesul de tranziție, cu scopul de a transfera și de a face schimb de informații, precum și de a efectua formarea sistematică a experților.

Exemplul modelului de tranziție de la Mali dom - Zagreb

În momentul tranziției dintre cele două programe de servicii sociale, părinții se află într-un nou punct de cotitură și revin la una dintre etapele anterioare de adaptare, faza de căutare. Aceasta este o perioadă foarte stresantă și marcată de incertitudine, deoarece nu există nicio reglementare în cadrul legislativ care să prevadă monitorizarea copiilor cu dizabilități pe traseul

lor de dezvoltare și să îi direcționeze către programe care să răspundă nevoilor lor. Pentru a facilita tranziția părinților între cele două programe, am dezvoltat un model de tranziție la Centrul nostru.

Modelul parcurge două direcții:

- Prima este destinată copiilor care nu își continuă abilitarea la Mali dom - Zagreb, ci prezintă recomandare spre alte programe. În acest caz, părintele este consiliat de o echipă de specialiști cu privire la programele existente în diferite sisteme (educație, sănătate și/ sau asistență socială) și este încurajat prin interviuri individuale și un grup de sprijin să aplice în timp util la acele programe care sunt adecvate nevoilor de dezvoltare ale copilului
- A doua parte a modelului este destinată copiilor care, după programul de intervenție timpurie, continuă programul de educație și recuperare la Centrul de zi Mali Dom - Zagreb. În acest scop, a fost dezvoltat un protocol de tranziție de la intervenția timpurie la un program de îngrijire de zi, care are ca scop facilitarea tranziției copiilor și părinților de la un program la altul. Protocolul stabilit comunică informații despre activitatea desfășurată până în prezent, obiectivele atinse, metodele și modalitățile de lucru cu copilul, precum și activitățile în care a fost implicat copilul. Scopul este, de asemenea, cunoașterea familiei și a copilului de către echipa programului de îngrijire în centrul de zi. Pe de altă parte, părinții sunt familiarizați cu activitățile programului de îngrijire de zi, specificul muncii în raport cu programul de până acum și începutul perioadei de adaptare este convenit cu părinții.

Modelul de tranziție implementat la Mali dom – Zagreb, referitor la trecerea de la un program la altul, constă în următorii pași:

1. Expertul care oferă suport profesional în familie realizează un interviu cu părinții și îi pregătește pentru finalizarea programului de intervenție timpurie
2. Realizarea unui interviu de către asistentul social cu părinții și recomandarea spre un centru de asistență socială, în scopul sprijinului pentru a aplica la un program de îngrijire de zi la Mali dom - Zagreb
3. Realizarea de demersuri cu părinții pentru ședința referitoare la tranziția de la intervenția timpurie la programul de îngrijire de zi
4. Ședința privind tranziția
5. Tranziția la programul zilnic (perioada de adaptare)
6. Ședința de monitorizare a tranziției, în care părinților li se prezintă un Plan individualizat de educație și se desfășoară un scurt interviu de evaluare, în care se revizuiesc perioada de adaptare și procesul de tranziție la care au fost supuși părinții și copilul.

BIBLIOGRAFIE

1. Vogler P, Crivello G, Woodhead M. (2008). Early childhood transitions research: A review of concepts, theory, and practice. *Early Childhood Development, Working Paper*. May; 48.
2. Konkoli Zdešić M. (2018). Roditeljska potreba za podrškom tijekom tranzicije [specijalistički rad]. Zagreb: Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. 66 p
3. Johnson C. (2001). Supporting families in transition between early intervention and school age programs. *Colorado Families For Hands and Voices* [internet]. [cited 2020 Mar 02] Available from: https://www.handsandvoices.org/pdf/trans_cheryl.pdf
4. Guralnick MJ. (2005). Inclusion as a core principle in the early intervention system. In: Guralnick MJ, editor. *The Developmental systems approach to early intervention 1st ed.* Baltimore: Brookes Publishing Co.Inc. p. 59-67.
5. Pang Y, Wert B. (2010). Preservice teacher's attitudes towards family-centered practices in early intervention: An implication for teacher education. *Educational Research*. 1(8): 253-262.
6. Bruder MB, Chandler LK. (1993). DEC recommended practices: indicators of quality in programs for infants and young children with special needs and their families. Council for Exceptional Children, Division for Early Childhood. Reston. 96-106.
7. Bruder MB. (2005). Service coordination and integration in a developmental systems approach to early intervention. In: Guralnick MJ, editor. *The Developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co. Inc. p.29-58.
8. Seitz S. (2018). Tranzicija u ranoj intervenciji: perspektiva stručnjaka [specijalistički rad]. Zagreb: Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. 69 p.

COMPONENTE ALE MODELULUI INDIVIDUAL DE SUPORT:

PLANUL INDIVIDUAL DE SPRIJIN FAMILIAL ȘI PLANUL INDIVIDUALIZAT DE EDUCAȚIE

În procesul de intervenție timpurie, un segment foarte important este documentarea, monitorizarea și reevaluarea procedurilor implementate în fiecare program. Vârsta timpurie este marcată de procese complexe și reprezintă o perioadă foarte sensibilă atât pentru copil, cât și pentru familie. Dezvoltarea de programe de sprijin pentru copii și familie necesită cel mai înalt grad de colaborare în echipă pentru a oferi sprijin optim tuturor participanților în modul cel mai puțin perturbator.

Planul individual de sprijin familial (PISF) documentează procesul de intervenție timpurie și servește drept ghid pentru furnizorul de servicii și familia copilului (în calitate de beneficiar al suportului timpuriu). Prin constituirea acestui document, membrii familiei și profesioniștii din domeniul intervenției timpurii lucrează în echipă pentru a planifica, implementa și evalua servicii adaptate nevoilor, priorităților și resurselor specifice ale familiei. IFSP ar trebui să ajute la cooperarea inter-sisteme și la acțiunile comune înspre familie și copil, cu scopul facilitării coordonării și integrării tuturor abordărilor, reducând astfel redundanțele și expunerea familiei la acțiuni inutile. PISF este un proces continuu și o legătură importantă între familie și echipa de intervenție timpurie. Acest proces necesită ca o persoană cheie/manager să urmeze pașii din cadrul procesului și să reevalueze serviciile (1).

În unele țări, PISF este un document obligatoriu pentru toate persoanele cu nevoi speciale, iar conținutul, procesul și dezvoltarea acestuia sunt reglementate din punct de vedere juridic (2). În țările în care nu există cadrul legislativ specific pentru crearea unui PISF, furnizorii de servicii pot determina ei înșiși domeniul de aplicare și conținutul documentului.

Un PISF poate varia de la un furnizor de servicii la altul și depinde de acordul echipei profesionale și de nevoile familiei. Unele dintre componentele PISF sunt (3):

- funcționarea inițială a copilului în domeniile cognitiv, comunicării, abilităților motorii, dezvoltării socio-emoționale și dezvoltării senzoriale
- resursele familiei, prioritățile și măsura centrării pe încurajarea dezvoltării copilului
- criterii și termene limită pentru determinarea progresului copilului în diverse domenii de dezvoltare
- frecvența, intensitatea și metoda de furnizare a serviciilor specifice de intervenție timpurie
- mediul în care va avea loc serviciul (Centru, domiciliul familiei)
- dezvoltarea obiectivelor pe termen lung prin munca în echipă a părinților și profesioniștilor
- Declarație de consimțământ pentru Planul individual de sprijin familial dezvoltat.

Procesul de dezvoltare a unui PISF constă în mai multe etape (3):

- Identificarea priorităților, resurselor și îngrijorărilor familiei. Aceste trei elemente sunt importante pe parcursul întregului proces de dezvoltare a unui PISF. Pentru ca primul pas să fie reușit, este necesar să se consolideze parteneriatul între familie și echipa de intervenție timpurie încă de la început.
- Pe măsură ce fiecare copil se dezvoltă în mediul înconjurător și interacționează cu acesta, este necesar să se determine cumulumul de activități la care participă familia. Este important să se documenteze rutinele zilnice (de exemplu, baie, hrănire, joacă etc.), pentru a evalua dacă

acestea oferă suficiente ocazii pentru copil să învețe și să acumuleze experiențe noi, precum și activitățile comunitare în care este implicată familia.

- Efectuarea unei evaluări funcționale, care va pune accentul pe întrebările părinților cu privire la posibilități de obținere a progresului copilului; oferă o imagine clară și cuprinzătoare a capacităților, nevoilor, preferințelor copilului. Observarea și alte forme de evaluare trebuie efectuate de un specialist cu care familia a fost deja în contact, într-un mediu familiar.
- După colectarea datelor, este necesar să se determine care sunt rezultatele dorite prin cooperarea echipei și părinților. Implicarea activă a părinților în stabilirea obiectivelor este imperativă. Obiectivele comune vizează întotdeauna creșterea capacității parentale și creșterea implicării copilului.
- Atribuirea responsabilităților echipei de intervenție, care vor conduce la atingerea rezultatelor stabilite. Într-o colaborare transdisciplinară în echipă, responsabilitatea individuală a fiecărui membru al echipei este definită mai degrabă de nevoile unei situații particulare decât de exercitarea unei anumite profesii.
- Determinarea unei strategii care va ajuta la punerea în aplicare a planului. Acest pas implică de asemenea un grad ridicat de colaborare în echipă, pentru a crește oportunitățile de învățare, pentru a utiliza mediul natural al copilului și a strategiilor eficiente care vor conduce la rezultatele dorite.

Gaitmaitan (4) afirmă că rezultatul unui PISF este că acesta conține suficiente informații pentru părinți despre abilitățile sau comportamentele pe care copilul este de așteptat să le dețină și ar trebui, de asemenea, să identifice posibile obstacole pentru ca anumite abilități sau comportamente să fie generalizate. Înțelegerea acestor informații îi poate ajuta pe părinți să monitorizeze progresul în cadrul activităților și rutinelor lor zilnice.

În Statele Unite, Legea privind educația persoanelor cu dizabilități (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA, 3) face distincția între PISF și Planul individualizat de educație (Individual Education Plan, PIE), precizând că PISF este pentru copiii cu vârste cuprinse între 0 și 3 ani, în timp ce IEP este pentru copiii începând cu 3 ani. Printre altele, PISF se concentrează pe nevoile familiei pentru a sprijini dezvoltarea copilului, în timp ce PIE se concentrează mai mult pe nevoile educaționale ale copilului.

PIE este un document scris care stabilește un program de sprijin pentru copii. Este un sistem de identificare a nivelului la care se află o persoană, unde se îndreaptă, cum va ajunge acolo și cum se va determina dacă drumul a fost eficient. De asemenea, se referă la un proces care reflectă modul de gândire al celor care au conceput Planul. Trebuie avut în vedere faptul că PIE nu este doar un document rezumativ în care fiecare dintre experții echipei de intervenție

timpurie își stabilește separat obiectivele în domeniul lor, ci reflectă o abordare holistică care începe cu copilul și nevoile sale actuale. Componentele de bază ale unui PIE sunt: nivelul inițial în diferite domenii de dezvoltare, obiective, strategii și activități.

Nivelul inițial reprezintă abilitățile pe care copilul le are în prezent, iar informațiile despre acestea pot fi colectate prin utilizarea diferitelor instrumente de evaluare, prin discuții cu părinții și observarea copilului.

Nevoile copilului sunt determinate pe baza abilităților inițiale. Nevoile sunt acele abilități pe care un copil trebuie să le dezvolte și care, potrivit lui Vygotsky, aparțin așa-numitei zone a proximei dezvoltări. Acestea sunt abilitățile pe care copilul le posedă și le îndeplinește în prezent cu sprijin. Nevoile familiei trebuie luate în considerare în contextul determinării nevoilor copilului. Părinții sunt participanți centrali în planificare deoarece își cunosc cel mai bine copilul.

Numai după ce au fost identificate nevoile, se trece la definirea obiectivelor - pe termen lung și pe termen scurt.

Obiectivele pe termen lung și pe termen scurt sunt definite printr-o abordare colaborativă și centrată pe mediu. Abordarea centrată pe mediu privește copilul în interacțiunea sa cu mediul și ia în considerare diferite medii și activități la care copilul participă sau este motivat să participe.

Obiectivele pe termen lung și pe termen scurt ar trebui să fie "SMART" (5):

- Specific: Obiectivele ar trebui să fie suficient de specifice pentru ca echipa din jurul copilului să știe exact ce comportament se așteaptă. Acest lucru asigură corelarea așteptărilor și facilitează evaluarea.
- Măsurabile: Obiectivele ar trebui să includă criterii pentru evaluarea eficienței, care permit monitorizarea și evaluarea succesului programului unui copil.
- Posibil de atins, realizabile ("attainable"): Se referă la a fi realizabile într-un interval de timp de până la un an sau într-o perioadă mai scurtă atunci când este vorba de copii cu vârsta de până la 3 ani. Intervalul de timp adecvat la această vârstă este de 2-4 luni. Membrii familiei pot sugera uneori obiective care pot fi atinse pe o perioadă mai lungă de timp, astfel încât sarcina echipei este de a împărți aceste priorități familiale în pași mai mici, care pot fi realizați în termen de 2-4 luni.
- Bazate pe rutină: Sunt obiectivele realiste, relevante, semnificative pentru copil și familie.
- Bazat pe timp: Pot fi realizate în intervalul de timp adecvat (definit de intervalul de timp stabilit pentru respectivul obiectiv).

Obiectivele pe termen lung se referă la o perioadă mai lungă de timp. La o vârstă mică, obiectivul pe termen lung definește abilitățile și domeniul dorit. Un exemplu de obiectiv pe termen lung este "Copilul va folosi ambele mâini în timp ce manipulează obiectele". Obiectivul pe termen scurt include etapele care trebuie urmate pentru atingerea obiectivului pe termen lung. Un obiectiv pe termen lung poate include mai multe obiective pe termen scurt, care pot fi abilități succesive sau o serie de comportamente conexe, care contribuie la achiziționarea abilității vizate. În formularea unui obiectiv pe termen scurt se face referire la abilități/comportamente specifice, dar se specifică și condițiile de realizare și criteriile de măsurare. Un exemplu de obiectiv pe termen scurt bazat pe obiectivul pe termen lung definit mai sus este "În timp ce înșiruie obiecte pe un fir, copilul va ține obiectul cu o mână și firul cu cealaltă mână de 3 din 5 ori".

Criteriile de măsurare pot fi diferite: frecvența comportamentului, nivelul de participare activă, durata comportamentului, corectitudinea.

Obiectivele trebuie să fie funcționale, ceea ce înseamnă că trebuie să justifice în mod clar de ce se lucrează la obiectivul respectiv. Funcționalitatea este un termen referitor la abilități care sporesc autonomia și contribuie la adaptarea unei persoane la mediu. Un exemplu de obiectiv nefuncțional ar fi "Copilul va înșirui 3 forme pe un cablu", în timp ce un obiectiv funcțional ar fi "Un copil va folosi două mâini, dintre care una ține un obiect, iar cealaltă efectuează mișcarea". Un obiectiv funcțional conține denumirea abilității și poate fi realizat în multe medii diferite.

Unul dintre instrumentele de evaluare care poate sprijini profesioniștii să evalueze dacă un obiectiv definit este unul bun este lista R-GORI (Instrumentul de evaluare a obiectivelor PISF și PIE, varianta revizuită (R-GORI), pentru copilăria timpurie), care conține întrebări despre funcționalitate, contextul predării, posibilități de generalizare și măsurabilitatea obiectivelor stabilite (6).

În plus față de nivelul actual de funcționare și obiective (pe termen lung și pe termen scurt), PIE include strategii. Strategiile includ o descriere a procedurilor utilizate de către specialiști și a materialelor care vor fi utilizate pentru atingerea obiectivelor. Acestea sunt de fapt obiectivele echipei și sunt diferite de obiectivele pentru copil. Un exemplu de obiectiv al unei echipe este "Încurajați atenția comună în următoarea manieră..." sau "Realizați trei modificări de poziție în timpul activității".

PIE definește, de asemenea, activitățile în cadrul cărora vor fi urmărite obiectivele. Având în vedere vârsta de dezvoltare timpurie, activitățile sunt, de obicei, rutinele copilului din timpul zilei sau activitățile la care îi place copilului să participe.

BIBLIOGRAFIE

1. Aytekin C. (2016). Individualized Family Service Plan and its differences from Individualized Education Program. *Int J Adv Res*;4:2031-2036.
2. Wyngaarden Krauss M. (1990.). New Precedent in Family Policy: Individualized Family Service Plan. *Exceptional Children. The Council for Exceptional Children*;56 (5):388-395.
3. Lipkin P, Okamoto, J. (2015). The Individuals With Disabilities Education Act (IDEA) for Children With Special Educational Needs. *PEDIATRICS*;136:1650 - 1662.
4. Gatmaitan M, Browns T. (2016). Quality in Individualized Family Services Plans: Guidelines for Practitioners Programs and Families. *Division for Early Childhood*; 20: 1-19.
5. Jung LA. (2007). Writing SMART objectives and strategies that fit the ROUTINE. *Teaching Exceptional Children*; 39(4): 54-58.
6. Notari-Syverson AR, Shuster SL. (1995). Putting real-life skills into IEP/IFSPs for infants and young children. *Teaching Exceptional Children*; 27(2): 29-32.

CREAREA DE ACTIVITĂȚI ORIENTATE SPRE OBIECTIVE

Copiii de vârstă mică nu realizează cu ușurință generalizarea abilităților în alte medii, la alte persoane și materiale, iar procesul de generalizare devine și mai dificil pe măsură ce dificultățile în cadrul dezvoltării sunt mai complexe. Este important să se învețe acele abilități de care copilul are nevoie în contextul care le solicită (1). Obiectivele pe termen lung și pe termen scurt trebuie să includă abilități critice sau esențiale pe care un copil le poate învăța în contextul rutinelor și activităților zilnice.

Atunci când se lucrează cu copii cu dizabilități vizuale și tulburări de dezvoltare asociate, este adesea implementată așa-numita intervenție bazată pe activități.

Intervenția bazată pe activitate este o abordare tranzacțională ghidată de copil. Această abordare începe cu obiectivele individuale ale copilului care sunt realizate în cadrul rutinelor, care pot fi planificate sau inițiate de copil. Rutinele permit dezvoltarea abilităților funcționale și generative, deoarece utilizează antecedente și consecințe logice (2).

O activitate direcționată spre copil presupune inițierea acesteia de către copil, în timp ce specialistul urmărește ceea ce este de interes pentru copil și încorporează obiectivele IEP în acest context. Se bazează pe interesele copilului, ceea ce înseamnă, de exemplu, că, dacă se dorește ca un copil să învețe denumirea hainelor, se vor construi situații de joc cu o păpușă, de a merge în parc etc. în loc de expunerea copilului la cartonașe cu imagini și numirea diferitelor haine. Activitățile inițiate de copil includ o succesiune naturală de acțiuni, ceva care precede

activitatea și rezultatul activității, ceea ce întărește motivația de a realiza comportamentul (abilitatea) dorit, deoarece copilul știe de ce realizează ceva anume. De exemplu, denumirea unui obiect duce la un joc cu respectivul obiect.

Imaginea 1. Un exemplu de integrare a obiectivelor PIE în activitățile cotidiene ale unui copil, în cadrul unui program preșcolar (sursa: Mali dom - Zagreb).

În plus față de activitățile și acțiunile direcționate către copil, acest tip de abordare include, de asemenea, activitățile și rutinele planificate pe parcursul unei zile ca și context de învățare. Integrarea obiectivelor în rutinele sau activitățile copilului pe parcursul zilei permite copilului să învețe abilități într-un mediu în care acestea vor fi folosite (Imaginea 1).

În exemplul de mai sus, obiectivul de a denumi haine este urmărit în situații naturale care apar adeseori, ceea ce oferă astfel mai multe oportunități de învățare.

Prin această abordare se dezvoltă abilități funcționale, de ex., abilități practice și utile în contextul vieții copilului și al vieții familiei. Raportat la obiectivele PIE se poate utiliza lista menționată R-GORI, care poate fi utilă, printre altele, la evaluarea funcționalității unei abilități. Mai jos este o Listă de Rutine care permit colectarea informațiilor de la familie despre rutinele copilului lor pe parcursul unei zile, astfel încât să se poată dezvolta un Plan de implementare a obiectivelor. În plus față de Lista de Rutine, este utilă matricea de integrare a obiectivelor PIE în activitățile zilnice ale copilului, atât în cazul în care activitățile sunt direcționate către copil sau planificate.

BIBLIOGRAFIE

1. McWilliam RA. (2000). It's only natural... to have early intervention in the environments where it's needed. Young exceptional children monograph series; 2: 17-26.
2. Bricker D, Cripe JJW. (1992). An activity-based approach to early intervention. Baltimore:Paul H. Brookes Publishing.



STRATEGII DE STIMULARE A FUNCȚIONĂRII VIZUALE

REZUMAT

Pentru majoritatea copiilor cu dizabilități de vedere, mediul de viață obișnuit nu este suficient de stimulant pentru a-și folosi vederea în mod spontan, de aceea este necesar să se adapteze mediul și procedurile la nevoile individuale ale copilului.

Strategiile pentru stimularea funcționării vizuale ar trebui definite în raport cu nevoile individuale ale copilului și ar trebui integrate în activitățile de zi cu zi.

DIZABILITATEA VIZUALĂ CEREBRALĂ

Vederea este o funcție senzorială complexă care necesită o implicare ierarhică a receptorilor (fotoreceptorii ochiului), a sistemelor de transmisie (nervi optici și radiații optice) și a procesării (cortex vizual) care transformă informațiile vizuale în percepții semnificative (imagini). Deteriorarea oricărei părți are ca rezultat un anumit grad de afectare a vederii cu manifestări clinice și funcționale caracteristice.

Dizabilitatea vizuală cerebrală - DVC este o dizabilitate vizuală temporară sau permanentă cauzată de deteriorarea căii vizuale posterioare și / sau a unei părți a creierului sau de întreruperea sistemului de transmisie de la retină la creier sau de incapacitatea creierului de a primi și interpreta imaginile transmise 1).

Termenul dizabilitate vizuală corticală este frecvent utilizat în America de Nord, în timp ce termenul dizabilitate vizuală cerebrală este utilizat în general în Europa (2). Pentru aceeași dizabilitate vizuală, termenii cecitate corticală, deficiență vizuală cognitivă, dificultăți de procesare vizuală etc. sunt de asemenea, folosiți ca încercări de a defini cât mai clar originea și natura dificultății (3).

DVC este una dintre cele mai frecvente cauze ale dizabilității vizuale la copiii din țările dezvoltate (4). Dizabilitatea vizuală cerebrală este adesea prezentă la sugari prematuri, copii cu afectări neurologice și copii cu leziuni cerebrale dobândite (2). În consecință, copiii cu DVC au adesea alte tulburări neurologice, cum ar fi paralizia cerebrală, dizabilitate intelectuală, dizabilitate auditivă și dificultăți de memorie (5).

Diagnosticul DVC este adesea dificil de stabilit, deoarece necesită cooperarea unor profesioniști din diferite specialități și este diagnosticat atunci când (1) examinarea oculară nu poate explica funcționarea vizuală extrem de afectată; (2) istoricul medical implică probleme neurologice și (3) sunt prezente caracteristici speciale ale comportamentului vizual (2).

Deoarece simptomele DVC depind de aria și gradul de afectare organică, singura caracteristică comună a funcționării vizuale a persoanelor cu această dizabilitate vizuală este că fiecare afectare este diferită, iar caracteristicile lor sunt diferite. Dizabilitatea vizuală poate fi abia vizibilă, dar, de asemenea, se ridică până la cecitate completă. Roman - Lantzy (2) enumeră comportamentele vizuale specifice ale copiilor cu DVC legate de preferința de culoare (6) și țintele în mișcare, preferința unei anumite părți a câmpului vizual, dificultățile cu complexitatea vizuală și de mediu,

noile ținte vizuale și vederea la distanță. Poate include, de asemenea, privirea neobișnuită și privirea insistentă la lumină, precum și absența sau dificultatea de a atinge ceva stimulat de vedere (vezi Anexa 3).

Autorii Lueck și Dutton (7) afirmă, de asemenea, că funcțiile vizuale pot varia de la o zi la alta și de la o oră la alta. Copilul se poate obosi rapid când privește în apropiere din cauza capacității reduse de focalizare. Este posibil să aibă dificultăți de citire din cauza incapacității de a comuta rapid fixarea de la un punct la altul - sacade. Folosim sacadele pentru a schimba rapid direcția de vizionare. Un copil cu dificultăți în efectuarea sacadelor va prefera să facă mișcări rapide ale capului, mai degrabă decât mișcări rapide ale ochilor (1). De asemenea, el poate avea dificultăți în urmărirea și fixarea cu precizie a obiectelor care se mișcă rapid sau pentru a vedea detalii pe o țintă în mișcare, cum ar fi un televizor (dificultăți de percepție a mișcării). Există, de asemenea, dificultăți în percepția adâncimii, care afectează mersul în sus și în jos al scărilor, trecerea peste obstacole, urcarea și coborârea trotuarului etc. Pot exista dificultăți în ceea ce privește memoria vizuală și imaginația vizuală - copilul are probleme să-și amintească lucrurile pe care le-a văzut și să învețe lucruri noi atunci când este nevoie de imaginație vizuală din cauza dificultăților de a imagina succesiunea acțiunilor / mișcărilor necesare pentru a finaliza o sarcină (7).

Dutton (1) analizează caracteristicile comportamentului vizual asociate cu deteriorarea ramurilor dorsale și ventrale ale căii vizuale primare din creier.

Atunci când există daune fluxului dorsal, pot apărea probleme la urmărirea obiectelor în mișcare, localizarea cu precizie a obiectelor în spațiu, utilizarea scărilor și întinderea și tragerea obiectelor. În aceste situații, copilului îi este greu să regleze mișcarea la ceea ce este văzut și poate manifesta stângăcie, ezitare, nesiguranță sau chiar să nu observe pericolul. Deteriorarea fluxului dorsal poate face dificilă vizualizarea diferitelor lucruri în același timp, ceea ce poate duce la dificultăți în găsirea unei ținte vizuale pe un fundal saturat (colorat).

Copiii cu dizabilitate de flux ventral întâmpină dificultăți în găsirea unui traseu care ar trebui să le fie bine cunoscut, amintindu-și, recunoscând lucruri pe care le-au văzut deja și au probleme cu imaginația situațiilor pe care le-au văzut deja în mintea lor (1).

Unii copii cu DVC pot avea, de asemenea, dificultăți în ceea ce privește funcțiile vizual-cognitive, cum ar fi:

- Percepția direcției liniei (orientarea liniei) și a lungimii liniei - copilul poate să nu vadă lungimea sau orientarea liniei, dar poate folosi aceste informații pentru mișcările

mâinilo dacă leziunile sunt la nivelul cortexului vizual primar sau în lobul temporal. Dacă deteriorarea se află la nivelul lobului parietal, mișcările de apucare sunt inexacte, deși copilul poate spune care linie este mai lungă / mai scurtă.

- Prosopagnozia sau incapacitatea de a recunoaște fețele umane pare a fi cea mai puțin cunoscută agnozie la copii, în special în situațiile în care copilul funcționează de obicei în alte zone ale funcționării vizuale. Un copil care are prosopagnozie va reacționa în mod similar față de persoanele cunoscute și necunoscute atunci când se apropie de el și va recunoaște o persoană numai pe baza răspunsului vocal. De obicei, mediul observă acest comportament în jurul lunii a 11-a din viața unui copil (8).
- Recunoașterea imaginii și înțelegerea imaginii sunt adesea dificile la copiii cu dizabilități de vedere. Este important să examinați aceste abilități, mai ales dacă imaginile sunt utilizate în comunicarea asistată. Unii copii nu pot vedea și recunoaște materiale grafice solicitante vizual, chiar dacă recunosc doar o parte izolată a aceleiași imagini.
- Percepțiile privind calitatea și textura suprafeței apar adesea la copiii care au o înțelegere mai puțin dezvoltată a relațiilor spațiale și / sau a recunoașterii și a memoriei reperelor. Mișcarea este adesea stresantă dacă copilul nu poate percepe suprafața pe care se mișcă, stă în picioare sau face parte.
- Conștientizarea spațiului și orientarea în spațiu pot fi mai puțin dezvoltate în cazul afectării cauzate în lobul parietal sau la copiii care nu se mișcă independent, dar sunt adesea pasivi „mișcați” (transportați, împinși într-un cărucior etc.).
- Coordonarea ochi-mână (imaginea 1) poate fi afectată și atunci când lobul parietal este deteriorat. Unii copii cu DVC își întorc capul de la ținta pe care vor să o prindă. Acest lucru poate fi asociat cu un feedback vizual slab în timpul mișcării și copilului i se poate cere să închidă ochii în loc să întoarcă capul. Dacă prinderea este mai ușoară cu ochii închiși decât în timp ce copilul privește o țintă, putem fi siguri că informațiile vizuale interferează cu performanța motorie în loc să o facă mai ușoară și mai precisă.



Imaginea 1. Stimularea coordonării ochi-mână cu ținte având contrast puternic la lumina zilei

(sursa: Mali dom - Zagreb)

Deși comportamentul vizual al copiilor DVC este adesea descris ca fiind inconsistent și inexplicabil, copiii implicați în strategii de intervenție bazate pe evaluarea funcționării vizuale prezintă progrese semnificative în funcționarea vizuală (2).

Strategii pentru stimularea funcționării vizuale la copiii cu dizabilități multiple

Copiii cu dizabilități multiple au foarte adesea dificultăți mai mult sau mai puțin pronunțate în funcționarea vizuală. Dizabilitatea vizuală singură poate avea un impact semnificativ asupra dezvoltării generale a unui copil, iar copiii cu dizabilități multiple care au și dizabilitate de vedere prezintă un risc semnificativ de a dezvolta dizabilități de dezvoltare și dificultăți de învățare (9). Gradul și etiologia dizabilității vizuale pot fi diferite, iar prezența dizabilității vizuale atât oculare cât și cerebrale este posibilă (2,10). Indiferent de tipul dizabilității vizuale, este cu siguranță necesar să încurajăm copilul să folosească vederea în situațiile de zi cu zi. De aceea, unul dintre obiectivele principale la copiii cu dizabilități de vedere și dificultăți de dezvoltare suplimentare este acela de a facilita capacitatea copilului de a vedea și de a-l motiva să privească. Prin utilizarea zilnică și optimă a vederii, copilul își întărește și întărește funcționarea vizuală (2).

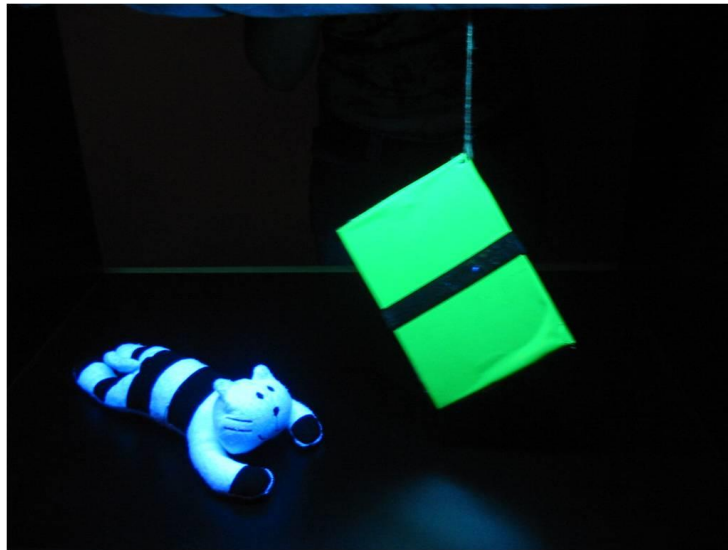
Pentru majoritatea copiilor cu dizabilități de vedere, mediul de viață obișnuit nu este suficient de stimulant pentru a-și folosi spontan vederea și pentru a explora vizual, dar acești copii necesită un mediu adaptat și un aport vizual individualizat pentru a fi activ din punct de vedere vizual. Doar prin activitatea de a vedea copiii vor învăța cu adevărat să privească.

Intervenția trebuie să fie planificată pe nevoile definite ale copilului. Este necesar să se definească exact ce poate face copilul și ce îl provoacă în ceea ce privește funcționarea vizuală. Pe baza acestor informații, sunt convenite strategii a căror aplicare va duce la optimizarea funcționării vizuale a copilului. De exemplu, dacă copilul explorează vizual obiecte roșii și nu se uită deloc la ceilalți, vom începe cu obiecte roșii în intervenție și nu îi vom cere copilului să privească alte obiecte. După ce a privit obiectele roșii pentru o anumită perioadă de timp, poate fi introdus un nou element, un obiect care este roșu - galben și se poate observa dacă copilul îndreaptă atenția asupra acestuia. Dacă manifestă interes pentru un astfel de obiect este un semn că probabil copilul a suferit modificări în funcționarea vizuală. Comportamentul copilului va fi semnul nostru principal atunci când este necesar să introducem unele schimbări în intervenția însăși (2).

În intervenție, este, de asemenea, important ca strategiile și activitățile să fie integrate cât mai mult posibil în viața și funcționarea zilnică a copilului, deoarece în acest mod este permisă o utilizare mai frecventă a vederii, iar activitatea semnificativă duce la o funcție vizuală semnificativă și la învățare. Astfel, dacă copilului îi place să exploreze vizual doar obiecte roșii, acestea ar trebui utilizate prin activități de zi cu zi la care copilul participă (activități din viața cotidiană, joc, activități de relaxare etc.).

Intervenția va varia în funcție de caracteristicile și nevoile individuale ale copilului legate de gradul de dizabilitate vizuală, vârstă, stadiul de dezvoltare și abilitățile pre-academice / academice.

Pentru a stimula funcționarea vizuală, se utilizează diferite mijloace, în funcție de nevoile copilului, adică prezența anumitor funcții vizuale și viziune funcțională. Foarte adesea se utilizează materiale personalizate de zi cu zi, materiale prezentate sub lumină ultravioletă (Imaginea 2), ținte luminoase de lățimi diferite în diferite condiții de iluminare (Imaginea 3) și programe de calculator.



Imaginea 2. Prezentarea obiectelor sub lumină ultravioletă (contraste îmbunătățite)



3. Direcționarea atenției și încurajarea coordonării ochi-mână cu o țintă ușoară în condiții de întuneric (sursă: Mali dom - Zagreb)

Potrivit lui Roman-Lantzy (2), principiile de bază în crearea unui program de intervenție sunt:

- precizie - este necesar să se determine în ce măsură dizabilitatea vizuală cerebrală afectează funcționarea copilului pentru a crea un program de intervenție care să corespundă gradului de funcționare vizuală. Selecția sporadică a metodelor și activităților nu este eficientă, astfel încât intervenția ar trebui să se bazeze pe rezultatele evaluării.
- intenționalitate - este necesar să se specifice de ce și cum se alege intervenția, de aceea este necesar să fie conștienți de „unde” se află acum copilul și care fază urmează.

- reciprocitate - este procesul de împărtășire și acceptare a perspectivei unei alte persoane și se referă la sensibilitatea referitoare la perspectivă a unui copil cu DVC. De exemplu, dacă performanța unei activități a copilului se modifică din cauza schimbărilor particulare copilului sau a schimbărilor din mediu. Mai ales în cazurile de DVC, ar trebui să se țină seama de faptul că orice modificare a mediului poate afecta comportamentul vizual al copilului (de exemplu, o modificare a decorării ușii camerei copilului cu DVC poate duce la dificultăți în orientarea spațială).
- modificări - la copiii cu DVC ne putem aștepta la modificări ale funcționării vizuale sub perspectiva de îmbunătățire și ar trebui să planificăm o intervenție în consecință.
- mediu - schimbările neintenționate ale mediului conduc adesea la răspunsuri vizuale inconsistente ale unui copil cu DVC. De exemplu, un copil care numește obiecte atunci când obiectul se află pe un fundal monocrom contrastant nu va efectua aceeași sarcină dacă obiectul se află într-un mediu neadaptat, plin de detalii. La planificarea intervenției, ar trebui să se țină seama de caracteristicile mediului în care operează copilul (contraste, culori, iluminare, dimensiune, distanță).

Pentru a oferi copilului stimulare vizuală prin activități zilnice, este necesar să:

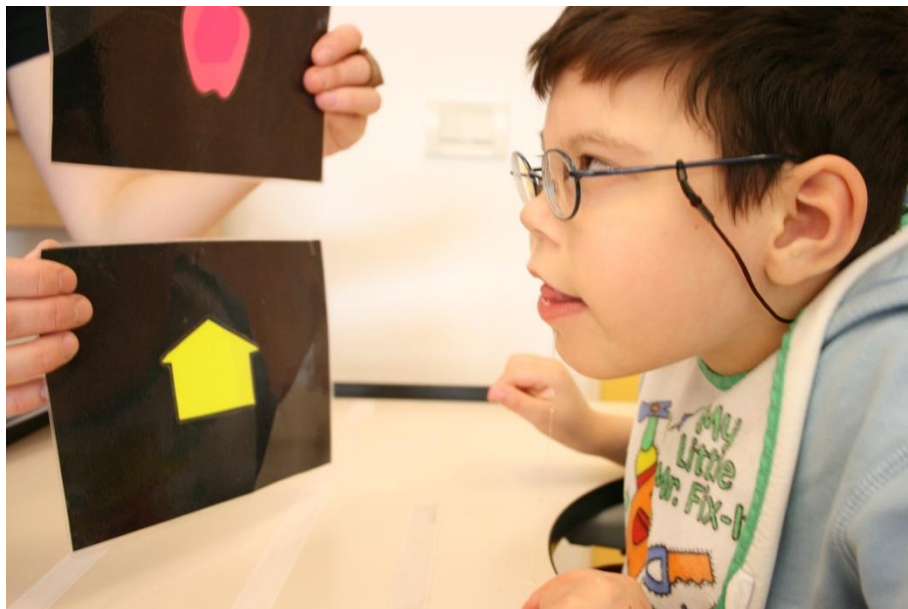
- aranjați mediul în care stă copilul sau cutia, în conformitate cu liniile directoare privind amenajarea adecvată a mediului, luând în considerare contrastele, lumina, culoarea, dimensiunea obiectelor / țintelor oferite, distanța de la care copilul privește obiectul (Imaginea 4).
- adaptați jucăriile și obiectele de zi cu zi într-un mod care să stimuleze vizual copilul. De exemplu, o pânză cu un model alb-negru poate fi așezată pe sticla din care bea copilul dacă se observă că copilul reacționează bine vizual la un astfel de contrast și astfel încurajează vizionarea în timpul activităților zilnice. Jucăriile existente pot fi adaptate astfel încât să fie lipită o culoare contrastantă (de exemplu, punctele negre pot fi așezate pe o bilă galbenă; un punct negru poate fi lipit pe un scutec alb și arătat copilului de fiecare dată în timpul schimbării) etc.



Imaginea 4. Adaptarea mesei în situația de hrănire - așezarea tacâmurilor pe un fundal contrastant cu o singură culoare (sursă: Mali dom - Zagreb)

- observați la ce distanță privește copilul / manifestând interes pentru obiecte sau persoane. La acea distanță, aduceți-i obiecte și abordați-l în comunicare. De exemplu. așezați un mobil pe un pătuț într-o culoare contrastantă la o distanță la care copilul observă obiecte.
- acordați-i suficient timp pentru a explora vizual ținta în toate situațiile de zi cu zi (foarte des copiii au nevoie de mai mult timp decât noi).
- Introduceți obiecte noi, ținte vizuale, activități treptat, unora dintre copii le este greu să accepte noutățile. Cu cât informația vizuală este mai simplă, mai constantă și mai previzibilă, cu atât copilul va fi mai ușor să se ocupe de ea.

- în comunicarea vizuală, subliniați trăsăturile faciale (ochi, gură) pentru a spori contrastele de pe fața noastră și pentru a facilita copilului să observe fața celorlalte persoane și să citească expresiile faciale.
- folosiți jucării cu o singură culoare / materiale simple pe un fundal contrastant. Evitați diverse și multe articole într-un singur loc.
- zona în care stă copilul ar trebui să fie bine luminată. Sursa de lumină trebuie să fie în spatele sau în lateralul copilului și în niciun fel în fața copilului pentru a evita deranjul din cauza luminii directe.
- evitați suprafețele strălucitoare și suprafețele care produc reflexii.
- oferiți copilului o poziție optimă a corpului pentru a facilita concentrarea asupra privirii.
- iluminează obiectul sau folosește un contrast puternic și suprafețe reflectorizante (dacă se potrivește copilului) pentru a atrage atenția copilului asupra obiectului (Figura 5).



Imaginea 5. Prezentarea obiectelor cu contrast puternic la lumina zilei (sursa: Mali dom - Zagreb)

- permiteți copilului să privească obiectul în modul care i se potrivește cel mai bine (de exemplu, poziția capului poate fi înclinată).
- amplasați obiecte în partea din câmpul vizual pe care copilul o folosește.
- în timpul activităților cu ținte vizuale intense (în special lumină și intermitent, imaginea 6) este necesar să se monitorizeze starea întregului copil pentru a detecta semne de

supraestimulare (modificări ale ritmului respirației, ritmului cardiac, modificări mari ale tonusului muscular, anxietate, închiderea ochilor) sau posibilă fotofobie (11).



Imaginea 6. Predarea percepției formei pe o cutie de lumină (sursa: Mali dom – Zagreb)

Având în vedere eficiența intervențiilor care vizează îmbunătățirea funcționării vizuale a copiilor cu DVC, este nevoie de o atenție mai mare la strategiile specifice, planificate individual, bazate pe rezultatele evaluării individuale. Strategiile de îmbunătățire a funcționării vizuale ar trebui să fie o parte integrantă a programelor educaționale de (re) abilitare care includ copii cu dizabilități de vedere și cu dizabilități de dezvoltare suplimentare.

GLOSAR DE TERMENI

Dizabilitate vizuală cerebrală - dizabilitate vizuală temporară sau permanentă cauzată de deteriorarea căii vizuale posterioare și / sau a unei părți a creierului, sau o tulburare a sistemului de transmisie de la retină la creier sau incapacitatea creierului de a primi și interpreta imaginile transmise .

Optimizarea funcționării vizuale - procesul în care creăm mediul și procedurile într-un mod care să permită copilului să utilizeze cât mai bine potențialul său în explorarea vizuală a mediului prin situații de zi cu zi.

BIBLIOGRAFIE

1. Dutton G. A more detailed look at the visual system: In Buultjens M, McLean H, editors. Cerebral palsy and visual impairment in children: Experience of collaborative practice in Scotland. Scottish Sensory Centre; 2003. p. 38 – 59.
2. Roman-Lantzy C. Cortical Visual Impairment: an approach to assesment and intervention. New York: American Foundation for the Blind; 2007.
3. Hatton DD, Schwietz E, Boyer B, Rychwalski P. Babies Count: The national registry for children with visual impairments, birth to 3 years. JAAPOS; 2007. p. 11351-5.
4. JanJE, Groenveld M. Visual behaviors and adaptations associated with cortical and ocular impairment in children. Journal of Visual Impairment and Blindness. 1993;87:101-5.
5. DennisonEM. Eye conditions in infants and young children that results in visual impairment and syndromes and other conditions that may accompany visual disorders. Logan, Utah: SKI–HI Institute; 2003.
6. Lueck, AH i Dutton GN. Vision and the brain: Understandin cerebral visual impairment in children. New York: AFB; 2015.
7. Hyvarinen L. Brain damage related visual impairment. International Congress Series.2005;1282: 578-84.
8. McLinden M. Children with multiple disabilities and a visual impairment. In: Mason H, McCall S, Arter C, McLinden M, Stone J, editors. Visual Impairment: Access to education for children and young people. London: David Fulton Publishers; 1999. pp. 313–23.
9. Kheptal V, Donahue SP. Cortical visual impairment: Etiology, associated findings and prognosis in a tertiary care setting. Elsevier Inc. 2007; 3(11):235-9.
10. Hyvarinen L. Stimulation and training of vision. [cited 2020 March 10]. Available from: <http://www.lea-test.fi/index.html>

ÎNCURAJAREA VEDERII

Deoarece sistemul vizual este foarte complex, sunt indispensabile informațiile medicale de bază privind structura și funcționarea sistemului vizual, precum și aspecte psihologice importante ale percepției vizuale, cum ar fi atenția. Aceasta include, de asemenea, dezvoltarea vizuală tipică a copilului sănătos în contextul dezvoltării normale normale, în special și „preferințele timpurii ale cortexului vizual”. Nu trebuie uitat niciodată că a vedea este un proces activ. Doamna Strothmann și domnul Zeschitz au rezumat acest lucru cu următoarea propoziție (1997): „Nu ochiul vede, nu cortexul vizual vede, ci individul este cel care vede”.

La începutul intervenției vizuale, trebuie luate în considerare următoarele elementele de bază în consultare cu părinții și alți terapeuți:

1. O condiție prealabilă pentru intervenția vizuală este cunoașterea precisă a celor mai bune condiții individuale și a situației actuale a copilului. Pentru mulți copii cu dizabilități multiple, aceasta nu este doar o problemă a nivelului general de dezvoltare al copilului, ci și a stării copilului în timpul zilei, cum ar fi nivelul de vigilență al copilului, precum și posibilitatea de poziționare și așezare într-o poziție adecvată. Pentru a se putea implica în sarcini vizuale, copilul ar trebui să fie poziționat în așa fel încât să nu trebuiască să facă niciun efort pentru a-și controla postura. Prin urmare, nu este de la sine înțeles că poziția în șezut este cea mai favorabilă poziție vizuală pentru copil; mai degrabă poziția în decubit dorsal, poziția înclinată, poziția laterală, poziția cvadripedală cu corpul susținut ar putea fi poziția optimă pentru copil. Prin urmare, este importantă o bună cooperare cu kinetoterapeutul responsabil. Kinetoterapeutul poate recomanda o poziție în care copilul să nu fie preocupat de controlul capului, verticalitatea împotriva gravitației sau stabilitatea generală a corpului. O altă întrebare este ce mișcări motorii poate efectua copilul: Poate să-și întoarcă capul, să indice capul în poziție culcat sau în poziție înclinată? Există o parte preferată a corpului? Există sisteme de poziționare în casă, cum ar fi perne cu pană, prosoape, suporturi pentru gât, perne pentru alăptare sau există sisteme deja adaptate, cum ar fi scaune cu roțile, scaune de terapie sau standuri?

2. O altă condiție prealabilă este un mediu fără factori de distragere a atenției, cu cât mai puțini factori distractori, întrucât mulți copii sunt foarte ușor distrași. Mulți copii sunt foarte sensibili la zgomot.

3. Mai mult, trebuie clarificat în ce măsură este iluminată camera (ce surse de lumină, cum ar fi ferestrele, veiozele ... există?) Și dacă există posibilități de control. Prin urmare, ar trebui clarificat cu părinții care cameră din casă este cea mai potrivită pentru stimularea vizuală. Acest lucru poate duce apoi, de exemplu, la stimularea vizuală care are loc în baie.

4. La fel ca în orice intervenție de sprijin pedagogic, este indispensabil să lucrăm întotdeauna la nivelul motivației copilului. Preferințele și interesele copilului ar trebui analizate (vezi vederea funcțională). Ce culori și forme preferă copilul? Poate să recunoască obiecte? Ce tipare, culori, forme preferă familia, de ex. culoarea echipei de fotbal, dacă familia este mare fană a fotbalului și atât de des poartă tricouri sau au steaguri în casă. Importanța vederii în raport cu aspecte din viață, transferul informațiilor în viața de zi cu zi a copilului ar trebui să fie întotdeauna centrul tuturor eforturilor.

5. În plus, ar trebui clarificat modul în care copilul interacționează cu persoane necunoscute, situații noi și oportunități de joacă. Poate că un copil reacționează cu mare frică și disconfort la orice schimbare și, astfel, mai ales în astfel de cazuri, accentul ar trebui să fie mai întâi pe construirea unei relații de încredere cu specialistul de intervenție timpurie, cu ritualuri clare care să ofere structură și securitate sau copilul ar trebui să fie mai întâi introdus treptat în camera întunecată.

Strategii de lucru importante pentru atingerea succesului:

a. Copilul are nevoie de mult timp pentru a vedea și a reacționa. Este esențial să vă asigurați că toate sarcinile propuse sunt prezentate încet.

b. Copiii cu dizabilități multiple au nevoie de repetări regulate. Prin urmare, este important să prezentați aceeași sarcină propusă (de exemplu, povestea vizuală cu aceleași imagini) din nou și din nou.

c. În general, intervenția de sprijin ar trebui să fie clar structurată și să includă rutine pentru a oferi copiilor siguranță și oportunități de anticipare.

d. Elementele / obiectele noi pot fi apoi adăugate ca efecte surpriză după ceva timp.

e. Ar trebui luată în considerare cu atenție o abordare multi-senzorială, adică utilizarea conștientă a altor canale senzoriale (stimuli acustici și tactili). Este important să luați în considerare și să observați cu atenție când acest lucru are sens și când, de exemplu, un comentariu verbal distrage atenția copilului de la stimulii vizuali.

f. Incluzându-le în situațiile de zi cu zi, ar trebui creat un context semnificativ și conținutul intervenției timpurii ar trebui transferat în viața de zi cu zi.

g. În toate sarcinile de lucru propuse, echilibrul dintre suprastimulare și substimulare trebuie menținut în centrul atenției.

După cum sa menționat deja de mai multe ori, stimularea vizuală în contextul intervenției timpurii nu trebuie privită ca antrenament funcțional izolat. Mai degrabă, este un antrenament al simțurilor care se adresează personalității generale a copilului - și include componente psihologice individuale, cum ar fi motivația, sentimentele, voința, deciziile. Este un proces constant senzor-motor.

În mod ideal, caracteristicile de bază sunt următoarele:

- toate cerințele menționate mai sus sunt îndeplinite
- a fost realizat un design optim al mediului
- se oferă copilului stimuli și sarcini adecvate, astfel încât acesta să aibă posibilitatea de a dezvolta în mod activ experiențele vizuale și de a încerca un comportament controlat vizual corespunzător nivelului său
- activitatea copilului este astfel îmbunătățită și astfel nu numai dezvoltarea vizuală, ci și dezvoltarea generală a copilului (cognitiv, socio-emoțional, motor) este încurajată prin aceste intervenții de sprijin
- copilul își folosește vederea mai mult în viața cotidiană, de exemplu, găsind culori și modele familiare din intervenția timpurie în viața de zi cu zi, recunoscându-le din nou și stocându-le în continuare.

Contextul setării:

Pentru copiii cu dizabilități multiple, dezvoltarea și consolidarea abilităților vizuale de bază nu sunt posibile exclusiv în viața cotidiană. Ori de câte ori stimulii disponibili în viața de zi cu zi nu sunt suficienți pentru a provoca vreo activitate vizuală, vom încerca totul pentru a îmbunătăți situația din punct de vedere vizual:

- Putem modifica intensitatea luminii sau alege tip de lumina diferită
- Putem reduce complexitatea generală

- Putem să așezăm obiectele în așa fel încât să poată fi recunoscute mai bine (fundalul figurii) de ex. pe o cutie de lumină, mini-proiector și / sau sub lumină neagră.

Principii generale în contextul vederii slabe:

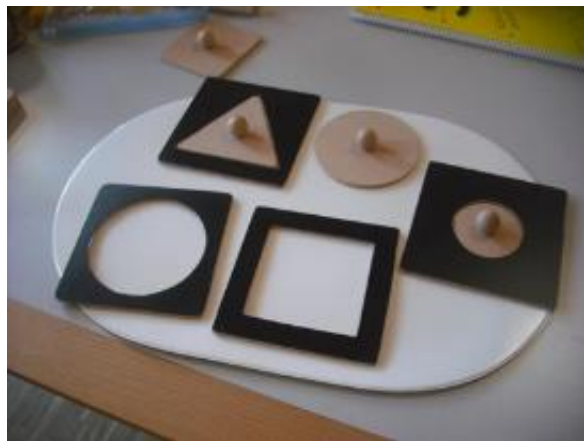
1. Iluminare individuală adecvată (vezi setarea):

- Cerința de lumină variază foarte mult de la copil la copil.
- Ca regulă generală, lumina nu trebuie să deranjeze niciodată un copil.
- Prin urmare, lampa / sursa de lumină nu ar trebui să lumineze niciodată copilul (ochiul), ci ar trebui să lumineze împrejurimile



2. Utilizarea unor contraste bune în sarcinile vizuale oferite

- Obiecte clare, clar vizibile de ex. dungi alb-negru
- Proiectarea fundalului, cum ar fi obiectul alb pe masa albă - nu este vizibil



1. distanță individuală adecvată

- la ce distanță poate copilul percepe încă bine sarcinile vizuale oferite?



2. mărime individuală adecvată

- Se percep mai bine obiecte mai mari



3. Reducerea complexității

- Direcționarea atenției
- Evitarea suprasolicitării senzoriale
- Percepția detaliilor



Dezvoltarea concretă:

Conform ZIHL, abilitățile vizuale de bază cuprind etapele elementare ale activității de orientare vizuală, inclusiv răspunsul atențional, interesul vizual spontan, fixarea, mișcările de urmărire a ochilor, scanarea vizuală și comparația vizuală (privirea înainte și înapoi). Acestea pot fi dezvoltate în continuare, în special la copiii cu tulburări de procesare cerebrală, prin stimulare vizuală bazată pe principiile dezvoltării vizuale normale prin prezentarea sistematică a materialelor clar structurate.

Exemple:

Atenția vizuală

Un stimul vizual este capabil să influențeze copilul sau activitatea curentă a copilului într-un fel. Aceasta este înțeleasă ca reacția recunoscută a copilului la un stimul pur optic. Este condiția prealabilă pentru o viziune activă. În cazul copiilor cu dizabilități grave, aceasta este adesea prima abilitate a copilului care poate fi dezvoltată în zona vizuală. Primele semne ale atenției vizuale la acești copii pot fi adesea recunoscute numai cu o observație mai atentă:

Copilul este capabil să arate:

- reacții somatice, cum ar fi modificări ale nivelurilor de activitate, cum ar fi tonusul muscular sau respirația,
- reacții verbale precum o expresie vocală
- reacții emoționale, cum ar fi bucuria, încântarea sau
- schimbarea comportamentului, cum ar fi întreruperea stereotipiilor.

Stimularea dezvoltării:

Scopul intervenției de sprijin este de a-i determina pe copii să își folosească vederea, chiar dacă aceasta este redusă, mai des și într-un mod mai țintit.

- În general, lucrări cu diferențe puternice (lumină / întuneric)
- Reacția la diferite surse de lumină
- Integrarea multisenzorială
- Ofertă bine structurată
- Pericol de supraîncărcare senzorială

Obiectele care stimulează alte simțuri, precum scoaterea unui sunet sau senzație plăcută la atingere, pot fi folosite pentru a menține motivația copilului ridicată, de ex. de asemenea, pentru orientare ca semnal de pornire și oprire.

Este esențial să transferați experiențele din dezvoltarea vizuală în viața de zi cu zi. De exemplu, dacă copilul se bucură de dungi alb-negru sau de o anumită culoare, el sau ea ar trebui să poată găsi lucruri similare în viața de zi cu zi, cum ar fi lenjerie de pat cu dungi sau pulovere.



(Early Support Munich)

Fixarea



A fixa un stimul vizual înseamnă a-l imagina în punctul cu cea mai clară proiectare pe retină. Puteți vedea acest lucru atunci când examinați un copil cu o sursă de lumină punctată. Dacă copilul fixează lumina, atunci veți vedea reflexia punctului de lumină aproximativ în centrul pupilei.

Copiii cu dizabilități de vedere au deseori probleme cu fixarea, de ex. datorită nistagmusului. Fixarea este adesea instabilă și foarte dependentă de momentul zilei. Comportamentul de fixare este adesea foarte instabil și depinde, de asemenea, de vigilență și medicamente. După cum sa menționat mai sus, o poziționare bună este importantă, astfel încât copiii să nu mai fie nevoiți să își folosească energia pentru a-și regla abilitățile motorii.

Sugestii pentru DEZVOLTARE:

Copiii ar trebui să li se ofere stimuli interesanți, care sunt suficient de interesanți pentru a-i privi cu atenție de aproape. Cu toate acestea, este esențial să se creeze condiții externe pentru copiii cu dizabilități multiple care să le permită să fixeze itemul global.

- Mediu fără perturbări (oprirea tuturor celorlalți stimuli)
- Acordați copilului suficient timp și astfel posibilitatea de a fi proactiv.
- Începeți în camera întunecată și apoi treceți treptat în lumină
- Începeți în centrul câmpului vizual
- Distanța ideală; posibil și în ușoară mișcare
- Obiecte auto-luminoase sau iluminate cu contraste și dimensiuni bune



Obiectele în mișcare pot fi percepute în detaliu numai dacă sunt dezvoltate mișcări rapide și constante de urmărire a ochilor. Privirea și abilitățile motorii ale capului sunt de o importanță centrală aici.

Sugestii pentru DEZVOLTARE:

- Stimulii vizuali cu potențial ridicat ar trebui să se deplaseze încet în câmpul vizual
- De la periferie spre copil
- Deplasați-vă încet în fața copilului
- Vizualizați obiecte în mișcare de la distanțe diferite
- Mai întâi mișcări orizontale, apoi verticale și în cele din urmă diagonale, circulare și alte
- Posibil informații suplimentare, cum ar fi sunetele ca semnal de pornire
- Media poate fi de ex. mingi auto-luminoase, mănuși în camera întunecată (material luminos negru); jocuri cu lanterne; cutii de lumină, baloane, dar și jocuri pe PC, mini-proiector, iPad-uri.



Exemplu: Mini Beamer (mini proiector)

În esență, pot fi adresate următoarele întrebări (potrivit lui Walthes):

- Oferta vizuală era clară sau era prea mică, prea mare, prezentată prea repede sau prea lent, prea puțin contrast sau nu în culoarea preferată? Copilul are nevoie de imagini mai puțin complexe?
- Oferta vizuală a fost posibilă oferită în afara câmpului vizual în care copilul este atent vizual?
- Ar putea copilul să asocieze ceva cu obiectul sau să recunoască ceva? Se pot găsi mai multe oportunități de a descoperi ceva vizual prin schimbarea mediului, de ex. pătuțul de copii, sau prin crearea unor colțuri speciale de joacă pregătite vizual în sufragerie, puncte de captare a privirii în casă etc.?

- Care a fost starea generală a copilului (oboseală, vigilență, durere, medicamente)?
- Cum a fost poziționarea? Copilul a trebuit să folosească multă energie pentru a-și ține capul sau pentru a-și asigura echilibrul corpului?
- Oferta și interesul copilului se potrivesc?
- A fost creată o atmosferă în care este posibilă o viziune relaxată? S-a simțit copilul confortabil?
- Camera era prea rece sau caldă sau nu era suficient de familiară pentru copil?
- Copilul a putut fi activ independent?
- Poate copilul să prezinte mai mult interes vizual dacă oferta vizuală este combinată cu o ofertă auditivă sau tactilă?

Aceste întrebări arată încă o dată complexitatea intervenției de sprijin vizual pentru copiii cu dizabilități multiple: relația dintre copil, intervenient / îngrijitor, timp, spațiu și ofertă în toate variantele. O bună observație, documentare și analiză a unităților de suport ar trebui să aibă loc întotdeauna pentru a evita atribuirea prematură posibil greșită, măsurile de sprijin fără continuitate, modificate sau chiar întrerupte. Cooperarea interdisciplinară strânsă este deosebit de importantă aici.

Cu toate acestea, există întotdeauna copii care „nu vor să vadă” și aceștia nu trebuie împinși să își folosească vederea. Maxima din spatele acestui lucru nu ar trebui să fie: „Folosiți fiecare organ vizual la maximum”, ci mai degrabă: „Poate copilul să obțină cumva beneficii sau plăcere din a vedea în orice zonă”.

BIBLIOGRAFIE:

1. Walthes Renate: Einführung in die Blinden- und Sehbehindertenpädagogik: Ernst Reinhardt Verlag 2003.
2. Zihl Josef, Priglinger Siegfried: Sehstörungen bei Kindern. Diagnostik und Frühförderung: Springer Verlag Wien 2002.
3. Strothmann Marina, Zeschitz Matthias: vom Curriculum zur individuellen Förderung des Sehens mehrfachbehinderter Kinder im Lebensbezug in Fuchs Eberhardt, Neugebauer Hans (Hrsg.): Frühe rechtzeitige Förderung. Aufsätze zur Frühförderung sehgeschädigter Kinder. Edition Bentheim Würzburg 1997, Seite 95-109.

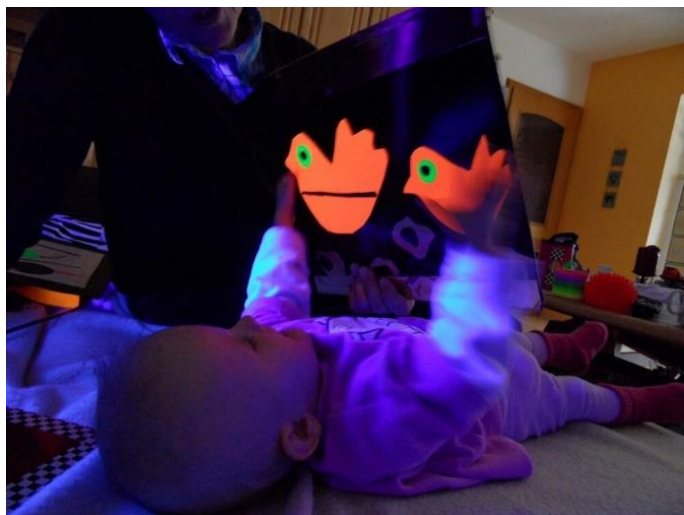
4. Trantow Marlies: Punkt, Punkt, Komma, Strich...oder : von der visuellen Stimulation zur Förderung des Sehens im Lebensbezug in Arbeitsgemeinschaft Frühförderung sehgeschädigter Kinder (Hrsg.): die ersten drei Jahre-Praxis der Frühförderung. Edition Bentheim Würzburg 2002, Seite 121-126.
5. Strothmann Marina (Hrsg.): Was tun? Von der frühen Förderung mehrfachbehinderter, sehgeschädigter Kinder. Texte zur Frühförderung behinderter Kinder. Edition bentheim Würzburg 1999.
6. Strothmann Marina, Zeschitz Matthias: Visuelle Stimulation sehgeschädigter Kinder. Begleittext zur Diaserie. Edition Bentheim Würzburg 1998.

EXEMPLE DE MATERIALE PENTRU INTERVENȚIE TIMPURIE

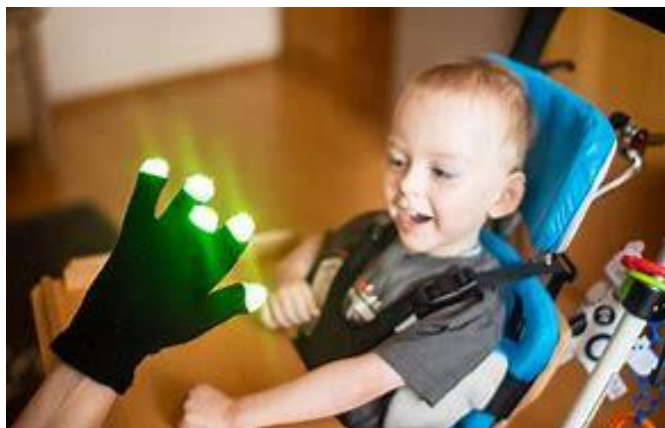
Cutia de lumină (Lightscout) este potrivită ca mijloc de sprijin pentru centrarea atenției copilului. Spectrul său de utilizare cu copilul cu dizabilități de vedere grave variază de la stabilirea unui răspuns atențional la sortarea formelor, de la distingerea obiectelor la pictură și desen. Este posibilă activitatea independentă cu un număr aproape nelimitat de materiale, cele mai variate posibilități de acțiune sunt momentul definitoriu.



Unii copii nu reacționează la stimulii vizuali obișnuiți, ci la **lumina neagră** sau la obiectele oferite în condiții de lumină neagră. Materialul fluorescent, cu contrast ridicat și absența reflexiilor, este mult mai ușor de selectat figura și fondul.



Spectrul **obiectelor luminoase** de toate felurile este acum foarte mare. În plus față de sferile și cuburile luminoase, există o gamă largă de diferite cuburi de construcție luminoase, mașini și mănuși. Acestea pot fi utilizate atât într-o cameră luminoasă, cât și într-o cameră obscură.



Cu laptopul / PC-ul, putem oferi multe oportunități copiilor și familiilor acestora, inclusiv jocuri speciale, care sunt concepute pentru copiii cu dizabilități de vedere, cum ar fi seria de imagini Würzburg: Stimularea vizuală a copiilor cu dizabilități de vedere (2018).



Un alt mijloc important este **mini-proiectorul**. Permite afișarea de imagini, fotografii, videoclipuri pe pereți, podea etc. într-un mod foarte simplu (ușor de manevrat) și are contraste bune. Aceasta înseamnă că poate fi utilizat într-o varietate de moduri foarte individuale, de ex. tot în activitatea unei instituții.



În ultimii ani, iPad-ul / tableta și-a găsit din ce în ce mai mult locul în munca noastră cu copiii cu dizabilități. Fotografiile și imaginile pot fi afișate și acum există o multitudine de aplicații disponibile pentru a sprijini diferitele domenii de dezvoltare. În plus, iPad / tabletă este o componentă existentă în multe familii și, prin urmare, participarea familiei poate fi garantată. Când lucrați cu copii cu dizabilități multiple, trebuie să aveți grijă să vă asigurați o ahusă bună și un suport bun (de exemplu, pentru poziționarea pe scaunul cu roțile).



În plus, există, desigur, o varietate de materiale realizate manual sau cumpărate, cum ar fi Leporello, păpuși, cărți ... care sunt proiectate cu contrast, forme și culori bune.



Proiectarea educațională a dezvoltării vizuale

Frank LAEMERS (2004) scrie: "Multe abordări ne tentează prea des să rămânem la nivel material. Dar materialul nu este curriculumul!"

Nu este niciodată doar super-mediul motivant, care produce activitate vizuală. Nici faptul că există un fond mare de finanțare care să garanteze acest lucru.

Cheia educației vizuale eficiente nu se află în mediul și material, ci în proiectarea educațională. Desigur, acest lucru nu înseamnă că alegerea corectă a mediului și a materialului este în cele din urmă lipsită de sens. Dimpotrivă. Numai materialul adecvat poate pune în mișcare procesele perceptivă. Dar pentru ca acest proces să aibă succes, sunt necesari factori suplimentari.

Curiozitatea și motivația sunt factori importanți pentru învățare, așa cum am menționat deja de mai multe ori. Experiențele de succes facilitează stocarea în memorie, utilizarea viitoare a celor învățate și transferul în cunoștințe și acțiune.

Un mediu favorabil, plăcut de învățare este foarte important.

Despre acest climat de învățare, R. WALTHES (2005, 152) scrie: „Învățarea de a vedea și dezvoltarea vederii ar trebui să implice cât mai puțin efort și antrenament posibil, dar ar trebui să implice cât mai multă bucurie și curiozitate posibil. Efortul duce adesea la tensiune și este contraproductiv ”.

În ceea ce privește sprijinul nostru, ar trebui să ne întrebăm întotdeauna dacă copilul a fost capabil să participe în mod activ sau dacă el sau ea a lăsat doar să i se întâmple ceva. Dacă oferta și interesul au corespuns și dacă a fost creată o atmosferă care a făcut posibil procesul vizual relaxat.

Acolo unde copilul se simte înțeles în contextul intereselor sale și în starea sa emoțională, se oferă cea mai bună bază pentru învățarea sa.

Succesul sau eșecul unei măsuri pedagogico-terapeutice este determinat de gradul în care reușim să ne adresăm copilului consolidând individualitatea copilului și contactul cu mediul.

Pentru noi, acest lucru înseamnă că, de la bun început, proiectăm educația vizuală în așa fel încât să fie legată și de viața de zi cu zi, adică să fie ancorată în rutinele zilnice ale familiei sau ale grupului (în cazul copiilor din centre de zi) și mai ales în jocul copiilor.

Exercițiile trebuie înlocuite de experiențe care sunt poziționate în relațiile sale emoționale și astfel devin semnificative pentru copil. Sarcina noastră este de a modela mediul copilului astfel încât acesta să poată avea, stabili și extinde experiențele senzoriale în mod fiabil și repetat.

BIBLIOGRAFIE:

1. Laemers, F. (2004): Low Vision in Pedagogy. In: "Qualitäten", Kongressbericht XXXIII. Kongress der Blinden- und Sehbehindertenpädagogen und -pädagoginnen (VBS) 2003 in Dortmund, edition bentheim Würzburg 2004.
2. Walthes, R. (2003): Einführung in die Blinden- und Sehbehindertenpädagogik. Munich: Reinhardt.
3. Zihl, J. (1988): Therapeutic possibilities of clinical neuropsychology. In: Practice of Clinical Behavioural Medicine and Rehabilitation, 1988, 4, 251-256.
4. Zihl, J.; Priglinger, S. (2002): Visual disorders in children. Springer Verlag Vienna, New York.



STRATEGII PENTRU STIMULAREA INTEGRĂRII SENZORIALE

REZUMAT

Integrarea senzorială adecvată implică prezența unor răspunsuri adaptative adecvate. Răspunsurile adaptative adecvate la informațiile senzoriale reprezintă capacitatea sistemului nervos central de a organiza cu succes informațiile senzoriale pe care le primește din mediu.

Pentru dezvoltarea unor funcții neurologice mai complexe este necesară procesarea adecvată a stimulilor prin sisteme tactile, vestibulare, propioceptive și altesisteme senzoriale. Prin urmare, tulburările acestor sisteme senzoriale trebuie identificate cât mai de timpuriu posibil.

Fiecare copil se naște cu capacitatea de integrare senzorială, dar trebuie să o dezvolte intrând în contact cu multe lucruri și stimuli din jurul său, pentru a câștiga experiențe diferite și a-și adapta corpul și creierul la diferite provocări din timpul copilăriei. Majoritatea aspectelor legate de integrarea senzorială are loc în timpul răspunsului adaptativ. Un răspuns adaptiv este un răspuns intenționat, orientat spre obiective, la o experiență senzorială (de exemplu, un copil cu dizabilități de vedere se îndreaptă spre sursa sonoră a jucăriei sonore și o atinge. Atingerea este o reacție adaptativă, în timp ce fluturarea simplă fără scop nu este). Când capacitatea de integrare senzorială a creierului este suficientă pentru a face față cerințelor mediului, răspunsul copilului este eficient, creativ și satisfăcător (1).

Abilitatea bazată pe integrarea adecvată a tuturor intrărilor senzoriale se numește Praxis. (1) Praxis include trei componente: ideație (crearea unei idei de activitate); planificarea și performanța motorie (acțiune). Este important să subliniem că și componentele motorii (planificarea motorie și modul de desfășurare a activităților) ar trebui să fie precedate de idei, astfel încât dezvoltarea cognitivă a copilului ar trebui luată în considerare.

Dezvoltarea integrării senzoriale la un copil cu dezvoltare tipică are loc treptat, deoarece diferite tipuri de informații senzoriale sunt integrate pentru a contura funcțiile necesare acțiunii direcționate către scopuri. La primul nivel, integrarea așa-numitelor simțuri interne - tactile, vestibulare și proprioceptive. Integrarea stimulilor vestibulari și proprioceptivi permite stabilizarea ochilor în timpul mișcărilor capului și controlul asupra mișcărilor ochilor. Fără aceasta, copilul nu ar fi capabil să concentreze atenția vizuală asupra obiectului prezentat sau să facă mișcări de urmărire a ochilor. O bună organizare și integrare a stimulilor vestibulari și proprioceptivi îi permite copilului să dezvolte reacții posturale ca bază pentru a sta în picioare și a merge, menținând echilibrul și tonusul muscular în ordine (1).

Simțurile tactile, vestibulare și proprioceptive sunt integrate în percepția corpului, ceea ce permite copilului să simtă, să înțeleagă ce face corpul, fără a se concentra vizual pe o anumită parte a corpului. Percepția corectă a corpului cu informații clare tactile, proprioceptive și vestibulare este baza planificării motorii (1). Planificarea motorie este procesul de adaptare a mișcărilor și pozițiilor corpului la situații necunoscute și de învățare pentru a îndeplini cu succes o sarcină. Dacă percepția corpului este deficitară, copilul va arăta capacitatea insuficientă de a planifica mișcările și va fi mai dificil să direcționeze noi mișcări.

La al treilea nivel de integrare senzorială începe procesarea senzațiilor auditive și vizuale. Simțul auzului și al vederii este dezvoltat și la nivelurile anterioare, dar apoi organizarea sistemului nervos central se concentrează asupra simțurilor de bază. Stimulii auditivi se combină cu percepția corpului pentru a permite copilului să dezvolte înțelegerea vorbirii și a

limbajului. Pentru a dezvolta percepția vizuală este necesară o mulțime de interacțiuni tactile cu obiectele, deținerea și deplasarea obiectelor pentru a obține informații din mușchi și articulații, precum și interacțiunea cu gravitația. Visual senses are integrated with the three basic senses for the purpose of developing detailed visual perception and developing eye-hand coordination.

La vârsta de trei ani, începe încet al patrulea nivel de integrare senzorială, unde toate procesele senzoriale se îmbină într-un singur întreg de funcționare a creierului (al patrulea nivel). Abilitățile la acest nivel (organizare, coordonare, autocontrol) sunt procesele finale ale tuturor proceselor senzoriale care au loc la primele trei niveluri (1).

Procesarea adecvată a stimulilor de către sistemele tactile, vestibulare, proprioceptive, auditive și vizuale este necesară pentru dezvoltarea unor funcții neurologice mai complexe. Prin urmare, tulburările acestor sisteme senzoriale trebuie identificate cât mai de timpuriu posibil.

Influența dizabilității vizuale asupra dezvoltării integrării senzoriale

Copiii cu dezvoltare vizuală tipică învață despre lumea din jurul lor prin integrarea informațiilor vizuale și a informațiilor din alte sisteme senzoriale. Ei învață și creează noi experiențe prin observație și imitație. Mediul pentru un copil cu dizabilități de vedere este mai puțin stimulativ deoarece, spre deosebire de un copil cu dezvoltare vizuală tipică, un copil cu dizabilitate de vedere nu are motivația de a ridica capul pentru a urmări ținte interesante din punct de vedere vizual, oameni, imitând mișcarea și altele asemenea. Un copil cu dezvoltare vizuală tipică va explora mai întâi vizual un obiect, apoi îl va atinge, ținându-l în mâini prin informații tactile și proprioceptive, va afla despre acel obiect și despre caracteristicile acestuia și apoi va începe să se miște după el. Un copil cu dizabilități de vedere va avea nevoie de sprijinul mediului pentru a dezvolta o motivație intrinsecă pentru a-și explora corpul, mediul și obiectele din mediu. Pentru a încuraja un copil cu dizabilități de vedere să-și exploreze corpul și pentru a crea o schemă corporală, este necesar să se conștientizeze mai întâi părțile corpului prin masaj sau jocuri cu obiecte pe corpul său. Un copil cu dizabilități de vedere se va concentra mai des și cu o motivație mai mare spre un anumit obiect, va întoarce capul sau va întinde mâna spre un anumit obiect dacă este un obiect cu sunet care îl va motiva și mai mult.

Când ne gândim la tulburările de integrare senzorială, percepția senzorială poate fi privită ca un continuum (3). La un capăt, există reacții excesive, adică sensibilitate crescută, cu reacții de resentimente și respingere a anumitor tipuri de stimuli (vezi Anexa 4). La celălalt capăt al continuumului există sensibilitate redusă, adică reacții slabe și o percepție mai slabă a stimulilor senzoriali. În mijlocul continuumului se află o funcționare senzorială ordonată.

Tulburarea de integrare senzorială înseamnă că creierul nu procesează sau organizează fluxul de intrări senzoriale într-un mod care să ofere copilului informații corecte și exacte despre el însuși și despre lumea din jur. O bună integrare și procesare senzorială permite tuturor intrărilor să ajungă ușor și rapid la destinația lor din creier. Fără o integrare senzorială adecvată, învățarea este dificilă, copilul se simte adesea inconfortabil și nu poate face față cu ușurință cerințelor obișnuite. Un copil cu dificultăți de integrare senzorială este probabil să aibă dificultăți în generalizarea experiențelor, dar va avea probleme mai mari în special cu planificarea motorie și probleme minore cu funcționarea cognitivă. Este important să știm că tulburarea de integrare senzorială reprezintă mai degrabă funcționarea atipică decât absența funcționării (1).

Deteriorarea sistemului nervos central duce adesea la devieri în procesarea senzorială. Dificultățile de integrare senzorială apar și la copiii cărora le lipsește interacțiunea cu mediul înconjurător, cu alte persoane și, prin urmare, cu experiențe diferite prin care ar dezvolta o funcționare senzorială, motorie și cognitivă adecvată, în special pentru copiii cu dizabilități de vedere și dificultăți de dezvoltare suplimentare.

Cum să stimulezi integrarea senzorială?

Un copil cu dizabilități de vedere trebuie să beneficieze de un mediu stimulativ prin consolidarea altor intrări senzoriale. Activitățile trebuie adaptate pentru a permite integrarea diferitelor informații într-o experiență care va avea sens pentru copil în contextul activităților vieții sale de zi cu zi. Este necesar să ne gândim la adaptarea mediului și a materialelor prin mai multe experiențe cu stimuli tactil - kinestezici, olfactivi și auditivi care îi vor permite să perceapă spațiul.

Următoarele sunt exemple de activități care se recomandă a fi desfășurate cu un copil printr-o rutină zilnică și cu repetarea lor zilnică, dezvoltarea integrării senzoriale trebuind încurajată într-un mod adecvat în raport cu vârsta copilului.

SISTEMUL PROPRIOCEPTIV

Pentru a îmbunătăți procesarea stimulilor proprioceptivi, se pot efectua masajele cu presiune profundă pentru a dobândi o imagine și orientarea propriului corp. În timpul masajului este important să se furnizeze informații mai puternice, mai clare și se recomandă, de asemenea, efectuarea masajelor articulațiilor opuse pentru a încuraja formarea schemei propriului corp și conștientizarea poziției corpului în raport cu spațiul prin stimuli proprioceptivi.

Stimulați zona din jurul gurii (zona oral-facială) prin masajele cu mișcări circulare și presiunea degetelor în zona din jurul buzelor pentru a încuraja vocalizarea, mestecarea și înghițirea.

Expuneți picioarele la diferite texturi (în timp ce copilul stă, diferite materiale pot fi așezate sub picioare - de ex. O bucată de covor, plasă, pătură, prosop etc.).

În timpul zilei, informațiile proprioceptive pot fi furnizate copilului prin jocuri în pereche, cum ar fi jocul de prindere a unei mingi mai grele, jocul de prindere a unor pungi umplute cu nisip, activități de "rostogolire" pe podea și altele asemenea.

Un aparat de masaj portabil poate fi folosit pentru a expune copilul la vibrații mai întâi asupra unui obiect (de exemplu o minge) și apoi direct prin aplicarea masajului pe zona piciorului și a mâinii. Procedând astfel, copilul va fi expus la informații tactile și proprioceptive care îi permit o mai bună organizare a propriului corp și să se concentreze asupra activităților care urmează (2).

Se recomandă încurajarea comportamentului orientat spre obiective prin expunerea la diferiți stimuli în activitatea unui poligon simplu - activitate motorie în mai mulți pași, de ex. poziționând o geantă sau o pernă într-o poziție cu patru picioare, traversând o cale tactilă, alunecând sub un scaun sau trecând printr-un tunel și ajungând în cele din urmă la îmbrățișarea părintelui sau la o jucărie preferată.

SISTEMUL TACTIL

Pentru a îmbunătăți prelucrarea stimulilor tactili și pentru a îmbunătăți calitatea abilităților de manipulare, încurajați explorarea diverselor materiale cu mâinile, având recipiente care pot fi umplute cu orez, vată, apă, fasole, fulgi de ovăz, paste etc. Încurajați copilul să exploreze materialele cu mâinile și cu picioarele. De asemenea, pot fi introduse diverse obiecte (mingi sau jucării care îi plac) și ar trebui să fie încurajat să le găsească și să le scoată (activitățile trebuie întotdeauna desfășurate sub supravegherea unui adult, din cauza posibilității de a pune aceste materiale în gura). Copilul poate fi, de asemenea, expus la stimuli tactili de intensitate mai mică, cum ar fi frisca, vopsele nontoxice, spumă de ras. Faceți un traseu pe podea din materiale de diferite texturi (moi, aspre, înțepătoare ...) și încurajați copilul să exploreze traseul cu mâinile și picioarele și să se târască peste el, sau dacă copilul se ridică în picioare, lăsați-l să în parcurgă în șosete subțiri sau desculț.

La începutul copilăriei încurajați activitățile pe podea, pe o suprafață plană cu diferite calități tactile, în poziția abdominală, astfel încât prin deschiderea mâinilor copilul să dobândească noi experiențe tactile diferite.

De asemenea, sunt recomandate jocuri cu aluat, plastilină și dactilopictura.

SISTEMUL VESTIBULAR

Pentru a îmbunătăți procesarea stimulilor vestibulari, se recomandă includerea activităților bogate în stimuli proprioceptivi, pe lângă faptul că se află pe un dispozitiv mobil, pentru a

organiza mai bine comportamentul și tiparele corpului. De exemplu, copilul poate trage o frânghie pentru a se balansa singur, poate ține obiecte mai grele în timp ce se leagă (de ex. sticle umplute cu apă, pietricele sau nisip - umpleți pungi cu nisip cântărind aproximativ 100-200 grame și plasați-le în poala copilului în timpul balansării etc.).

Copilul poate fi, de asemenea, expus la stimuli vestibulari prin oscilarea pe o minge mare de terapie - poate sări pe minge în poala părinților săi, poate să se întindă pe burtă sau să stea pe minge în timp ce mingea este legănată înainte și înapoi, la stânga - dreapta.

De asemenea, puteți efectua activități de legănare a copilului într-o pătură sau copilul se poate târî pe o pantă sau poate efectua o activitate așezată pe o pantă cu înclinare ușoară sau mai mare. În timpul implementării acestor strategii este necesar să fim consecvenți, mai ales în cazul respingerii și al dificultăților de reglare a comportamentului. Este important să anunțați activitatea, precum și finalizarea acesteia cu câțiva pași în avans și să o terminați atunci când este anunțată pentru a facilita copilului anticiparea a ceea ce urmează. De asemenea, în momentul în care copilul este incapabil să-și regleze comportamentul, se poate efectua o scurtă intervenție de expunere la presiune profundă și conștientizarea articulațiilor opuse.

GLOSAR

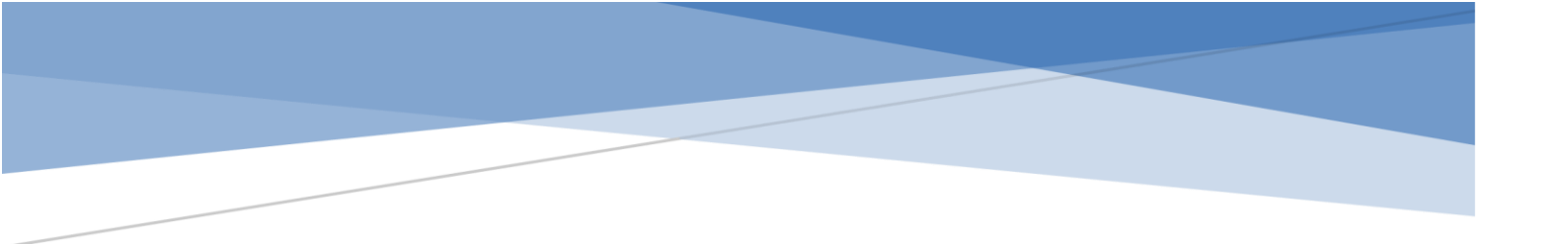
Integrarea senzorială este capacitatea de a primi, organiza și prelucra informații senzoriale din mediu pentru o utilizare intenționată în viața de zi cu zi.

Planificarea motorie este procesul de adaptare a mișcării și poziției la situații necunoscute și de învățare pentru a finaliza cu succes o sarcină.

Continuumul senzorial observă procesarea senzorială de la sensibilitate redusă la excesivă cu procesare senzorială ordonată în mijlocul continuumului.

BIBLIOGRAFIE:

1. Ayres AJ. Dijete i senzorna integracija. Zagreb: Naklada Slap, 2009.
2. Biel L, Peske N. Senzorna integracija iz dana u dan. Zagreb: Ostvarenje, 2007.
3. Bundy AC, Lane SJ, Murray EA. Sensory Integration: Theory and Practice. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2002.



Când se stimulează funcțiile motorii, este important a se lua în considerare alte componente de dezvoltare și să se investigheze influențele lor reciproce asupra învățării motorii.

STRATEGII PENTRU STIMULAREA ÎNVĂȚĂRII MOTORII

Copilul își ajustează comportamentul motor în raport cu ceea ce vede și unde se află în raport cu un anumit obiect. Funcțiile vizuale sunt asociate cu activitatea de control al capului și gâtului, funcția mâinii și capacitatea de a învăța și de a dobândi abilitățile necesare pentru următorul nivel de dezvoltare.

Numeroase studii indică faptul că dezvoltarea unui copil cu dizabilități de vedere și cu dificultăți de dezvoltare asociate este însoțită de o întârziere în stabilirea controlului segmentelor corpului și a mișcării (1-3), care începe cu debutul dezvoltării mișcărilor voluntare (4). Dacă oferim unui copil cu dizabilități de vedere și dificultăți de dezvoltare suplimentare un obiect cu conținut vizual interesant, copilul cu un nivel incipient al dezvoltării nu are, de obicei, o percepție vizuală despre sine în legătură cu obiectul și nu va demonstra funcțiile de atingere, prindere și explorare a obiectului. Din cele de mai sus rezultă că lipsa percepției vizuale la o vârstă timpurie de dezvoltare reduce motivația copilului de a explora mediul. Copilul dobândește experiența mișcărilor simple și stereotipe, ceea ce împiedică succesiunea normală a controlului posturii și verticalității segmentelor corpului.

Este important să se ia în considerare toate componentele dezvoltării atunci când se stimulează funcțiile motorii la un copil cu dizabilități de vedere și dificultăți de dezvoltare suplimentare. Prin urmare, stimularea adecvată a funcțiilor motorii necesită integrarea mișcării și apoi a mișcărilor cu componentele legate de aspecte ale văzului, cognitive, atenției și comunicării. Dacă un copil are o problemă motorie ca urmare a unei leziuni cerebrale, trebuie să se ofere sprijin adecvat pentru ca acel copil să aibă succes în desfășurarea activităților în alte zone de dezvoltare (5). Dacă activitatea motrică insuficientă este rezultatul dizabilității vizuale, a dificultăților de comunicare sau a dificultăților de învățare, prin adaptarea mediului și a mijloacelor de comunicare, copilul va prezenta un răspuns motor mai bun. Prin urmare, intervenția adecvată prin mișcare și activități de mișcare specifice nu ar trebui să fie direcționată doar către un aspect specific afectat, deoarece acesta nu funcționează niciodată separat de funcția sistemului general (6). Trebuie avut în vedere faptul că copiii învață despre mișcare prin experimentarea încercărilor și erorilor pentru că astfel dobândesc experiență despre mișcările eficiente pentru a atinge obiectivul dorit. Scopul intervenției ar trebui să fie creșterea gradului de adaptabilitate a mișcării, ceea ce înseamnă a oferi copilului posibilitatea de a alege în orice moment mișcarea specifică din repertoriul său de mișcări și apoi mișcările care îi vor permite să efectueze o anumită activitate (7).

[Stimularea funcțiilor motorii în decubit dorsal](#)

Stabilitatea corpului în poziție culcat începe să se dezvolte prin menținerea capului în linia mediană a corpului la vârstă timpurie. Pentru a facilita reținerea capului în linia mediană cu corpul, mâna părintelui poate fi așezată în zona sternului (imaginea 1). În funcție de funcționarea vizuală a copilului, se utilizează o țintă contrastantă vizuală în fața feței copilului pentru a păstra atenția asupra ei. Orientarea capului, trunchiului, brațelor și picioarelor spre linia mediană a corpului poate fi încurajată și poziționat pe coapsele părinților (imaginea 2), precum și în timpul activităților de îmbrăcare și dezbrăcare (imaginea 3). Orientarea corpului către linia centrală va facilita contactul dintre pumn-pumn, pumn-gură, pumn-coapsă și pumn-picior, ceea ce înseamnă că copilul își va crea conștientizarea propriului corp.



Imaginea 1. Încurajarea stabilității în poziția decubit dorsal (sursa: Mali dom - Zagreb)



Imaginea 2. Încurajarea orientării spre linia centrală a corpului așezat pe coapse (sursa: Mali dom-Zagreb)



Imaginea 3. Încurajarea orientării către linia mediană a corpului prin activitatea de îmbrăcare și dezbrăcare (8).

La copiii cu dificultăți vizuale și suplimentare aflați la o vârstă de dezvoltare timpurie, este necesar să se ofere obiecte în contact direct cu corpul copilului, de exemplu cu trunchiul, pentru ca el să primească informații tactile specifice despre locația obiectului (Imaginea 4). Un obiect așezat pe trunchi îi permite copilului să aducă mai ușor membrele superioare către obiectul însuși. Obiectul oferit trebuie să aibă dimensiunea și forma corespunzătoare funcției de prindere. Este întotdeauna necesar să se aștepte inițiativa și întinderea copilului. Dacă lipsește, mâna copilului poate fi așezată pe mâna părintelui și obiectul poate fi introdus prin mâna părintelui. Este important să subliniem că obiectul nu este așezat niciodată direct în mână. Obiectul ar trebui să fie oferit în exteriorul mâinii sau sub vârful degetelor și să se ofere copilului timpul de ajustare necesar. Se mai pot folosi jucării foșnitoare, o minge, o jucărie cu vibrații sau mărgelile. După un anumit timp, se poate oferi un obiect tactil și / sau sonor în contact cu diferite părți ale corpului și copilul trebuie încurajat să ajungă la acesta (de exemplu pe abdomen, umăr, coapsă).



Imaginea 4. Atingerea unui obiect așezat pe stern (8)

Următorul pas este de a încuraja atingerea unui obiect interesant vizual și / sau audibil / tactil în fața corpului la o distanță de lungimea brațului copilului (Imaginea 5a). Când copilul a adoptat atingerea obiectului în linia mediană a corpului, se oferă obiectul peste linia mediană a corpului (Imaginea 5b), astfel încât, ajungând la el, copilul să se rotească pe lateral și pe abdomen. Dacă copilul nu are o vedere reziduală funcțională, este necesar să încurajăm atingerea în direcția obiectului care produce sunet.



Imaginea 5a și 5b. Atingerea unui obiect în linia mediană și peste linia mediană a corpului (sursa: Mali dom - Zagreb)

Stimularea funcțiilor motorii în poziție aplecată

Pentru a influența dezvoltarea controlului posturii corpului copilului, în poziție cu fața în jos este necesar să se încurajeze ridicarea capului de la sol și sprijinirea pe antebrațe și coate. În fața corpului, se pun obiecte interesante vizual și / sau audibil, care vor încuraja copilul să ridice



capul. Dacă copilul refuză să se întindă pe burtă, acest lucru poate fi încurajat și în brațele părinților (Imaginile 6a, 6b și 7).

Imaginea 6a și 6b. Încurajarea controlului capului cu o pernă senzorială și pe coapse (sursa: Mali dom - Zagreb)



Imaginea 7. Suport stimulant pe antebrațe și coate întinse pe burtă (sursa: Mali dom - Zagreb)

Când copilul are un sprijin stabil pe coate în timp ce stă întins pe burtă, oferiți un obiect tactil și vizual interesant în contact cu pumnii săi și încurajați-l să exploreze. Apoi încurajați-l să vă apropiați de un obiect interesant din punct de vedere vizual și / sau auditiv. Obiectul este oferit în fața capului în direcții diferite (stânga-dreapta, sus-jos) cu scopul de a transfera greutatea corporală, dar și de a regla mișcările capului copilului în direcția și brațului (Imaginea 8).



Imaginea 8. Încurajarea reglării mișcărilor capului cu fața în jos
(sursa: Mali dom - Zagreb)

Stimularea funcțiilor motorii în poziție șezândă

Controlul posturii capului și trunchiului poate fi încurajat printr-o poziție așezată în brațele părintelui sau pe o suprafață plană dură, cu sprijin fizic adecvat în zona trunchiului. În această poziție, copilul poate fi încurajat să ajungă la un obiect interesant vizual și / sau auditiv în direcții diferite (sus-jos, stânga-dreapta, în diagonală, lateral) (Imaginea 9). În poziție șezândă, copilul va alege cea mai reușită strategie pentru conectarea segmentelor corpului și menținerea centrului de greutate în baza suportului. Variabilitatea mișcării într-o poziție așezată poate fi încurajată prin atingerea unui obiect poziționat în direcții diferite (9, 10). Manipularea obiectelor în poziție șezândă va încuraja dezvoltarea cognitivă, precum și dezvoltarea comunicării (11).



Imaginea 9. Încurajarea controlului capului și trunchiului și apucarea unui obiect în brațele celorlalte persoane (8)

Când copilul este capabil să controleze capul și trunchiul într-o poziție șezândă, este încurajată o păstrare stabilă a poziției, cu cele două mâini ale copilului sprijinite pe sol. Treptat, sprijinul pe un singur braț este încurajat și, în cele din urmă, menținerea unei poziții șezânde cu mâinile libere. Atunci când un copil învață să stea independent, cu mâinile libere, este necesar să încurajăm atingerea și apucarea obiectelor, mai întâi în contact cu diferite părți ale corpului și apoi să ofere obiecte interesante vizual și / sau auditiv la distanța brațului în direcții diferite (Imaginea 10).



Imaginea 10. Explorarea obiectelor în poziție șezândă (sursa: Mali dom - Zagreb)

Atingerea unui obiect oferit din partea laterală a corpului îl va încuraja pe copil să se rotească spre o poziție de șezut lateral. Dintr-o poziție de șezut lateral, va putea trece într-o poziție în care să folosească picioarele sau să se poziționeze în genunchi (8).

Stimularea funcțiilor motorii în poziții mai solicitante

Copilul se poate deplasa în jurul spațiului prin rotația spate-laterală-burtică, pivotând pe abdomen, abdominal sau cu patru membre târându-se, prin îngenunchere sau mergând lateral sau mergând înainte. Este important să subliniem că spațiul în care se mișcă un copil cu dizabilități de vedere ar trebui să aibă întotdeauna aceeași dispunere a lucrurilor, astfel încât copilul să se poată orienta și să se miște mai bine în siguranță. Trecerea la o poziție în picioare poate fi încurajată prin pași îngenuncheați la stânga și la dreapta, ținând în același timp un suport stabil (imaginea 11).

Imaginea 11. Trecerea într-o poziție în picioare printr-un pas îngenuncheat (sursa: Mali dom - Zagreb)

Atingerea unui obiect în această poziție va adapta mișcărilor trunchiului, bazinului, picioarelor, ceea ce va fi importantă pentru merge (Imaginea 12). Când copilul a adoptat o plimbare poate sta singur și înainte, i se poate oferi un suport special pentru copii, pentru a-l ajuta să se orienteze în spațiu (Imaginea 13). Când merge independent, trebuie învățat orientarea în spațiu în funcție de reperele vizuale, sonore și tactile (8).



în direcții diferite
afecta varietatea și
capului,
brațelor și
fi o pregătire
când copilul va
Când copilul a
laterală și când
poate merge
un suport special
l ajuta să se



Imaginea 12. Încurajarea de a ajunge la un obiect din poziția în picioare (sursă: Mali dom - Zagreb)



Imaginea 13. Încurajarea orientării spațiale (sursa: Mali dom - Zagreb)

BIBLIOGRAFIE

1. Prechtl HF, Cioni G, Einspieler C, Bos AF, Ferrari F. Role of vision on early motor development: lessons from the blind. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2001;43(3):198-201.
2. Ricci D, Domenico M. R, Gallini F, Groppo M i sur. Early visual assessment in preterm infants with and without brain lesions: Correlation with visual and neurodevelopmental outcome at 12 months. *Early Human Development*,2011;87(3):177-182.
3. Kim J, Sung I.Y., Ko E.J. Jung M. Visual evoked potential in children with developmental disorders: Correlation with neurodevelopmental outcomes. *Annals of Rehabilitation Medicine*.2018;42(2):305–312.
4. Prechtl H.F. General movement assessment as a method of developmental neurology: New paradigms and their consequences. *Developmental Medicine and Child Neurology*.2001;43(12):836-842.
5. Salavati M, Rameckers E, Steenbergen B, Van Der Schan C. Gross motor function, functional skills and caregiver assistance in children with spastic cerebral palsy (CP) with and without cerebral visual impairment (CVI). *European Journal of Physiotherapy*.2014;16(3):1-9.
6. Gschwend G. Neurofiziološki temelji razvojne rehabilitacije. Akademija za razvojnu rehabilitaciju. Zagreb, 1998.
7. Ziegler S, Dirks T, Hadders-Algra M. Coaching in early physical therapy intervention: the COPCA program as an example of translation of theory into practice. *Disability and Rehabilitation*. 2018;41(15):1-9.
8. Špionjak J. Razvoj posturalne kontrole u djece s oštećenjem vida. In: Filipec M.i sur., editors. *Odabrana poglavlja u fizioterapiji – Postura*. Zagreb: Hrvatski zbor fizioterapeuta;2016; 45-61.
9. Dusing S, Harbourne R. Variability in Postural Control During Infancy: Implications for Development, Assessment and Intervention. *Physical Therapy*.2010;90:1838-1849.
10. Harbourne R, Stergiou N. Non linear Analysis of the development of sitting postural control. *Developmental Psychobiology*. 2003;42:368–377.
11. Lobo MA, Harbourne RT, Dusing SC, Westcott McCoy S. Grounding early intervention: Physical therapy cannot just be about motor skills anymore. *Physical Therapy*.2013; 93(1):94-102.

STRATEGII PENTRU ÎNCURAJAREA ABILITĂȚILOR DE ORIENTARE ȘI MOBILITATE

Orientarea și mobilitatea reprezintă un set de abilități sau concepte care, atunci când sunt stăpânite, permit unei persoane cu dizabilități de vedere să se deplaseze independent, sigur și eficient (1). În timp ce orientarea este capacitatea unei persoane de a determina poziția exactă a corpului său în spațiu în orice moment, mobilitatea este capacitatea de a stăpâni distanța de la punctul de plecare până la obiectiv (2). Orientarea și mobilitatea se bazează pe ipoteze conceptuale, cum ar fi relațiile spațiale (eu și obiectul), cunoștințele dobândite despre părțile corpului și înțelegerea direcțiilor - stânga, dreapta, sus, jos. Orientarea și mobilitatea se bazează, de asemenea, pe ipoteze biomecanice, cum ar fi o forță musculară suficientă și un control pentru sarcini precum deplasarea anumitor părți ale corpului și utilizarea în cele din urmă a unui baston alb.

Dacă un copil cu dizabilități de vedere și dificultăți de dezvoltare suplimentare atinge anumite ipoteze conceptuale și biomecanice, este cu siguranță necesar să fie inclus în programul de orientare și mobilitate.

Recomandări pentru stimularea abilităților necesare pentru orientare și mobilitate

0– 12 luni

- începeți cu stimularea vizuală de bază pentru a asigura integrarea atingerii, stimularea tactilă și reperatele sonore (dacă copilul are vâz și / sau auz rezidual); înconjurați copilul de jucării atractive din punct de vedere vizual și care produc sunete
- integrați stimulii vizuali cu activități precum cele de abilități motorii fine
- expuneți copilul la sunete caracteristice spațiului interior și exterior sau jucăriilor sonore și permiteți expunerea directă la sunet (sunet - sursă sonoră)
- expuneți copilul la diferite texturi, forme, mirosuri și introduceți treptat stimuli cu noi calități
- pentru achiziționarea schemei corporale utilizați la început jocuri simple de denumire și atingere a părților corpului
- permiteți copilului să se miște, cum ar fi să se lege în poziție culcat, să se rostogolească, să se întoarcă, să sară ușor
- implicați copilul în activitățile zilnice, încurajați explorarea mobilierului, a aparatelor și produselor de uz casnic, a alimentelor, a activităților casnice; denumiți obiectele și explicați pentru ce sunt și ce poate face copilul cu acel obiect

- permiteți mișcarea liberă și explorarea zilnică: extindeți spațiul copilului pentru a se potrivi cu abilitățile sale motorii grosiere. De exemplu, mai întâi un garduleț pentru copil, apoi mai târziu un colț în cameră etc. Puteți utiliza așa-numita „cameră mică” pentru ca micuțul să se familiarizeze, să exploreze spațiul și să învețe despre permanența obiectului
- dispunerea mobilierului trebuie să fie întotdeauna aceeași
- îndepărtați articolele nesigure sau fragile și înlocuiți-le cu articole interesante utilizate zi de zi
- introduceți o rutină zilnică previzibilă.

1 – 2 ani

- dacă copilul are vedere reziduală, continuați să utilizați obiecte atractive din punct de vedere vizual pentru a-l încuraja să ajungă la ele și să-și dezvolte abilitățile motorii fine
- începeți cu abilități mai complexe incluzând utilizarea vederii în sarcini care implică abilități motorii (jocuri de prindere, etc.)
- determinați distanța maximă la care copilul poate observa obiecte mai mari și încurajați dezvoltarea vederii la distanță
- ajutați copilul să producă el însuși sunetul, oferiți-i nume simple și clare pentru sunetul pe care l-a auzit și dați-i un anumit sens
- utilizați marcaje de diferite texturi pentru a indica, de exemplu: dulapul, mobilierul, cutiile cu conținut diferit, etc.
- expuneți copilul la mirosuri alimentare noi și familiare; numiți-le și încercați mai târziu să îl învățați să distingă mirosuri simple, învățați-l cum să miroasă
- permiteți copilului să se miște zilnic; învățați-l cum să folosească jucăriile care îl înconjoară și jucăriile care îl ajută să se miște mai sigur
- continuați cu jocuri în care copilul arată părțile corpului la cerere
- jucați jocuri de căutare a obiectelor ascunse pentru a dezvolta noțiunea de permanență a obiectelor
- încurajați copilul să exploreze camerele și mobilierul din ele, aparatele, tacâmurile; denumiți obiecte și descrieți ce li s-a întâmplat (de ex. „am acoperit vasul” sau „am închis ușa frigiderului”)
- creșteți numărul de situații în care copilul este direct implicat în diferite treburi gospodărești, de ex. ajutarea la pregătirea mesei, turnarea băuturilor etc.

- în condiții de aer liber, oferiți copilului șansa de a experimenta trotuare, borduri, mers pe stradă, viraje, folosirea mijloacelor de transport și experimentarea diferitelor condiții meteorologice
- oferiți copilului oportunități regulate de a încerca și de a îmbunătăți abilitățile de mișcare la viteze diferite - mersul pe jos, alergarea într-un spațiu familiar interior și exterior (curte, locuri de joacă, peluze mari, camere de joacă mari)
- învățați copilul trasee mai scurte către destinația dorită, cu caracteristici clare, în funcție de activitățile cunoscute și dorite (baie, zonă de joacă, bucătărie, CD player)
- încurajați planificarea abilităților motrice ajutând copilul cu următoarele acțiuni: deschiderea dulapurilor, închiderea sertarelor, târării sub mobilier și peste obstacole (poligoane).

2 – 3 ani

- extindeți și actualizați împreună cu copilul cunoștințele deja existente legate de sunetele din mediu; discutați cu copilul pe scurt și clar despre calitățile sunetelor (înalt, scăzut, puternic, liniștit) și de unde provin (departe, aproape, departe - în spate, departe - în față)
- încurajați copilul să împerecheze diferite obiecte tactile, denumiți textura de sub picioarele și mâinile copilului; de exemplu. mingea - netedă
- expuneți copilul la diferite mirosuri și la sursa lor, apoi asociați conceptele cu mirosul specific și cu locația, de ex. magazin de flori, cabinet medical, benzinărie, panificație etc.
- extindeți numărul de sarcini pe care copilul le poate face singur (de exemplu, scoaterea pantofilor, îmbrăcarea tricoului)
- învățarea conceptelor și caracteristicilor de mediu mai complexe (luarea copilului pe stradă, la trecerea de pietoni, ascultarea traficului, comentarea sunetelor care indică faptul că este sigur să traversezi strada, avertizați copilul despre ce ar însemna fiecare sunet pentru siguranța sa ; ce repere sunt necesare pentru ca copilul să știe cu siguranță unde se află; traversarea liniei tramvaiului, intersecții cu semafoare sonore și fără semafoare sonore)
- oferiți copilului posibilitatea de mișcare zilnică prin mers, alergare, cățărare, sărituri, depășirea obstacolelor, jocul pe o trambulină, leagăn, piscină, loc de joacă pentru copii
- continuați cu jocuri care implică denumirea părților corpului și introducerea denumirilor mai complexe, cum ar fi încheietura mâinii, taliei, șoldurilor, umerilor, gleznei etc.

- în activitățile cu copilul, integrați o înțelegere a propunerilor spațiale (în, din, în spate, în față, în jos), cerințe în raport cu mediul, de exemplu „Există o lingură în fața ta, ia-o”.
- încurajați diferite modele de mișcare în jocurile de dexteritate cu copilul: mișcări de dans, elemente de gimnastică - rostogolire înainte, sărituri, sărituri de la o înălțime mai mică, mers înapoi.

Cum și cu ce obiective programul de orientare și mobilitate va fi implementat va depinde de funcțiile vizuale, motorii și cognitive ale copilului. Datorită dificultăților lor motorii sau cognitive, unii copii nu vor putea achiziționa anumite componente ale orientării și mobilității (de exemplu, folosirea bastonului alb), dar de îndată ce copilul începe să se miște, trebuie să-i permitem să se deplaseze sigur și cât mai intenționat posibil.

BIBLIOGRAFIE:

1. Mršić V. Orijentacija i mobilitet u Hrvatskoj: obučavanje slijepih i slabovidnih za neovisno kretanje. Zagreb: Hrvatska udruga za školovanje pasa vodičai mobilitet; 1995.
2. Runjić T, Fulgosi Masnjak R, Mlinarić I. Orijentacija i kretanje slijepih: drvoredi kao orijentiri. Agronomski glasnik. 2004;3-5.

STRATEGII DE STIMULARE A ABILITĂȚILOR DE COMUNICARE

COMUNICAREA PRE-LINGVISTICĂ

DEZVOLTAREA VORBIRII ȘI LIMBAJULUI

REZUMAT

Majoritatea programelor de intervenție timpurie în domeniul comunicării vizează tocmai încurajarea stabilirii și diseminării interacțiunii, utilizarea și generalizarea mijloacelor și funcțiilor de comunicare, precum și observarea și încurajarea abilităților de atenție conjugată.

Copiii cu dizabilități de dezvoltare urmează etapele de dezvoltare tipică a comunicării, dar dezvoltarea lor poate fi încetinită sau se poate opri la o anumită etapă de dezvoltare.

Crearea unui mediu bogat de comunicare, cu o abordare multimodală (gest, imagine, mișcare, tehnologie) creează condițiile prelabile adecvate pentru achiziționarea vorbirii și dezvoltarea limbajului.

DEZVOLTAREA ABILITĂȚILOR DE COMUNICARE: PERIOADA PRE-LINGVISTICĂ

Copilul se naște ca ființă prosocială și de la bun început este în mare parte dirijat de semnale sociale (1). Toți sugarii comunică prin plâns, zâmbet, mișcări ale corpului și alte comportamente nonverbale. Prin interacțiuni succesive, părinții, familia și oamenii din jurul lor interpretează semnificația acestor semnale și răspund la ele. Prin aceste interacțiuni timpurii, nou-născuții descoperă că comportamentul lor are un efect puternic asupra celor din jur și astfel dezvoltă modalități din ce în ce mai eficiente de comunicare. Dezvoltarea abilităților de comunicare le permite copiilor să-și controleze lumea socială și emoțională și să stabilească relații cu ceilalți.

Perioada de dobândire a abilităților pentru o comunicare de succes se numește comunicare timpurie (de la 0 la 6 ani) și se suprapune pe copilăria timpurie. Comunicarea timpurie include perioada prelingvistică (0-2) și perioada comunicării lingvistice timpurii (2-6) (1).

În perioada prelingvistică, au loc tranziții importante de dezvoltare - de la comunicare pre-intenționată la comunicare intenționată, adică punctul de cotitură în care copilul își transmite conștient și intenționat mesajele către mediu, precum și de la comunicare pre-simbolică la simbolică - de la forme mai simple (plâns, privire, expresie a feței) la tot mai complexe (cuvinte, semne, forme de propoziții cu toate trăsăturile și regulile lingvistice).

Putem urmări această perioadă și prin dezvoltarea mijloacelor de comunicare deja menționate (2); în timpul primului an de viață, apar și se dezvoltă diverse comportamente de comunicare prelingvistică. Vorbirea formală este precedată de un întreg sistem complex de comunicare nonverbală între copil și îngrijitor. Înainte de a rosti primul său cuvânt și de a dezvolta comunicarea lingvistică, copilul se exprimă deja în multe moduri diferite: prin mișcare, râs, plâns, modificări musculare - tensiune și relaxare a corpului, atingând și arătând gesturi, expresii faciale, imitații, comportamente diverse, cum ar fi respingere, acceptare și altele similare (3). Este important de reținut că toate sistemele din diferitele etape ale vieții copilului se dezvoltă în corelație cu alte componente de dezvoltare.

Mai mult, urmărim perioada comunicării timpurii prin dezvoltarea funcțiilor de comunicare - imperative și declarative. La început, nevoia copilului de comunicare va fi marcată în principal de un semn imperativ - să comunice pentru a-și satisface propria nevoie actuală. Cu toate acestea, foarte repede această comunicare capătă caracterul declarativității, adică comunicarea în scopul schimbului de informații și al schimbului de experiențe, care este de fapt esența comunicării (4).

După cum s-a menționat deja, vorbirea formală este precedată de o serie de comportamente de comunicare prelingvistică care stau la baza vorbirii pentru unii copii, în timp ce pentru copiii cu dificultăți de dezvoltare a vorbirii și a limbajului poate servi drept suport, dar și ca mijloc de comunicare, ca înlocuitor al vorbirii. Copiii învață despre comunicare trimițând semnale și monitorizând reacțiile mediului și reacționând din nou. Nevoia de a aplica diferite strategii are ca scop crearea unei game largi de repertorii de comunicare din care copilul să poată alege un mod de comunicare care să se încadreze în capacitățile și nevoile sale. Deoarece baza dezvoltării comunicării este interacțiunea, în primul rând cea pe care copilul o stabilește cu cei din jurul său, strategiile de încurajare a abilităților de comunicare trebuie să se bazeze pe stabilirea unei relații de bază, menținerea și extinderea acesteia.

Strategii de încurajare

a) Încurajarea contactului

La cea mai fragedă vârstă, primul contact se face între mamă și copil în brațele mamei în timpul alăptării. Copilul se simte în siguranță în brațele mamei, simte atingerea și mișcările ușoare ale respirației mamei, află că mama răspunde la semnalele și comunicarea sa. Chiar și atunci, contactul vizual dintre mamă și copil se dezvoltă când copilul se uită la mamă cu o privire fixă. În această perioadă, în funcție de funcționarea vizuală a bebelușului, mama poate accentua trăsăturile feței cu machiaj pentru a sublinia contrastele și se recomandă, de asemenea, ca bebelușul să fie ținut pe ambele părți ale corpului în timpul alăptării sau hrănirii cu biberonul pentru a stimula reflexul de supt din ambele direcții. La o vârstă fragedă, comunicarea copilului progresează, se uită mai mult la fețe, începe să urmărească expresiile faciale, răspunde cu un zâmbet sau plânge la informații din exterior, observă schimbările din mediu, mișcările părinților, sunete etc. La o vârstă fragedă este necesar să se răspundă la contactul vizual al copilului prin privire reciprocă și folosirea diferitelor jocuri vocale (cu voce, gângurit, silabe etc.), este important să i se zâmbească, să-i se ofere jucării lângă corpul său și să i se imite semnalele de comunicare și să se numească obiecte.

b) Stimularea expresiei corporale și utilizarea gesturilor

Copilul comunică cu întregul corp, se îndepărtează, încearcă să se întoarcă, să apuce o jucărie etc. În prima perioadă este necesar să-l încurajăm prin intermediul diferitelor melodii ca să arate părțile corpului și schimbarea tonurilor, iar dacă ridică mâinile este necesar sprijinul și se poate afirma „Vrei în sus”; trebuie descrise acțiunile pe care le face copilul și anunțate pe scurt acțiunile celui care interacționează cu copilul. Se poate implementa un joc de ascundere cu pânza sau se pot juca alte jocuri cu copilul pe podea, la nivelul său. I se poate prezenta o jucărie la îndemâna brațelor sale pentru a-l face să se îndrepte spre ea. În această perioadă,

copilul dezvoltă gesturi spontane și învață anumite gesturi prin imitație și activitățile pe care le face. Gesturile sunt cel mai adesea legate de activitățile de zi cu zi: mâncare, băutură, salut de la revedere etc. Gestul deictic este cel mai frecvent utilizat în perioada de comunicare prelingvistică (5). Folosirea unui gest îi permite copilului să-și exprime mai ușor nevoile și, de asemenea, să efectueze anumite activități pe care le dorește și reduce frustrarea, deoarece gestul susține interacțiunea. Se poate dezvolta interacțiunea prin jocuri care sunt plăcute pentru copil și folosesc o schimbare echilibrată (eu - tu) în jocuri (jocuri cu cărți ilustrate, cântece, jucării etc.). Dezvoltarea unor astfel de jocuri relevă intenția copilului, reacții verbale și non-verbale coordonate, reacție dinamică și oferirea copilului oportunității de a răspunde. Copilul din a doua jumătate a primului an descoperă că comportamentul său are un impact asupra mediului, descoperă formele de comunicare care stau la baza dezvoltării vorbirii.

c) Atenție conjugată

Alte linii directoare importante pentru stimularea dezvoltării comunicării se bazează pe încurajarea abilităților de atenție comună, în urma dezvoltării sale naturale (6). Atenția conjugată servește ca bază pentru dezvoltarea competențelor de comunicare și stă la baza dezvoltării abilităților sociale și cognitive timpurii (7). Aceste abilități încep să se dezvolte la vârsta de 9 luni, când un copil începe să împărtășească atenția cu un adult, urmând doar atenția unui partener de comunicare între 11 și 14 luni. Între 13 și 15 luni, un copil direcționează atenția unui adult. Apariția acestor abilități este vizibilă atunci când copilul începe să urmeze privirea sau gestul arătător al altcuiva, apoi în diferite moduri atrage atenția celorlalți asupra activităților dorite și arată sau aduce obiecte cu dorința de a împărtăși experiența. El începe să vadă alți oameni ca fiind intenționate, precum și pe el însuși, astfel încât comportamentele altor persoane față de obiectele externe pot fi urmărite, direcționate sau împărtășite. Modalitățile prin care se poate încuraja atenția conjugată este prin inserarea în aria de interes al copilului, imitarea a ceea ce face el, comentarea acțiunilor și indicarea obiectului de interes. Pentru a încuraja abilitățile de comunicare, este întotdeauna important să urmezi îndrumarea copilului în timp ce își dezvoltă interesele, iar mediul trebuie să fie întotdeauna cu funcția de a încuraja comunicarea și interacțiunile sociale.

Capacitatea de a iniția și menține interacțiunea socială este crucială pentru dezvoltarea ulterioară, pentru stabilirea și menținerea relațiilor cu cei din jur. S-a demonstrat că responsabilitatea partenerilor de comunicare față de comportamentul potențial comunicativ al sugariilor și copiilor cu dizabilități (vârste de la naștere până la 3 ani) influențează dezvoltarea ulterioară a comunicării și a devenit o componentă crucială a strategiilor de intervenție (8).

GLOSAR

Funcții de comunicare declarative = scopul acestor funcții este de a împărtăși experiențe, cel mai adesea sub formă de comentarii

Funcții imperative de comunicare = scopul acestor funcții este realizarea unui scop fizic, cel mai adesea sub formă de cereri (căutarea obiectelor, activităților, persoanei)

Comunicare intenționată = o perioadă de dezvoltare a comunicării în care copilul este conștient că comportamentul său va afecta mediul, adică trimite intenționat mesaje

Comunicare pre-intenționată = o perioadă de dezvoltare a comunicării în care copilul nu este conștient de faptul că comportamentele sale afectează alte persoane și mediul „ghicește” care sunt nevoile în funcție de comportamentul copilului

Atenție conjugată = capacitatea copilului de a direcționa atenția împreună cu o altă persoană către același obiect de interes

BIBLIOGRAFIE

- 1) Ljubešić M, Capanec M. Early communication: what is the secret?. Logopedija. 2012;3(1):35-45.
- 2) Ljubešić M. Rana intervencija kod komunikacijskih i jezično-govornih odstupanja. Paediatrica Croatica. 2012;56(1):202-206.
- 3) The Signo Foundation. Deafblindness: Basic principles - A parent's manual. Oslo: The Signo Foundation, 2000.
- 4) Blaži DR. Komunikacijski poremećaji – iskustva i mogućnosti. Paediatrica Croatica. 2016;60(1):160-166.
- 5) Ljubešić M. Stimulacija emocionalnog razvoja djece. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2005;1(2):1-6.
- 6) Carpenter M, Nagell K, Tomasello, M. Social cognition, joint attention, and

Communication competence from 9 to 15 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1998;4(255):170-174.

- 7) Lieberman AM. Eye gaze and joint attention. *Visual Language and Visual Learning Science of Learning Center*. 2012;5:1-6.
- 8) Stephenson J. Dowrick M. Parents' perspectives on the communication skills of their children with severe disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 2005;30(2):75-85.

DEZVOLTAREA VORBIRII ȘI A LIMBAJULUI

Comunicarea pune bazele pe care se construiesc achiziția limbajului și dezvoltarea vorbirii. Având în vedere faptul că comunicarea prelingvistică este fundamentul și temelia de sprijin a dobândirii limbajului, este important să se monitorizeze și să se observe toate acele distorsiuni timpurii înainte ca să se aștepte momentul în care copilul începe să vorbească. Părinții nu observă adesea aceste distorsiuni timpurii, deoarece se concentrează pe apariția vorbirii, iar multe decalaje de comunicare sunt interpretate ca și caracteristici ale personalității copilului, încăpățănare, dezinteres, nu dificultate (1).

Decalajele de comunicare sunt observate în perioada prelingvistică timpurie și sunt foarte vizibile prin comportamentul atipic al copilului care poate prezenta un interes redus față de alte persoane, nu utilizează comunicarea sau are mijloace specifice de comunicare și comunică doar pentru un număr limitat de funcții de comunicare. Tulburările de limbaj, pe de altă parte, se manifestă prin caracteristici complet diferite. Observăm dezvoltarea limbajului prin dezvoltarea limbajului receptiv, care poate face referire la înțelegerea lexicală și situațională, precum și la expresia lingvistică. Conform perioadei de apariție, împărțim limbajul expresiv în perioade pre-lingvistice (pre-expressive) și lingvistice (expressive) cu repere de dezvoltare însoțitoare care ne indică o posibilă dezvoltare ordonată sau deviată (2) (vezi Anexa 5).

Astfel, Oller și colab. (3) au afirmat că apariția întârziată a silabelor canonice (producerea unei serii de silabe cu aceeași structură vocală sau diferită care are loc de obicei între lunile 7-10) poate fi un semn de avertizare pentru întârzierile în dezvoltarea limbajului.

Este important să deosebim înțelegerea lingvistică de expresia lingvistică la copii, deoarece dacă există dificultăți în limbajul receptiv, acestea se reflectă întotdeauna și în expresia lingvistică (4). Cu toate acestea, dificultățile în exprimarea limbajului pot apărea și „izolat”, adică este posibil ca un copil care are un vocabular expresiv slab și / sau vorbește agramatic să nu aibă dificultăți în înțelegerea limbajului.

Vorbirea este o realizare acustică a limbajului și este cea mai prezentă pentru că este auzită. Părinții așteaptă cu nerăbdare apariția vorbirii cu mare interes și uneori cu nerăbdare, iar orice abatere sub formă de întârziere sau de neînțelegere este recunoscută rapid și deseori solicită sprijin sau sfaturi profesionale.

La copiii cu dizabilități de dezvoltare precoce, este important să se încurajeze atât dezvoltarea prelingvistică timpurie, cât și dezvoltarea vorbirii - limbajului și să se înceapă cât mai devreme posibil prin crearea unor modele de interacțiune timpurie părinte-copil și să se asigure un anumit nivel de stimulare zilnică prin activități repetitive sau rutine zilnice. Este necesară

continuitatea monitorizării, care va asigura calitatea intervenției prin consiliere parentală și sprijin profesional direct implementat în lucrul cu copilul.

Stimularea dezvoltării limbajului timpuriu

a) Vorbirea orientată spre copil

În perioada de dezvoltare timpurie, mediul se adaptează spontan la copil folosind vorbirea orientată spre copil; așa-numita vorbire „a mamei” sau „a vorbi cu bebelușul” (4) se caracterizează printr-un ritm mai lent, mai pronunțat, o voce mai înaltă, cântătoare, veselă, cu variații mai frecvente, cuvinte mai scurte și mai simple, cu substituții onomatopice frecvente. Importanța afirmațiilor aparent lipsite de sens și de neînțeles ale copilului (voce, silabă, jargon) sunt subliniate și susținute de mediul înconjurător care apoi le imită și le interpretează semnificația. Cu feedback sensibil, copilul va prefera să repete și să fie motivat să vocalizeze, deoarece se simte bine, are succes și este încurajat să participe la interacțiune. Există, de asemenea, pauze frecvente în discurs care subliniază o parte importantă, care oferă copilului suficient timp pentru a procesa informațiile din vorbire. De asemenea, o pauză oferă copilului posibilitatea de a completa o declarație pe cont propriu. Acest mod de a se comporta este, de asemenea, foarte important pentru copiii cu dificultăți de dezvoltare, unde situația particularizată emoțional și modul de exprimare vor trezi mai repede interesul și se va concentra pe partenerul de vorbire și / sau pe obiectul interesant pe care acesta îl oferă copilului.

b) Expuneți copilul la o „baie de vorbire”

Copiii cu dizabilități de dezvoltare și, în consecință, întârzieri în dezvoltarea comunicării sunt, în general, mai lipsiți de stimuli de vorbire și limbaj din mediu. Motivul pentru acest lucru este probabil că, datorită naturii dificultăților lor, aceștia arată un nivel scăzut de reacție, astfel încât părinții își pierd motivația mai repede sau cred că copilul nu-i poate înțelege sau nu-i poate înțelege deloc și nu văd necesitatea unei astfel de încurajări. Cu toate acestea, este extrem de important să se discute situații de zi cu zi, rutine sau ritualuri în care copilul participă prin propoziții scurte și clare și un vocabular simplu. Primele situații pe care un copil începe să le înțeleagă fie prin enunț, fie prin participare sunt tocmai acele situații care apar cu un anumit ritm și regularitate. Este extrem de util să se folosească un gest sau orice alt mijloc de sprijin în comunicare, deoarece acestea pot îmbunătăți și nivelul de înțelegere. De exemplu, în timp ce copilul face baie, se pot indica părțile corpului copilului cu un burete și se pot denumi. Se pot face comentarii de genul: „Acum vei face baie, faci baie! Ooo, îți place să faci baie. Bravo!” Pe parcurs, se poate arăta sau oferi copilului un obiect cunoscut care poate fi un enunț pentru activitatea în sine, de ex. o rață, un burete, un item parfumat pe care copilul îl poate mirosi. Se

mai poate spune și arăta cu gesturi: „Vrei mai mult! E suficient, s-a terminat.” Se poate folosi această metodă de comunicare și în alte rutine (hrănire, ieșire, culcare, îmbrăcare, dezbrăcare etc.)

c) Încurajarea gesticulării

Gestul este un suport pentru înțelegerea și exprimarea limbajului și, prin urmare, trebuie utilizat pe scară largă în interacțiunea și comunicarea cu copilul. Un gest îndreptat către o altă persoană (gest de comunicare) este, de asemenea, o formă de exprimare a limbajului non-verbal. Astfel, în timpul jocului / activității / comportamentului spontan imitați mișcările copilului și dați-le sens, de exemplu, dacă copilul se apropie de un obiect, afirmați „Da, asta dorești” sau, atunci când se leagă, spuneți „Dansezi acum”. Încurajați situațiile naturale și prin gesturi, de ex. în cântece bateți din palme ritmic sau apreciați-l și spuneți: Bravo! Faceți un semn la plecare și încurajați copilul să facă aceeași mișcare. Folosiți adesea gesturi de indicare și încurajați copilul să facă același lucru în funcția de a arăta spre ceva care a fost numit, de a obține obiectul dorit sau de a comenta, de exemplu: „Există o mașină aici! Vedeți, un avion zboară deasupra, etc.,. Folosiți gesturi iconice care imită aspectul unui obiect sau o acțiune pe care se poate efectua, de exemplu: „Vrei o tobă? “- atingând alternativ palmele,, Vrei o carte ? „- deschizând palmele îndoite ca deschiderea paginilor unei cărți etc. Utilizați gesturi convenționale urmărind contextul actual de comunicare, de exemplu gesturi pentru mai mult, gata, mâncați, beți, dați, nu. Este important să explicăm fiecare gest și verbal. La un copil cu dizabilități de vedere și / sau dificultăți motorii, învățarea gestuală poate fi încurajată prin mișcare ghidată și sprijin fizic adecvat (mână în mână) pentru a face copilul să devină mai conștient de mișcare. Jocurile de vorbire-ritm sunt un exemplu de legătură între vorbire, mișcare și gest (vezi Anexa 6).

d) Încurajare prin joc

Jocul este principala modalitate de a învăța despre sine, despre ceilalți și despre mediu; este universal, cunoscut tuturor copiilor, instinctiv și o parte esențială a creșterii și formării unei personalități (5). Cu toate acestea, de multe ori trebuie să îi ajutăm pe copiii cu dizabilități să creeze un joc și să le oferim posibilitatea de a participa activ și de a învăța. Jucându-ne cu copilul, încurajăm limbajul receptiv și expresiv.

Limbaj receptiv

În timpul jocului este de dorit să se urmărească interesul copilului și să se concentreze în „focusul” acestuia. Este important să i se imite acțiunile și să fie actualizate prin mișcare, voce și cuvânt. Încurajând explorarea și manipularea prin comunicarea cu jucării sonore atractive și colorate, lucrăm pentru a direcționa atenția copilului și a numi ceea ce vedem, atingem sau auzim. Însă trebuie luată în considerare și posibila aversiune a copilului față de anumite

materiale, sunete puternice, bruște etc. Astfel, simplificând cerințele, vorbind „mai puțin” și cu instrucțiuni clare și concise încurajați căutarea sau recunoașterea reacțiilor copilului, de exemplu „Dă-mi o minge, un urs“ sau utilizați alte obiecte cunoscute din experiența anterioară, cum ar fi o sticlă sau un capac și așteptați, oferind suficient timp pentru reacție. Adesea, copiii cu dizabilități de dezvoltare au nevoie de mai mult timp pentru a prelucra informațiile. Numiți printr-un singur cuvânt persoane, obiecte, acțiuni atunci când copilul este concentrat asupra acestuia pentru că altfel cuvintele își pierd sensul. Pe lângă indicarea obiectului sau a persoanei numite, pentru o mai bună înțelegere folosiți alte mijloace în funcție de abilitățile copilului (obiectul real, acțiunea, imaginea, cuvântul scris). Folosiți propoziții scurte, simple, cu repetarea unei situații sau a unui joc, ținând cont dacă copilul înțelege sau nu. Dacă este necesar, oferiți sprijin fizic direcționând atenția vizuală și / sau mâna copilului pentru a ajunge sau a arăta obiectul numit. Pot fi create diferite cutii, de exemplu: jucăriile mele, baie, obiecte de zi cu zi, primăvara cu obiecte / jucării corelate tematic pentru a încuraja explorarea, jocul funcțional și achiziționarea unui vocabular receptiv (de exemplu jocul vezi Anexa 7). În plus față de înțelegerea lexicală, trebuie să încurajăm înțelegerea situațională prin ordine cu o singură silabă sau cu mai multe silabe care însoțesc situația jocului, de exemplu „Ia asta - Dă-mi“ sau „Întâi eu apoi tu” prin jocul schimbului, pentru exemplu umflarea baloanelor sau punerea mingii într-o cutie, oferirea bebelușului o suzetă, așezarea în pat și așa mai departe. În învățarea inițială pentru a înțelege ordinea dată, mai întâi efectuăm acțiunea și apoi încurajăm copilul să imite cu diferite niveluri de sprijin.

Limbajul expresiv

Imitați vocalizările copilului și răspundeți la acestea tot cu vocalizare, deoarece este, de asemenea, un joc de schimb și atrageți astfel atenția asupra dumneavoastră în calitate de partener de comunicare. Pentru o mai bună imitație este întotdeauna bine să începeți cu sunetele P, B, M, deoarece acestea sunt ușor vizibile datorită formării lor pe buze, fiind bilabiale. Asociați aceste sunete cu, de exemplu, sunete pe care animalele le fac ca muuuu-muuuu sau beeeee-beeeee sau cu un gest de pauză - pauză pentru a încuraja expresia cu sens. Este util să încurajăm pronunția cuvintelor mai simple, cu două silabe, precum și a cuvintelor apropiate, cunoscute din experiență, a jucăriilor și a persoanelor apropiate.

Încurajați și consolidați expresii mai scurte (este acolo, dă-mi, nu, mai mult, gata) și onomatopee, adică imitarea sunetelor (animale, mijloace de transport, diverse fenomene naturale). Utilizați cuvinte „distractive” cât mai des posibil într-un context de comunicare naturală, deoarece se rețin repede și se pot repeta ușor, de exemplu în timpul unei mese când mâncarea este plăcută spunem „Ce bun“ sau când nu este spunem „Nu-i bun“, când aruncăm

ceva ce spunem „Of“ sau „Ups“, când un copil coboară pe tobogan spunem „Wow“ și așa mai departe. Aceste situații sunt amuzante, atractive pentru copil și îi place să le repete, mai ales dacă sunt însoțite de o implicare emoțională accentuată (6).

Petreceți timp cu copilul folosind cărți ilustrate sau povești scurte cu imagini, deoarece acestea sunt o sursă bogată de cuvinte noi. Puteți numi cuvinte noi în timp ce utilizați gesturi de indicare și dramatizare, puteți acționa, imita cu vocea dvs., cânta cântece despre un personaj dintr-o carte ilustrată. Numiți o acțiune legată de activitatea curentă a copilului (scăldat, jucat, cântat la un instrument, mâncat, băut etc.). Diferite figurine, păpuși și modele pot fi folosite în jocul cu copilul, imitând diverse acțiuni cu jucăria, de exemplu păpușa mănâncă, stă, doarme, se scaldă etc.

Este important să subliniem că nu întrerupem niciodată copilul în expresia sa spontană, nici nu îl corectăm sau comentăm negativ, ci îl ascultăm și apoi îi arătăm modelul corect de vorbire. Există, de asemenea, opinii că unele abordări bazate pe referire directă, comenzi, repetare forțată pentru ca un copil să pronunțe un cuvânt nu ajută dezvoltarea vorbirii copilului. Copiii au nevoie de oportunități de a exprima cuvintele și propozițiile pe care le vor pronunța dacă și când sunt gata să facă acest lucru (7).

GLOSAR

Vocalizări canonice = producerea unei serii de silabe cu aceeași structură vocală sau diferită, de ex. da-da, ma-ma

Înțelegerea lexicală = înțelegerea vocabularului, independent de suportul situațional

Înțelegerea situațională = se bazează pe înțelegerea caracteristicilor situației, trăsăturilor prozodice ale vorbirii, expresiei faciale și gesturilor și nu în primul rând pe cunoașterea lingvistică și înțelegerea cuvântului rostit efectiv.

Limbaj receptiv = se referă la capacitatea de a înțelege mesajele în formă de limbaj.

Limbaj expresiv = se referă la capacitatea de exprimare lingvistică, producerea limbajului. Aceasta implică modelarea cuvintelor (vocabular) și combinarea lor în expresii simple, din două părți și apoi mai complexe, totul până la utilizarea complet corectă a gramaticii.

BIBLIOGRAFIE

1. Ljubešić M. Rana intervencija kod komunikacijskih i jezično govornih odstupanja. *Pediatria Croatica*. 2012;56(Supl 1):202-206
2. Kraljević JK. Priručnik za prepoznavanje i obrazovanje djece s jezičnim teškoćama. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2015.
3. Lisica D: Vodič za prepoznavanje djeteta usporena govorno-jezičnog razvoja. Split, 2008.
4. Capanec M. Rani razvoj komunikacije i jezika. Neobjavljeni edukacijski materijal iz Razvojna procjena djece u dobi od 0-6 godina. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2011.
5. Poliklinika za zaštitu djece i mladih grada Zagreba djece. Zašto je igra važna za razvoj djece. Dostupno na: <https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno teme/zasto-je-igra-vazna-za-razvoj-djece/>. Pristupljeno mrežnoj stranici 9.4.2020.
6. Sussman F. More than words. Toronto: A Hanene centre publication, 2004.
7. Kovačević M. Psihologija, edukacija i razvoj djeteta. Zagreb: Školske novine, 1991.



STRATEGII DE SPRIJIN CONFORM PRINCIPIILOR ÎNVĂȚĂRII ACTIVE

REZUMAT

Abordarea învățării active pune accentul pe crearea unor medii adecvate și îmbogățite din punct de vedere al dezvoltării, astfel încât un copil cu dizabilități de vedere și dificultăți de dezvoltare suplimentare să devină un participant activ în procesul de învățare.

În timp ce abilitățile de învățare ajută la învățarea modului cum se face ceva, învățarea conceptelor ajută la învățarea de ce se face ceva.

Când învață o nouă sarcină sau activitate, toți copiii trec prin etapele unui ciclu de învățare dinamic.

Abordarea învățării active este o abordare educațională dezvoltată de dr. Lilli Nielsen (1926-2013), care, în calitate de psiholog specializat în dezvoltare și educator preșcolar, a lucrat cu persoane cu dizabilități multiple peste 40 de ani.

Această abordare reprezintă o abordare globală a învățării persoanelor cu dizabilități severe și multiple. Abordarea activă de învățare nu se adresează doar instrumentelor și echipamentelor specifice, ci include și evaluarea, programa, echipamentele special concepute și strategiile de predare care susțin elevii să fie activi în mediul lor. Abordarea activă de învățare se bazează pe nivelurile de dezvoltare ale lui J. Piaget și privește o persoană în mod holistic, luând în considerare toate domeniile și abilitățile de dezvoltare - abilități motorii, cognitive, de comunicare, senzoriale și socio-emoționale.

Abordarea învățării active se bazează pe faptul că toți copiii învață cel mai bine prin participarea activă. Fiecare tip de activitate, în special în primele etape de dezvoltare, ne „conectează” creierul și stabilește conceptele și abilitățile necesare pentru învățarea viitoare.

Jean Piaget (1) descrie perioada de dezvoltare și interacțiune prin care trec copiii în primii doi ani de viață ca o perioadă senzorial-motorie. În această perioadă fundamentală de învățare, copilul învață să asocieze comportamentele motorii cu experiențele senzoriale. Adesea numim aceste comportamente o „jocă”, deși aceste situații se extind dincolo de contextul în sine. Un copil fără probleme de vedere, auz și / sau alte dificultăți își petrece timpul primind o cantitate uriașă de informații prin simțuri: văz, auz, tactil, gust, miros, proprioceptiv și vestibular. Copilul este expus constant informațiilor care vin prin aceste sisteme care funcționează fără restricții.

Pentru ca un copil să progreseze de la o fază la alta, conform lui Piaget, trebuie îndeplinite trei criterii: (1) creșterea fizică și fiziologică, (2) experiența senzorial-motorie (acționarea și procesarea cognitivă cu obiecte reale, concrete) și (3) interacțiunea socială. Interacțiunea se referă la relația cu părinți și colegi prin joc.

Dezvoltarea conceptelor / Diferența dintre dezvoltarea conceptului și dezvoltarea abilităților în timpul învățării

În învățarea activă, este necesar să se sublinieze importanța dezvoltării abilităților și a dezvoltării conceptelor. Pe lângă abilitățile pe care le dezvoltă copilul, este necesar să încurajăm o înțelegere în general a conținutului din care face parte acea abilitate. Pentru a înțelege diferența dintre o abilitate și un concept este necesar să le definiți și să explicați semnificația lor. O abilitate este executarea unei anumite activități, în timp ce conceptul este o înțelegere a conținutului și a elementelor aceleiași activități. În timp ce abilitățile de învățare

implică o secvență de acțiuni învățate, conceptele de învățare reprezintă o idee despre lume, o reprezentare mentală. În timp ce abilitățile de învățare ajută la învățarea a „cum” să fac ceva, învățarea conceptelor ajută la învățarea a „de ce” fac ceva (2).

De exemplu, o abilitate este abilitatea de a sta, de a privi, de a se târî, de a merge, de a ține un obiect, de a mânca etc., în timp ce conceptul înțelege dacă un obiect există chiar și atunci când îl las; când mă târăsc sau merg, mă mișc cu intenție; când observ un obiect pe care îl țin sau care este aproape de mine, înțeleg la ce servește, când cineva acoperă obiectul dacă îl voi căuta sau voi merge mai departe imediat. În cadrul dezvoltării conceptului, dezvoltarea abilităților este inclusă în funcție de abilitățile copilului.

Jan van Dijk, unul dintre principalii experți în intervenția pentru copiii cu dizabilități de vedere și cu dizabilități de dezvoltare suplimentare, spune că putem asocia toate cunoștințele noastre cu experiențele și acțiunile noastre. Experiența cu lumea, oamenii, locurile și obiectele ne ajută să formăm concepte.

Copiii cu dizabilități de vedere și cu dizabilități de dezvoltare suplimentare au dificultăți de învățare a conceptelor. Au dificultăți în a înțelege modul în care funcționează lumea, modul în care părțile din acea lume sunt conectate reciproc, cât de asemănătoare și cât de diferite sunt.

Kurt Fischer (1) subliniază că conceptele sunt învățate adăugând în mod sistematic informații noi la cele deja cunoscute. De exemplu, atunci când un copil se joacă pentru prima dată cu cuburi Lego, el învață despre caracteristicile cuburilor Lego: formă, culoare, textură, dimensiune. După aceea, el poate găsi aceleași caracteristici și în alte cuburi Lego. Apoi află că două cuburi Lego pot fuziona, învățând treptat ce reprezintă termenul „Lego” și că „Lego” poate fi cuburi de diferite forme și dimensiuni.

Următoarele strategii pot fi utile în procesul de predare pentru copiii cu dizabilități de vedere și cu dizabilități de dezvoltare suplimentare:

1. Folosește jocuri / activități pe care copilul le înțelege

Copilul va participa mai mult la activități pe care le înțelege și de care este motivat. Adaptați activitățile la nevoile copilului și puneți în aplicare cele care îl motivează. Copilul va fi mai implicat și va înțelege acele activități care se întâmplă des și care îl fac să treacă prin experiența efectivă.

2. Folosește activități de care copilul se bucură și râde în timp ce o realizează

Motivația pentru a învăța este sporită dacă copilul are experiențe plăcute în timpul activităților și al jocului. De exemplu, dacă balansați un copil în brațe sau într-un leagăn, puteți trece prin multe concepte, de exemplu rapid, lent, opriți, repetați jocul și așa mai departe.

3. Incorporează comunicarea în orice tip de activitate sau joc

La copiii cu dezvoltare tipică, jocul se dezvoltă spontan, deoarece au capacitatea de a-i observa pe ceilalți și de a imita conținutul, iar orice interacțiune între însoțitor și copil se dezvoltă în mod natural. La copiii cu dificultăți de interacțiune, este necesar să se acorde atenție sporită comunicării care trebuie să fie disponibilă copilului și care îi va permite să primească informații din mediul înconjurător și să le transmită apoi astfel încât jocul să poată continua. Prin urmare, este important să fim atenți ca sistemul de comunicare (semnele) în fiecare situație să fie stabile (la fel), astfel încât data viitoare copilul să poată răspunde adecvat și astfel să dezvolte concepte.

Caracteristici de învățare în conformitate cu abordarea învățării active

Toți copiii parcurg 4 etape de învățare atunci când învață o nouă sarcină sau activitate. Dr. Lillie Nielsen a numit aceste faze un ciclu de învățare dinamic (Figura 1). Este important să recunoaștem fiecare dintre aceste etape și să înțelegem cum putem încuraja învățarea ulterioară prin schimbări de mediu. Când un copil „se blochează” într-o anumită etapă, există o învățare „dizarmonică”. Autovătămarea, auto-stimularea sau comportamentul agresiv pot fi unele dintre semnele învățării dizarmonice, astfel încât recunoașterea și corectarea cauzei este unul dintre sarcinile imperative în sprijinirea dobândirii abilităților.



Figura 1. Ciclul de învățare dinamic (3)

În prima etapă, copilul devine conștient sau interesat de una dintre următoarele: (1) propria sa activitate motorie sau senzorială; (2) obiecte sau activități în mediu; și (3) persoane din mediu, inclusiv activități de comunicare. În prima etapă, conștientizarea și interesul sunt esențiale. Când un copil își mișcă inițial corpul, aceste mișcări sunt aleatorii. Conștientizarea apare atunci când o mișcare aleatorie devine intenționată. Dacă un copil nu este conștient de ceva, cum poate învăța?

În a doua fază, este crucial ca copilul să fie independent activ - explorând, interacționând cu mediul. Copilului ar trebui să i se permită interacțiunea care îi asigură cea mai bună participare. De exemplu, împingerea, lovirea, apucarea, aruncarea, punerea în gură. Copilul își poate folosi mâinile, picioarele, gura, capul, pieptul sau orice altă parte a corpului. Copilului ar trebui să i se permită să exploreze activ într-o varietate de poziții, inclusiv poziția pe abdomen, pe spate, pe lateral, în poziție șezând sau în picioare.

În a treia etapă, copilul finalizează învățarea cu activități. Activitatea se repetă în măsura în care devine parte a tiparelor copilului. Activitatea sau acțiunea devine suficient de familiară încât să nu mai prezinte provocări pentru copil. Această fază înseamnă că copilul a învățat prin activitate tot ce a putut cu resursele date la un moment dat. Copilul poate interacționa pe scurt cu activitatea sau se poate plictisi. Copilul poate începe să participe într-un mod stereotip la activitate. Putem auzi o persoană care interacționează cu un copil spunând ceva de genul „El / ea obișnuia să iubească această activitate, dar nu-i mai place, nu știu de ce”.

A patra fază indică faptul că copilul este pregătit pentru noi provocări care vor duce la o nouă conștientizare și interes doar dacă copilul are ocazia să experimenteze noi activități senzoriale și motorii și dacă provocările oferite se încadrează în nivelul său de dezvoltare. Alte persoane care interacționează ar trebui să fie interesate de activitățile actuale sau anterioare ale copilului. Această fază înseamnă nevoia de noi experiențe, noi provocări, noi activități, noi interacțiuni. Este important ca noile provocări și activități să fie doar puțin diferite de cele anterioare. Când experiențele noi sunt prea dificile sau prea ușoare, copilul poate refuza să participe, exprimând frustrarea prin auto-vătămare sau comportamente agresive sau arătând comportamente stereotipe.

Abordarea activă de învățare pune accentul pe crearea de medii adecvate și adaptate, astfel încât un copil cu dizabilități de vedere și dificultăți de dezvoltare suplimentare să devină un participant activ în procesul de învățare. Din mediile special create, vom selecta Camera Mică, placa de rezonanță și panoul poziției.

Camera Mică (engl.The Little Room) reprezintă un cadru de referință pentru dezvoltarea timpurie a relațiilor spațiale.

Scopul ei este de a încuraja dobândirea relațiilor spațiale, iar șederea copilului în Camera Mică încurajează dezvoltarea integrării senzoriale, o noțiune timpurie a obiectului, cunoașterea poziției obiectului și o înțelegere a propriei persoane ca emițător de sunete (Figura 2).

Obiectele din Camera Mică sunt suspendate cu cauciuc elastic, ceea ce le permite să revină întotdeauna în același loc după explorare și astfel copilul să înțeleagă mai ușor conceptul de stabilitate a obiectului. Articolele pot fi, de asemenea, așezate pe părțile laterale pe un cablu.

Se recomandă să nu împingeți copilul în camera mică, ci să așezați camera mică deasupra copilului poziționat pe spate. În timpul șederii în Camera Mică, nu este necesar să comentăm acțiunile copilului, ci să îi oferim posibilitatea de a cerceta și explora în mod independent. Obiectele selectate trebuie să corespundă canalelor sale de învățare (văz, auz, atingere, miros, gust, proprioceptiv). Obiectele ar trebui să permită interacțiunea prin împingere, atingere, apucare. Principiul de bază este trecerea de la mișcare neintenționată la intenționată. Acest lucru se realizează prin punerea obiectului în contact cu mâinile și picioarele acolo unde

contactul accidental cu un obiect interesant afectează conștientizarea și interacțiunea țintită.



Figura 2. Ce învață copilul prin așezarea în Camera Mică/The Little Room

Placa de rezonanță (engl. The Resonant Panel)

Placa de rezonanță este o placă de lemn ridicată de la podea aproximativ 5 cm. Este folosită pentru feedback-ul sonor, deoarece amplifică componenta sonoră luând în considerare vibrațiile care apar atunci când un obiect sau un copil se mișcă. Placa de rezonanță oferă, de asemenea, un spațiu de joc limitat, care contribuie, de asemenea, la dezvoltarea timpurie a relațiilor spațiale.

La fel ca în Camera Mică, obiectele de interes pentru copil sunt plasate pe suprafața plăcii de rezonanță, copilul descoperă și compară sunetul și vibrația obiectului prin explorare independentă.

Panoul de poziție (engl.The Position Panel)

Panoul de poziție este o placă pe care sunt atașate obiecte, care poate fi atașată pe perete (figura 3) sau de masa copilului (figura 4) etc. care permite o mai bună înțelegere a permanenței obiectelor.



Figura 3. Panoul de poziție (Position Panel) atașat pe perete (sursa: Mali dom - Zagreb)



Figura 4. Panoul de poziție (engl.The Position Panel) pe o tavă (sursa: Mali dom - Zagreb)

GLOSAR

Învățare activă = abordarea educativă a învățării active implică o abordare globală a predării pentru persoanele cu dizabilități severe și multiple.

Concept = înțelegerea conținutului și elementelor unei anumite activități, ideea de lume, reprezentarea mentală; ajută a învăța „de ce” se face ceva.

Abilitate = presupune efectuarea unei anumite activități, învățarea unei secvențe de acțiuni și ajutorarea învățării „cum” se face ceva.

BIBLIOGRAFIE

1. Schultz M. Understanding concept development and related challenges for academic students with deafblindness. Texas School for the Blind; 2017. Dostupno na: <https://www.tsbvi.edu/summer-2017-items/5489-understanding-concept-development-and-related-challenges-for-academic-students-with-deafblindness>.
2. Miles B, McLetchie B. Developing concepts with children who are deafblind. National Consortium on Deaf-Blindness. 2007.
3. Nielsen L. Dynamic Learning Circle. Dostupno na: <http://activelearningspace.org/principles/dynamic-learning-circle/overview-dynamic-learning-circle>;



ÎNVĂȚAREA PRIN RUTINE

Pentru copiii cu dizabilități de vedere și cu dizabilități de dezvoltare suplimentare, rutinele reprezintă o strategie de predare importantă. Am menționat mai devreme importanța intervenției bazate pe rutină. Rutinele oferă o abordare sistematică, care este individualizată în funcție de abilitățile și preferințele copilului (1).

Rareori o situație din viața de zi cu zi nu are loc prin rutine, în care pașii au loc într-o succesiune previzibilă, în același mod urmând ritmul copilului. Prin regularitatea și familiaritatea lor, rutinele oferă informații suplimentare care nu sunt disponibile spontan pentru un copil cu dizabilități multiple. Rutinele reprezintă o oportunitate naturală / spontană de a integra mai multe abilități. Învățând prin rutine copilul învață despre mediu și învață concepte. Rutinele dezvoltă un anticiparea de început, mijloc și sfârșit. Acestea implică mai multe persoane, acțiuni, obiecte, locuri și le aranjează într-un tot semnificativ. Rutinele implică semnale naturale, adică fiecare pas anunță următorul care nu necesită ca o persoană să dea instrucțiuni, deoarece obiectele în sine, utilizate în activitate, reprezintă un prompt pentru pasul care urmează. Stabilitatea rutinei creează un mediu sigur în care învățarea devine posibilă. În timpul rutinelor, cei implicați comunică foarte mult. În absența rutinelor, un copil poate reacționa negativ din frică, deoarece nu știe la ce să se aștepte sau ce se va întâmpla în continuare.

Rutinele vă ajută să anticipați sfârșitul unei activități nedorite sau să recunoașteți începutul unei activități dorite. Rutinele ajută, de asemenea, la construirea memoriei de lucru. Dacă nu oferim copilului o experiență organizată, atunci el / ea nu o poate înțelege. Dacă el / ea nu o înțelege, va fi dificil să învețe ceva din ea. Când un copil are o reprezentare mentală a activității, atunci devine mai ușor să recunoască schimbarea. El / ea devine mai receptiv și este mai ușor să afle despre o nouă componentă.


Când lucrați cu familii de copii cu dizabilități de vedere și dificultăți influente, este important să învățați cât mai mult posibil despre rutinele zilnice obișnuite ale copilului, deoarece acestea devin un context important de învățare. Printr-un interviu atent cu părintele și / sau tutorele, putem obține informații despre activitățile zilnice ale copilului, cine le desfășoară, în ce mediu și cum se comportă copilul. Lista de înregistrări ale rutinei (vezi Anexa 2), este un mod organizat de a obține informații, ne poate ajuta, de asemenea, în acest sens. Numai când vom obține o imagine completă a zilei unui copil vom putea să ne gândim la modalități de a susține în continuare aceste situații naturale de învățare, adică cum să încurajăm abilități specifice și să învățăm concepte noi prin experiențe familiare.

Pentru a utiliza rutina ca situație de învățare, este important să luați în considerare următoarele (2):

- Denumirea rutinei: este important să numiți rutina și, în consecință, să anunțați copilul activitatea folosind atingere, obiecte, simboluri tactile etc. Acest lucru îl ajută pe copil să anticipeze ceea ce urmează.
- Determinați un început-mijloc-sfârșit clar: începutul unei rutine poate fi mersul la locul unde este efectuată, arătând obiecte sau gesturi care indică activități; mijlocul reprezintă pașii din cadrul activității și este necesar să ne gândim la modul în care îi anunțăm copilului. Sfârșitul activității poate fi repunerea obiectelor la locul lor, folosirea gestului pentru activitatea finalizată etc.
- Determinați rezultatul rutinei: gândiți-vă la ce rezultă din activitate? Este o nevoie satisfăcută, un obiect pe care copilul îl vrea etc. Rezultatul rutinei contribuie la motivație și oferă un motiv pentru care facem ceva.
- Repetați rutina: Pentru ca un copil să învețe prin rutine, este necesar să asigurați un număr suficient de repetiții, astfel încât este necesar să vă gândiți la cât de des se repetă rutina. Este o activitate care se repetă zilnic sau rar. Desigur, activitatea care se repetă mai des este mai eficientă. De asemenea, consistența rutinei este importantă, adică este efectuată în medii diferite în același mod.
- Rutina ar trebui să se concentreze asupra conceptelor de învățare: Rutinele ar trebui extinse treptat prin includerea de informații noi într-un cadru recunoscut, de exemplu despre alte persoane, obiecte, medii.
- Scopul rutinei ar trebui să includă creșterea independenței.

BIBLIOGRAFIE

1. FACETS (1999). Tip sheet: Considerations for planning routines based intervention. Dostupno na: <http://tactics.fsu.edu/pdf/HandoutPDFs/TaCTICSHandouts/Module2/Considerations.pdf>
2. Freeman P. The deafblind disabled baby program of care for parents of the deaf blind baby with multiple disabilities. 2001.



STRATEGII PENTRU
STIMULAREA
DEPRINDERILOR DE
DEGLUTIȚIE ȘI MASTICAȚIE

Creșterea și dezvoltarea unui copil sunt procese dinamice și armonioase. Pentru o creștere normală este necesar un aport caloric suficient de alimente, ceea ce presupune dobândirea deprinderilor de hrănire, ceea ce nu este un proces simplu. Secvența de dezvoltare a hrănirii variază de la activitate reflexă la activitate voluntară, unde pe lângă maturizarea naturală și specializarea funcțiilor structurilor anatomice, mediul joacă un rol important în stimularea și susținerea curbei de dezvoltare naturală.

Cu toate acestea, a mânca nu înseamnă doar a consuma alimente. Este un moment de comunicare între oameni, de transmitere a culturii tradiționale și de împărtășire a emoțiilor. Participarea la o masă comună este o activitate umană de mare importanță ca modalitate de integrare atât în familie, cât și în comunitatea mai largă.

Monitorizarea dezvoltării copilului și a nevoilor nutriționale, este crucială în timp util, adică într-o perioadă specifică sau așa-zisa critică pentru învățarea de noi cunoștințe și abilități pentru a expune copilul la noi experiențe și a introduce schimbări în procesul de hrănire. Retenția prelungită la niveluri inferioare de abilități dobândite creează dificultăți ulterioare de comportament rigid și probleme pronunțate în acceptarea noilor experiențe, de ex. trecerea la hrănirea cu lingura, introducerea alimentelor texturate, acceptarea diferitelor arome etc.

Pentru majoritatea copiilor, hrănirea este un proces natural în care apariția etapelor de dezvoltare are loc într-o manieră ordonată. Cu toate acestea, literatura de specialitate afirmă că până la 25% dintre copiii cu dezvoltare tipică au unele dintre problemele de hrănire. În populația de copii cu dizabilități de dezvoltare procentul este semnificativ mai mare și se situează în jurul a 80% (1). Tulburările de alimentație nu doar interferează cu dezvoltarea timpurie a copilului în sens fizic, ci pot fi asociate și cu deficiente în dezvoltarea cognitivă și social-emoțională, adică probleme de comportament precum anxietatea în timpul meselor în copilărie, adolescență și maturitate.

Potrivit ASHA American Speech and Language Hearing Association (2), acestea sunt semnele tulburărilor de alimentație și de mestecat, dacă un copil:

- își îndoiaie spatele sau se strânge în timpul hrănirii
- plânge sau este entuziasmat în timp ce se hrănește
- adoarme în timpul mesei
- are dificultăți în alăptare
- are dificultăți de respirație în timp ce mănâncă și bea
- refuză să mănânce și să bea
- mănâncă doar anumite texturi, cum ar fi alimente moi sau crocante
- hrănirea necesită timp

- are dificultăți la mestecat alimente
- tuse sau sufocă în timpul meselor
- salivează puternic și elimină lichidele din nas sau gură
- respirații aspre sau audibile în timpul sau după masă
- scuipă sau excretă adesea alimente.

Nu toți copiii cu dificultăți de hrănire trebuie să aibă toate aceste semne. Ei pot avea doar unele dintre acestea, precum și majoritatea, dar, indiferent de acest fapt, sunt expuși unui risc crescut de deshidratare și malnutriție, aspirație (trecerea alimentelor și lichidelor în căile respiratorii), pneumonie și alte infecții pulmonare și pentru a se simți inconfortabil din cauza probleme alimentare.

Mulți copii cu dificultăți motorii precum paralizia cerebrală (3) au probleme cu disfagia orofaringiană, care este deosebit de pronunțată la anumite texturi alimentare. Problemele buco-faringiene la un copil cu CP includ: dificultate în închiderea buzelor, funcționarea slabă a limbii, împingerea limbii, reflexul excesiv de mușcătură, hipersensibilitate tactilă și întârziere la înghițire.

Dificultățile de hrănire pot fi cauzate de dificultăți în integrarea senzorială, hipersensibilitate sau scăderea sensibilității la stimuli individuali (4). Stimulii gustativi oferă informații legate de gustul și textura alimentelor. Dificultățile în procesarea gustativă se manifestă prin pretenții – consumul doar a unor tipuri de alimente (piure, tocată, cremoasă), dificultăți la mestecat și la înghițire. Poate duce la o reacție de refuz de a se spăla pe dinți și de a merge la dentist, copilul mănâncă alimente extrem de reci sau fierbinți, preferă alimentele foarte picante și deseori suge și mestecă lucruri necomestibile (haine, degete, păr etc). Dificultățile în procesarea tactilă pot avea ca rezultat și pretenție atunci când mănâncă - copilul bea adesea doar apă, evită alimentele solide, alege doar alimente moi sau amestecate, refuză să-și atingă gura, dar își suge propriile degete. Este vizibilă și dificultatea de a mesteca mâncarea - copilul ține gura deschisă atunci când mâncarea este deja în gură și evită să atingă limba, ignorând saliva și restul alimentelor din jurul gurii. Tulburările în procesarea stimulilor vestibulari și proprioceptivi pot afecta hrănirea prin dificultăți de a sta nemișcat la masă în timpul activității de hrănire în sine și oboseală rapidă.

HRĂNIREA TERAPEUTICĂ

Majoritatea copiilor cu dizabilități de dezvoltare necesită o abordare special adaptată și o adaptare a tehnicilor de hrănire. Printr-o abordare individuală și respectând abilitățile copilului, lucrăm la încurajarea deprinderii de a mânca și de a se hrăni cât mai independent pentru a

îmbunătăți calitatea vieții copilului. Procedurile și abordările terapeutice care încurajează mâncarea, băutul și înghițirea mai sigure și mai eficiente cu o durată adecvată a mesei se numesc hrănire terapeutică.

În abordarea terapeutică a hrănirii, accentul se pune pe:

1. Tehnica de prelucrare a alimentelor prietenoasă și eficientă pentru copii (textura ajustată, consistentă cantitativ, înghițire sigură)
2. Poziționare optimă adecvată stării motorii a copilului (poziție sigură și stabilă)
3. Pregătirea senzorială a zonei buco-faciale pentru a sensibiliza zona și a încuraja forța și variabilitatea mișcării maxilarului, buzelor, limbii
4. Reglarea ustensilelor (adaptate) și organizarea suprafeței de lucru în timpul meselor pentru a ridica nivelul de independență
5. Hrănirea nonviolentă, hrănirea ca experiență pozitivă
6. Comunicare adecvată în timpul mesei (anunț de masă, alegeri, eliminarea distragerii).

Pe măsură ce părintele decide tipul de mâncare pe care să-l ofere copilului, acesta decide ce și cât să mănânce. Rezultă astfel un principiu important al hrănirii terapeutice, care este respectarea bioritmului natural de hrănire care susține senzația de foame și sațietate. Acest mecanism poate fi pierdut cu ușurință dacă copilul este forțat să mănânce chiar și după ce nevoile sale alimentare sunt satisfăcute.

De asemenea, este necesar să se țină cont de nevoile cantitative de hrană (copiii mici au nevoie de mai puțină hrană, dar mai des) și să se asigure o atmosferă relaxată și liniștită în timpul meselor (evitați constrângerea, miza pe alte alimente sau jucării). Este necesar să se îndepărteze diverși factori de distracție din mediu pentru ca copilul să se concentreze cât mai mult pe masă. Când introduceți arome noi, oferiți mai întâi cantități mici de alimente noi care să fie combinate cu aroma familiară. Acest lucru poate dura mai mult de o duzină de ori înainte ca un copil să accepte un nou aliment. Expuneți copilul cât mai mult posibil la o situație de masă comună în care sunt învățate abilitățile sale sociale de maniere la masă și imitarea obiceiurilor alimentare dezirabile. Este necesar să se asigure copilului cercetări și „jocuri” cu hrană, ceea ce este necesar pentru a încuraja dezvoltarea senzorială și, ulterior, abilitățile de auto-hrănire. Atunci când este posibil, implicați copilul în pregătirea meselor, lăsați-l să îndeplinească sarcini mai simple precum amestecarea alimentelor, introducerea unui storcător etc. Masa în sine nu trebuie să dureze mai mult de 40 de minute deoarece chiar și în cazul unei cantități mici de alimente consumate, copilul poate învăța să compenseze la următoarea masă

APLICAȚII ALE STRATEGIILOR SENZORIALE

Înainte de activitatea de hrănire propriu-zisă, se recomandă utilizarea unor strategii senzoriale care ajută la pregătirea întregului organism pentru activitatea care urmează. Păturile grele și pernele grele sunt cel mai adesea folosite ca ajutor în poziționare. Vibrațiile care folosesc un masaj ajută la organizarea mai bună a propriului corp și pot ajuta copilul să tolereze stimulii care urmează.

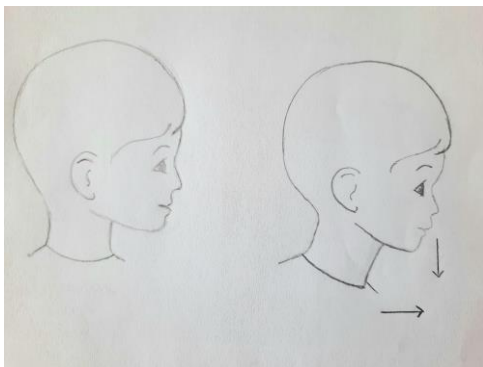
Stimulare și masaj oral-facial

Masajul facial promovează conștientizarea și orientarea pe față, crește mobilitatea obrazilor și a buzelor superioare și reduce sensibilitatea excesivă la stimulii orali. Este necesar să se efectueze stimulări tactile și propriocepționale din partea periferică a corpului treptat spre față și gură, în special la copiii care au probleme în acceptarea și diferențierea stimulilor senzoriali (4). Zona deosebit de sensibilă este zona feței, zona extra și intraorală, așa că abordăm treptat acea parte. Dacă copilul se află în rezistență extremă sau plânge în acel moment, nu continuați cu masajul deoarece este important să aveți o stimulare pozitivă a activității în sine pentru a o conecta cu o experiență pozitivă și a crește gradul de conștientizare oral-facial. regiune. Masajele trebuie efectuate cel puțin o dată pe zi timp de aproximativ zece minute, înainte de masă (vezi Anexa 8).

POZIȚIONARE

În timpul hrănirii, pentru o poziționare optimă trebuie luate în considerare următoarele:

- pentru a realiza alinierea posturală și poziționarea capului în așa-numita poziție chin-tuck, în funcție de abilitățile motorii (Imaginea 1)



Imaginea 1. Poziția în bărbie

asigurați sprijin pentru capul și gâtul copilului cu un antebraț sau pernă de adult

- stabiliți (aderati) fălcile pentru a mânca și a bea eficient
- asigurați o poziție stabilă în scaunul cu roțile sau în scaun pentru a economisi energie pentru activitatea de hrănire

- atunci când încurajează hrănirea independentă sau semi-independentă, adultul ia o poziție lângă brațul dominant al copilului (în cazul unui nivel mai ridicat de sprijin și aderență la braț) (Figura 2).



Imaginea 2. Poziția intervenientului în încurajarea independenței și a semi-independenței în hrănire

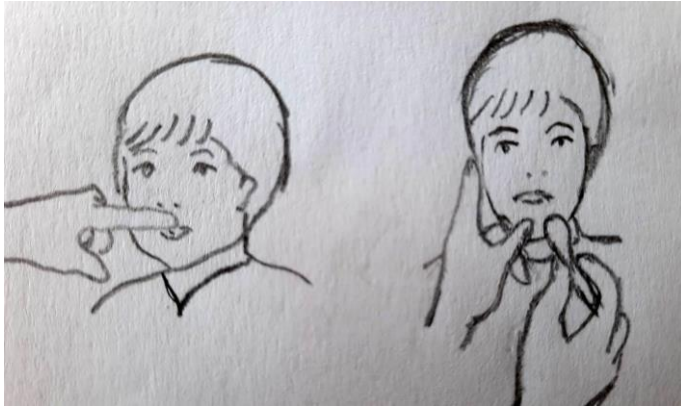


Imaginea 3. Poziția din brațele intervenientului pentru copilul mic (sursă: Mali dom - Zagreb)

În ceea ce privește tehnicile pe care le folosim în hrănirea terapeutică, folosim tehnici și tehnici de alimentație manipulativă pentru a încuraja hrănirea semi-independentă și independentă.

TEHNICI DE ALIMENTARE MANIPULATIVA

- stimularea punctului de deglutiție cu presiune moderată în zona rădăcinii limbii
- stimularea mișcării de închidere a buzei superioare (colectarea activă a alimentelor din lingură) (Imaginea 4)



Imaginea 4. Stimularea mișcării la închiderea buzei superioare

- la hrănire, poziția lingurii trebuie să fie pe limbă
- stimularea alternanta a laturii stanga si dreapta a cavitatii bucale prin administrarea de hrana lateral

- presiuni circulare în zona obrazilor pentru stimularea și conștientizarea mișcărilor de mestecat
- stimularea segmentului anterior, încurajând mușcăturile

TEHNICI DE ÎNCURAJARE A ALIMENTĂRII SEMI-INDEPENDENTE ȘI INDEPENDENTE

- tehnica de ghidare a mâinii sub mână (mâna unui adult este plasată sub mâna unui copil) pentru a crește gradul de conștientizare a tiparelor de mișcare de la farfurie la gură (Imaginea 5)



Imaginea 5. Suport fizic cu mișcare de ghidare (sursă: Mali dom - Zagreb)

- informații fizice (presiunea) în zona umărului sau a cotului pentru a direcționa mișcarea lingurii către gură
- instruire verbală

Următoarele sunt exemple de ustensile ADAPTIVE/PERSONALIZATE pentru a încuraja independența:

- linguri/furculițe/cuțite îngroșate și curbate pentru a încuraja și facilita ținerea independentă a ustensilelor și pentru a încuraja o hrănire cât mai independentă. Suprafața lingurii nu trebuie să fie mai mare decât limba (5)
- curele de protecție pentru a ține accesoriile în mână
- farfurii cu marginea ridicată pentru prinderea mai eficientă a alimentelor și prevenirea vărsării conținutului
- borduri de protecție pentru plăci pentru captarea mai eficientă a alimentelor și prevenirea vărsării conținutului
- cupe cu fantă (așa-numita flexicup). Cupa flexibilă pentru stimularea colțurilor buzelor facilitează închiderea buzelor și permite să bei fără a întinde capul sau gâtul. Bea cu un pai pentru a încuraja băutul inițial folosind un pai

- un pahar cu capac de protecție și o deschidere (așa-numita sippycup) pentru a învăța să bei dintr-un pahar cu protecție împotriva posibilității de scurgere a lichidului
- un ursuleț cu un pai pentru dobândirea inițială a deprinderii de a bea cu ajutorul unui pai
- linguri senzoriale pentru o mai bună acceptare a alimentelor texturate, stimularea buzei inferioare și stabilizarea limbii cu stimuli tactili (linguri z-vibe, linguri specializate).



Imaginea 6. Ustensile adaptate pentru promovarea independenței

În cadrul principiului hrănirii terapeutice este uneori necesar să se facă o AJUSTARE A TEXTURII ALIMENTARE (5). Texturile care provoacă adesea probleme de procesare, înghițire și sufocare sunt lichidele rare, alimentele cu firimituri sau bucăți, alimentele multitexturate (lichide și alimente solide, cum ar fi supe) și alimentele care sunt greu de descompus.

Adaptarea depinde de abilitățile copilului, de abilitățile dobândite de mestecat și înghițire precum și de posibilele riscuri pentru sănătate în cazul oferirii de alimente cu textură necorespunzătoare (vezi Anexa 9) și poate include următoarele recomandări:

- mese cantitativ mai mici, valoare calorică mai mare

Pentru copiii cu dificultăți de hrănire mai severe, care obolesc mai repede sau la care hrănirea este de lungă durată, se recomandă să servească mese mai mici, dar bogate în calorii (de exemplu, adăugați lapte, unt, ulei de măsline etc. la masă). Valorile calorice pot fi sporite de preparate farmaceutice specializate cu valori nutritive sporite.

- adaptarea densității și texturii alimentelor

Este important de reținut că alimentele moi, omogene, fără firimituri sau bucăți, sunt mai ușor de înghițit (de exemplu, creme, piureuri de legume sau fructe, iaurt simplu). Trebuie evitate texturile care sunt o combinație de alimente lichide și solide, cum ar fi supa cu paste și carne.

Textura mai densă și omogenă a alimentelor este mai ușoară pentru o prelucrare eficientă, o mai bună reținere a mușcăturii în gură (fără scurgerea conținutului) și înghițirea la timp.

- lichide

Consumul de lichide este adesea o problemă pentru copiii cu dificultăți la înghițire (disfagie). Adesea este necesară creșterea densității acestora pentru a facilita aportul. Lichidele astfel ajustate trec de la gură la gât mult mai încet, lăsând mai mult timp la înghițire. Pentru aceasta putem folosi agenți de îngroșare naturali (de exemplu amidon de porumb), cereale instant și agenți de îngroșare medicali. Câteva exemple de densitate lichidă: sirop, smoothie, densitate ca mierea sau budinca.

- introducerea de noi texturi

Când introduceți alimente cu o textură nouă, este întotdeauna bine să începeți cu câteva linguri cu o textură familiară și apoi să introduceți una nouă (de exemplu, trecerea de la textura piure la textura zdrobită cu furculiță). Acest lucru îi permite copilului să învețe treptat noi texturi fără efort brusc sau oboseală fizică din cauza noii experiențe. De asemenea, copilul învață să accepte noua textură fără să se simtă grăbit.

GLOSAR

Hrănirea terapeutică = reprezintă proceduri și abordări terapeutice care încurajează o alimentație, băutura și înghițire mai sigure, mai eficiente, cu o durată adecvată a mesei.

Principiul de bază este hrănirea ca o experiență pozitivă.

Poziția bărbia în piept = o poziție în care persoana ține bărbia ușor în jos mărin­d astfel unghiul epiglotic și împingând peretele frontal al faringelui înapoi. Această poziție este utilă pentru a obține o înghițire în siguranță, deoarece îngustează intrarea în căile respiratorii.

Disfagia = dificultate la înghițire, mai exact o afecțiune în care este nevoie de mai mult timp și efort pentru ca alimentele și lichidele să treacă din gură în stomac, iar în unele cazuri actul de a înghiți provoacă durere sau înghițirea este dezactivată.

Aspirație = o condiție de inhalare sau aspirare a alimentelor sau a secrețiilor din cavitatea bucală sau ambele. Un astfel de conținut trece prin trahee și nu în esofag, ceea ce poate provoca pneumonie acută.

BIBLIOGRAFIE

1. Chatoor I. Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children. Child Adolescent Psychiatr Clin N Am. 2002;11(2):163-83.

2. ASHA. Feeding and swallowing disorders in children. Pristupljeno: 2.4.2020. <https://www.asha.org/public/speech/swallowing/Feeding-and-Swallowing-Disorders-in-Children/>
3. Kuperminc MN, Gottrand F, Samson-Fang J, Arvedson J, Bell K, et al. Nutritional management of children with cerebral palsy: a practical guide. *Europ J Clin Nutr.* 2013;67(2),21-23.
4. Ayres AJ. *Dijete i senzorna integracija.* Zagreb: Naklada Slap, 2009.
5. Physiopedia. Feeding the child with cerebral palsy – a speech therapists perspective. Pristupljeno: 3.4.2020. https://physiopedia.com/Feeding_the_Child_with_Cerebral_Palsy_-_a_speech_therapists_perspective#.XotikIJldwY.mailto



PARTENERIAT ȘI SUPORT PENTRU PĂRINȚI

REZUMAT

Odată cu nașterea unui copil cu dizabilități de dezvoltare, familia se confruntă cu o serie de schimbări care duc la creșterea stresului și schimbări în dinamica familiei.

Familia are nevoie să-și mobilizeze toate punctele forte pentru a putea funcționa cât mai bine, în care, pe lângă resursele și capacitățile familiei, se concentrează pe mediu și pe sprijinul comunității imediate și mai largi.

Atunci când se creează sprijin pentru familii, este important să se dezvolte un model care să cuprindă diferite componente și abordări, ținând cont de nevoile familiei în ansamblu și de nevoile tuturor membrilor familiei.

Parentingul afectează dezvoltarea și schimbarea puternică a indivizilor adulți. Prezența copilului în familie modifică comportamentul și activitățile părinților, provoacă puternice sentimente pozitive dar și negative. Schimbă părerea, sentimentele și comportamentul părinților, le schimbă imaginea despre ei înșiși și imaginea pe care o are mediul despre ei. Experiența subiectivă a parentalității este o schimbare semnificativă în identitatea generală a unui individ. Joacă un rol important în determinarea „climatului dezvoltării unui copil” și are o influență puternică asupra rezultatelor sale de dezvoltare (1).

Părintele poate aduce sentimente de fericire imensă, mândrie, auto-realizare, afirmare a identității și integrității, succes (2), dar și apariția oboselii, efortului, stresului și uneori un sentiment de captivitate, pierderea oportunităților de auto-realizare în alte domenii (2). Prin urmare, abilitățile parentale joacă un rol semnificativ în răspunsul la cerințele parentale și eforturile de a menține un nivel ridicat de calitate a relațiilor de familie (3).

Când vine vorba de nașterea unui copil cu dizabilități, familia se confruntă cu mult stres care depinde de capacitățile familiei, de reziliența acesteia și de strategiile de coping la stres, de trăsăturile de personalitate ale membrilor săi și de adaptarea rolurilor familiei la noua situație. Dinamica vieții de familie se schimbă și este necesară mobilizarea forțelor pentru ca familia să funcționeze cât mai bine. Este inevitabil concentrat pe mediu și pe sprijinul comunității mai largi. Literatura de specialitate arată că primele reacții ale părinților la conștientizarea că copilul lor are o anumită dificultate de dezvoltare sunt negative, dar aceasta este etapa inițială. Părinții acceptă ulterior noua situație și încearcă să-și ajute copiii (4, 5, 6, 7).

Lucrând cu părinții copiilor cu dizabilități, am dezvoltat un model de sprijin familial constând în servicii sociale (intervenție timpurie, evaluare și consiliere), consiliere psihosocială, consiliere psihologică și psihoterapie, grupuri de sprijin, educație și forumuri pentru părinți și întâlniri informale organizate (de ex. grătar de vară în natură lângă lacul orașului).

Atunci când creăm servicii și sprijin pentru părinți, urmăm principiul și modelul cooperării active și participării părinților ca parteneri în procesul de abilitare a copilului lor. Deja în timpul conversației inițiale cu asistentul social și psihologul, la aderarea la programul de intervenție timpurie, începe să se formeze un parteneriat. Le explicăm părinților în mod direct modalitățile, metodele și procesele pe care le vom folosi pentru a dezvolta și a cultiva un parteneriat cu ei și, prin conversația condusă profesional, încercăm să le oferim un sentiment de interes sincer, grijă, căldură, respect și acceptare.

Mai exact, părinții sunt implicați ca parteneri în toate domeniile, de la chiar includerea în programul de intervenție timpurie până la încetarea serviciului, sau trecerea la celălalt program

de sprijin și/sau implicarea în viața comunității. Exemple de cooperare activă și parteneriat pot fi văzute în următorii pași:

- evaluarea nevoilor și așteptărilor familiei la aderarea la program
- evaluarea copilului cu participarea părinților
- implicarea părinților în elaborarea Planului individual de educație
- desfasurarea activitatilor in Centrul de zi si in casa copilului in prezenta parintilor
- consultatii, intalniri cu parinti, grupuri de suport pentru parinti, consiliere
- implicarea părinților în procesul de planificare personală în perioada de tranziție.

Atunci când se creează servicii și sprijin pentru părinți, trebuie avut în vedere și faptul că nevoile familiei sunt determinate individual și diferite, iar regula de bază este că cea mai importantă este nevoia familiei evidențiată de familie, nu expert (8). Care nevoie specifică ar trebui să primească prioritate este dezvăluită prin conversația cu părinții. Prin conversație informăm părinții și aflăm care sunt preocupările și prioritățile lor, precum și prioritățile și nevoile familiei. Parteneriatul cu părinții se reflectă și în crearea și îmbunătățirea serviciilor, luând în considerare perspectiva părinților și feedback-ul prin efectuarea continuă de evaluări prin chestionare la sfârșitul perioadei de educație și reabilitare. La fel ca și conversațiile din timpul încetării serviciului de intervenție timpurie și/sau trecerea acestora la alte programe și includerea în viața comunității. Dezvoltarea parteneriatului cu părinții și crearea unui model de sprijin care ține cont de nevoile prioritare ale fiecărei familii individuale reprezintă un sprijin social puternic care ajută familiile să-și mobilizeze punctele forte și resursele în procesul de adaptare la nașterea unui copil cu dizabilități.

Sprijinul social poate fi conceptualizat ca un factor de protecție în îngrijirea bunăstării parentale și poate include sprijin din partea soțului/soției, vecinului, prietenului, profesionistului, familiei extinse, cum ar fi bunicii, și grupuri de sprijin formale și informale (9). Sprijinul social se referă la îngrijirea, respectul sau asistența percepută pe care o persoană o primește de la alte persoane sau grupuri (10). Astfel, Taub et al. (11) subliniază importanța sprijinului din mediul mai larg, mai ales în cazul sprijinului insuficient din partea mediului imediat. Acestea sunt situații în care, de exemplu, ajutorul din partea grupurilor de sprijin este necesar pentru ca părinții să depășească provocările legate de calitatea de părinte. Profesioniștii joacă un rol important în acordarea sprijinului social deoarece influențează durata și calitatea procesului de adaptare parentală prin faptul că copilul este diferit de ceea ce a fost imaginat (12). Părinții au dreptul și nevoia să continue să fantezeze și să-și ureze copilului lor un viitor care le pare promițător, care nu ar trebui să fie în niciun caz exclusiv, ci deschis tuturor rezultatelor posibile.

Împuternicirea părinților joacă un rol important în acest proces, deoarece întărește încrederea în sine și dezvoltă abilitățile de rezolvare a problemelor. Împuternicirea este posibilă numai dacă se stabilește un parteneriat autentic între părinți și profesioniști. O abordare de parteneriat a părinților înseamnă că părinții sunt implicați în luarea deciziilor, că punctul lor de vedere este apreciat pentru că își cunosc cel mai bine copilul, în timp ce experții oferă cunoștințe profesionale și numai prin îmbinarea acestor două expertize pot fi luate cele mai bune decizii. Părinții împuterniciți vor rămâne în contact cu realitatea așa cum există. Vor vedea copilul și vor înțelege ce vrea, are nevoie și poate face la un moment dat și vor fi un sprijin foarte concret asupra modului de creștere al copilului.

Forme de suport Mali-Dom- Zagreb

La prima întâlnire a grupului de sprijin nou înființat, părinții completează un chestionar cu subiecte oferite din domeniul educației parentale care ar fi acoperite pe parcursul unui ciclu de grup de sprijin și sunt rugați să sugereze câteva subiecte despre care au nevoie în prezent de cele mai multe informații și despre care ar trebui. imi place sa stiu mai multe. În acest fel, ne asigurăm că subiectele abordate la următoarele întâlniri vor fi exact acelea pe care părinții înșiși le-au evidențiat ca fiind cele mai importante pentru ei. La prima întâlnire, părinții sunt introduși în modul de lucru în grup prin diverse activități și exerciții experiențiale, precum și oferirea de timp pentru a împărtăși experiențe și diverse informații utile legate de parenting. Ora și frecvența întâlnirilor de grup sunt determinate și în funcție de abilitățile părinților (de exemplu grupul are loc după-amiaza o dată pe lună). Grupul de sprijin pentru părinții copiilor care se pregătesc să părăsească programul nostru de intervenție timpurie și sunt implicați în așa-numitul grup de experiență din cadrul Centrului de zi o dată pe săptămână, se desfășoară în paralel în timp ce copiii frecventează grupul de experiență.

Consiliere psihologică individuală

La primul interviu cu un psiholog la înscrierea în programul de intervenție timpurie, informăm părinții despre posibilitatea consilierii psihologice individuale și psihoterapie mai scurtă (terapie cognitiv-comportamentală și terapie de acceptare și angajament - ACT) în instituția noastră. Îi încurajăm să folosească această oportunitate ori de câte ori simt nevoia de ea. Părinții sunt încurajați să facă același lucru de lucrătorii cheie care au cea mai bună perspectivă asupra dinamicii familiei, având în vedere că merg la casa familiei o dată pe săptămână pentru a oferi sprijin profesional. Acest lucru se întâmplă în acele situații în care lucrătorii cheie observă că

adaptarea părinților la dizabilitățile copilului este grea sau dacă observă alte dificultăți (cum ar fi probleme de comunicare între părinți etc.).

Părinții care din diverse motive nu pot participa la grupuri de sprijin, sunt contactați în mod regulat conform unui protocol conceput (de exemplu la fiecare trei sau șase luni) și sunt organizate întâlniri și consiliere individuale pentru a monitoriza dinamica familiei.

BIBLIOGRAFIE

1. Čudina-Obradović M, Obradović J. Potpora roditeljstvu: izazovi i mogućnosti. Revija za socijalnu politiku; 2003;10(1),45-68.
2. Čudina-Obradović M, Obradović J. Psihologija braka i obitelji. Zagreb: Golden marketing/Tehnička knjiga; 2006.
3. Ljubetić M. Biti roditelj: model dijagnostičko-savjetodavnog praćenja ranoga dječjeg razvoja i podrške obitelji s malom djecom. Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži; 2006.
4. Denona I. (2000). Opterećenje roditelja djece scerebralnom paralizom - usporedba očeva i majki. U M. Pospiš (ur.), Kvaliteta življenja osoba s cerebralnom paralizom (str. 73-79). Zagreb: Hrvatski savez udruga cerebralne idječje paralize.
5. Denona, I., & Batinić, B. Problemi prihvaćanjai prilagodbe roditelja na dijete s cerebralnom paralizom. U Pospiš M, urednik. Osposobljavanje roditelja za primjereni tretman djeteta s cerebralnom paralizom. Zagreb: Hrvatski savez udruga cerebralne idječje paralize; 1999. p. 153-69.
6. YivenR, Björck-Åkesson E, GranludM. The strength of the family – to identify and encourage families coping. The 2nd ISEI Conference of the International Society on Early Intervention jointly with 7th International Scientific Conference „Research in education and rehabilitation sciences“. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet; 2007.
7. Leutar Z, Ogresta J, Milić Babić M. Obitelji osoba s invaliditetom i mreže podrške. Zagreb: Pravni fakultet; 2008.
8. Krauss MW, Seltzer MM, Jacobson HT. Adults with autism living at home or in non-family setting: positive and negative aspects of residential status. Journal of Intellectual Disability Research. 2005;49(2):111-24.
9. Mirfin-Veitch B, Bray A, Watson M. „We’re just that sort of family“: Intergenerational relationship in families including children with disabilities. Family Relations. 1997;46(3):305-11.

10. Sarafino E. Health psychology. New York: Wiley; 2002.
11. Taub J, Lewis S, Breault C. Relationships between caregiver stress and family supports for children with SED. 18th Annual Research Conference. A System of care: Expanding the Research Base. University of South Florida; 2005.
12. Ljubešić M. Roditelj i dijete s teškoćama u razvoju. U: Pećnik, N, urednik. Kako roditelji i zajednice brinu o djeci najmlađe dobi u Hrvatskoj. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku; 2013. p. 84.–97.

FAMILY - RELATED ACTIVITIES: PARENTAL WORK AT BLINDENINSTITUT MÜNICH

Cooperation with parents, including the close family environment, is a core task of early intervention. As already mentioned in the section on family orientation, successful early intervention is only possible in a partnership of equals. On the one hand, this involves purely professional counselling of the parents and, on the other hand, emotional support in the sense of solution-oriented counselling (see Poster in Appendix). Our Principles :

- ❖ Focus on solutions not on problems
- ❖ Empowerment – Reliance on parents' competence to find a solution
- ❖ Parents are responsible for their own solutions
- ❖ Support for parents in finding solutions
- ❖ The professional is both an expert (well-schooled in disabilities, Low-vision principles, therapeutic aids and so on) and a counsellor (is all ears for parents' troubles and needs)

The working group Early Intervention of the Association for Education of the Blind and Visually Impaired counts the following subtasks among them:

- Information about the nature and possible effects of visual impairment and other aspects of disability
- Translation of medical findings
- Detailed explanation of the planned early intervention measures
- Joint transfer of the planned measures into everyday family life
- Parent-child interaction analyses and assistance as well as modifications for everyday family life
- Supportive counselling for personal problems of parents and siblings
- Networking
- Designing inter-family activities (see article)
- Information about suitable pre-school and later school opportunities
- Information about social legal issues and possibilities

Impairment of the sense of sight has complex effects on the overall development of the child, and on all his or her behavioral and perceptual areas. Major difficulties include those in the area of early social interaction development and in social-emotional development. In the case of

children with multiple disabilities, the problems of early mother-child interaction are magnified, since not only vision is lost or severely restricted, and thus eye contact, but many other elements as well:

- The children's general readiness to react is lower (quickly exhausted)
- Early sound production as well as facial expressions are limited and often very unclear due to problems with mouth and tongue movements
- The reaction time is increased and it takes a long time to react to the mother
- Limited understanding of routines and announcements (need much more repetition)
- General activity level is low, as muscle tension is reduced

The dialogue between mother and child is therefore less well dubbed.

In addition, many children with multiple disabilities have great difficulties in their adaptation - regulation from the very beginning. Children with multiple disabilities often show excessive crying in fits and starts, which is accompanied by a general high level of irritability. They are quickly overstimulated and difficult to calm down. They show sleep disturbances of all kinds. Children with multiple disabilities often have a shift in their sleep-wake rhythm and eating is also often a big problem (see chapter on eating).

Support for the success of positive parent-child communication is a prerequisite for behavior-based strategies to change crying, eating and sleeping. The demands on the parents' coping skills are very high. At the same time, they themselves often have possibly unresolved traumas caused by the diagnosis. They have great fears for the health, development and future of their child. The time pressure caused by the various doctor's appointments and therapies has major implications for the entire family system. Therefore, it is important for the parents to plan enough time and to continuously reflect on the current daily routine - to have an open ear. Possible pedagogical strategies in the context of early intervention could be e.g.

- Recommend pediatric differential diagnostics, e.g. to exclude reflux disease in case of feeding disorders or pharmacological aids
- Structuring through the introduction of ritualisation in the daily routine
- Structuring through the creation of islands of calm for the children and the search for the conditions that trigger a child's well-being
- showing positive dialogue when the children are awake and attentive (e.g. through video analysis). The parents should be shown which individual possibilities of expression their child has in dialogue and how they already pick up on this and imitate it (turn-taking).

This video-based counselling serves to strengthen the perception of parental competences.

- Building confidence in the ability to influence the problems, e.g. through individual situation analyses (What triggers it? What happens? What helps?) and accompaniment in consistently following these interventions into everyday life
- Relieving the mother's burden to mobilise coping skills by sharing the tasks, e.g. with partners, grandparents, relatives, friends or involving mobile care facilities or even inpatient short-term care, and sharing experiences with other affected parents.

REFERENCES

1. Sarimski Klaus: Alltagsanforderungen an Eltern von Kindern mit speziellen Bedürfnissen in Arbeitsgemeinschaft Frühförderung sehgeschädigter Kinder (Hrsg.) Besondere Herausforderungen durch besondere Kinder. Kinder mit Mehrfachbehinderung in der Frühförderung. Edition Bentheim Würzburg 2007. Seite 57-67.
2. Positionen der Arbeitsgemeinschaft Frühförderung im Sonderheft Positionen 2016. Edition Bentheim Würzburg 2016, Seite 17-25.
3. Klaus Sarimski und Lang Markus: Frühförderung blinder Kinder. Grundlagen für die Arbeit mit blinden Kindern und ihren Familien. Edition Bentheim Würzburg 2020.

CUPRINS

SECȚIUNEA A – PRINCIPII GENERALE ȘI BUNE PRACTICI ÎN INTERVENȚIA TIMPURIE

O PERSPECTIVĂ ASUPRA EVOLUȚIEI PROGRAMELOR DE INTERVENȚIE TIMPURIE: TENDINȚE ȘI FUNDAMENTE TEORETICE

Factori determinanți ai noțiunii de intervenție timpurie

Ana Validžić Požgaj

Dezvoltarea serviciilor de intervenție timpurie: Perspectiva specialiștilor de la Blindeninstitut München

Simone Prantl,
Ella Kleczek

PRINCIPIILE DOMENIILOR MEDICAL-TERAPEUTICE

Fizioterapia în intervenția timpurie

Sylvia Rindermann

Concepte logopedice specifice în activitățile de hrănire

Anke Hensler

Comunicarea alternativă și augmentativă

Konrad Schötz

Stimularea limbajului și comunicării

Bettina Propach

Integrarea senzorială în intervenția timpurie

Martin Kraus

PRINCIPIILE CONCEPTELOR PEDAGOGICE

Abordarea TEACCH

Simone Prantl

Elementele muzicale ca rutine în intervenția timpurie

Elisabeth Hahnreich

Implicații ale aromaterapiei în intervenția timpurie

Simone Prantl

Stimularea bazală

Simone Prantl

SECȚIUNEA B – COPIII CU DIZABILITĂȚI VIZUALE ȘI MULTIPLE

IMPLICAȚII ALE DIZABILITĂȚILOR MULTIPLE

Ce înseamnă dizabilitatea multiplă?

Alexander Mühlegg
Simone Prantl

Funcționarea vizuală la copiii cu dizabilități vizuale și multiple

Simone Prantl

Implicații ale dizabilităților multiple asupra evaluării

Petra Rosl

Diagnosticul și evaluarea funcțională a vederii

Simone Prantl

SECȚIUNEA C – BUNE PRACTICI ÎN INTRVENȚIA TIMPURIE A COPIILOR CU DIZABILITĂȚI DE VEDERE ȘI MULTIPLE

COMPONENTELE PROGRAMULUI DE INTERVENȚIE

TIMPURIE

<i>Procedurile și direcțiile evaluării</i>	Ana Validžić Požgaj
<i>Importanța echipei multidisciplinare în evaluare</i>	Snježana Seitz
<i>Suportul profesionist timpuriu al dezvoltării destinat copiilor și familiilor</i>	Senada Jagar, Marijana Konkoli Zdešić, Simone Prantl
<i>Structura sprijinului profesional pentru familie</i>	Senada Jagar, Marijana Konkoli Zdešić
<i>Expertii în intrvenție timpurie – Caracteristicile și importanța abordării multidisciplinare</i>	Senada Jagar, Ana Validžić Požgaj
<i>Tranziția</i>	Marijana Konkoli Zdešić, Mirjana Marojević, Snježana Seitz

CREAREA UNUI MODEL DE SPRIJIN INDIVIDUAL

<i>Componentele modelului de sprijin individual: Planul individualizat de sprijin al familiei și planul educațional individualizat</i>	Martina Celizić, Marijana Konkoli Zdešić
<i>Crearea de scopuri și activități funcționale</i>	Martina Celizić

STRATEGII PENTRU STIMULAREA DOMENIILOR DE DEZVOLTARE

<i>Strategii pentru stimularea vederii funcționale Dezvoltarea vederii Exemple de materiale în intervenția timpurie</i>	Tatjana Petrović Sladetić, Snježana Seitz Simone Prantl
<i>Strategii pentru stimularea integrării senzoriale</i>	Ivana Rogar Gojević
<i>Strategii pentru stimularea învățării motrice Strategii de dezvoltarea a abilităților de orientare și mobilitate</i>	Jasminka Gagula, Jelena Špionjak Tatjana Petrović Sladetić
<i>Strategii pentru stimularea abilităților de comunicare</i>	Diana Korunić, Ivana Macokatić Ivana Slavinić
<i>Învățarea activă</i>	Martina Celizić, Ivana Macokatić
<i>Învățarea prin intermediul rutinelor</i>	Martina Celizić
<i>Strategii pentru dezvoltarea deprinderilor de deglutiție și masticție</i>	Diana Korunić, Danijela Kljajić

PARTENERIATUL CU PĂRINȚII

<i>Parteneriatul și sprijinul părinților</i>	Mirjana Marojević Marija Naglić
--	------------------------------------

ANEXE



ANEXE

Anexa 1. SCOPURILE REVIZUITE ALE PLANURILOR EDUCAȚIONALE ȘI FAMILIALE INDIVIDUALIZATE ȘI OBIECTIVELE INSTRUMENTULUI DE EVALUARE (R-GORI) PENTRU COPILĂRIA TIMPURIE

SCOPURILE REVIZUITE ALE PLANURILOR EDUCAȚIONALE ȘI FAMILIALE INDIVIDUALIZATE ȘI OBIECTIVELE INSTRUMENTULUI DE EVALUARE (R-GORI) PENTRU COPILĂRIA TIMPURIE	
Caracterul funcțional	Contextul educațional
<p>1. Această abilitate va crește capacitatea copilului de a interacționa cu persoane și obiecte din mediul zilnic de viață?</p> <ul style="list-style-type: none"> Copilul trebuie să demonstreze abilitatea în toate situațiile sau în majoritatea lor? Această abilitate este crucială (consolidează independența) pentru participarea la majoritatea rutinelor zilnice (de exemplu jocul, îmbrăcatul, mâncatul, participarea la activități de familie de tipul cumpărăturilor, servirii mesei la restaurante, participarea la activitățile clasei de tipul servirii gustării, grupurilor tematice, activităților în cerc) SAU abilitatea reprezintă o componentă necesară sau precursoră a unei deprinderi cruciale? <p>2. Abilitatea va trebui realizată de o altă persoană în cazul în care copilul nu o poate realiza?</p> <ul style="list-style-type: none"> Abilitatea este crucială pentru finalizarea majorității rutinelor zilnice? Abilitatea este considerată un element precursor, component sau necesar în achiziționarea unei alte abilități? 	<p>5. Poate fi predată această abilitate într-o modalitate care să reflecte maniera de utilizare a acesteia în mediile zilnice de viață?</p> <ul style="list-style-type: none"> Ar putea alte persoane să ofere oportunități sau să îl învețe pe copil această abilitate în situațiile obișnuite de zi cu zi? <p>6. Se poate obține această abilitate de către profesor/ părinte/ terapeut/ educator în cadrul activităților educaționale/ de acasă?</p> <ul style="list-style-type: none"> Scopul/ obiectivul este redactat într-un limbaj clar, lipsit de jargon care poate fi înțeles de orice membru al echipei? Abilitatea este scurtă astfel încât să nu creeze confuzii, să nu conțină termeni clinici sau să nu necesite cunoștințe specifice care nu sunt puse la dispoziția tuturor membrilor echipei?
Caracterul general	Caracterul măsurabil
<p>3. Abilitatea reprezintă un concept general sau o categorie de răspunsuri?</p> <ul style="list-style-type: none"> Scopul reprezintă un proces generic? Scopul reprezintă un grup de comportamente conexe? Obiectivul este un element precursor sau component al scopului (de exemplu un punct de referință)? Obiectivul reprezintă o componentă sau un aspect al scopului? <p>4. Poate fi generalizată abilitatea la o varietate de medii, resurse și/sau persoane?</p> <ul style="list-style-type: none"> Poate copilul să utilizeze abilitatea în mai multe tipuri de medii, cu diferite resurse și/sau persoane? Copilul poate utiliza obiecte zilnice atunci când execută abilitatea? 	<p>7. Abilitatea poate fi văzută și/sau auzită?</p> <ul style="list-style-type: none"> Se pot pune mai multe persoane de acord privind faptul că abilitatea a fost manifestată? Există o definiție specifică a abilității – este aceasta definită operațional? <p>8. Poate fi abilitatea măsurată direct?</p> <ul style="list-style-type: none"> Există informații privind dimensiunea abilității (de exemplu: frecvență, durată, latență, rezistență, intensitate, acuratețe)? Este indicat intervalul de timp în care abilitatea trebuie realizată constant (de exemplu: 5 zile, 2 săptămâni)? <p>9. Abilitatea conține criterii de performanță?</p> <ul style="list-style-type: none"> Sunt oferite condițiile sau circumstanțele în care abilitatea trebuie realizată sau demonstrată (de exemplu: atunci când..., în timpul..., la...)? Este precizat nivelul de performanță (de exemplu: cu sprijin, independent) sau apare acest nivel în descrierea comportamentului țintă (de exemplu: copiază, inițiază)?

Adaptat din Notari-Syverson, A.R. & Schuster, S.L. (1995) Putting real life skills into IEP/IFSPs for infants and young children, 27(2), 29-32.

Anexa 2. INVENTARUL ÎNREGISTRĂRII RUTINELOR

ACTIVITĂȚILE COPILULUI DIN TIMPUL ZILEI

Numele copilului:

Data completării:

Data nașterii:

Persoana:

Timpul și durata activității	Activitatea (denumire)	Locul (unde se realizează activitatea)	Persoana (Cine conduce activitatea)	Ce face un adult?	Ce face un copil?

Anexa 3. COMPORTAMENTE VIZUALE SPECIFICE ALE OPIILOR CU DIZABILITATE VIZUALĂ CEREBRALĂ

Comportament	Descrierea comportamentului
Preferința de culoare	Copiii se pot uita la una sau mai multe culori. Unii copii preferă să aleagă mereu aceeași culoare sau sunt mai rapizi în reacțiile vizuale atunci când li se prezintă culoarea preferată.
Preferința pentru itemi în mișcare	Pentru unii copii, itemul vizual trebuie să se afle în mișcare, să aibă caracteristici reflexive sau copilul are nevoie să se miște pentru a vedea itemul. Unii copii pot să vadă mai bine când se plimbă sau când merg cu mașina.
Latența vizuală	Reacție întârziată la stimuli vizuali. Uneori timpul de latență poate fi foarte lung, iar alteori, din contră, este abia sesizabil.
Preferința pentru o anumită parte a câmpului vizual	Copilul poate indica o preferință pentru privirea itemilor dintr-o anumită parte a câmpului vizual. Copilul poate avea o pierdere de câmp vizual și atunci va utiliza vederea periferică, astfel încât poate părea că se uită prin itemul respectiv.
Dificultăți privind complexitatea vizuală și de mediu	Copilului îi va fi mai ușor să privească un singur obiect simplu pe o fond simplu și poate avea dificultăți cu saturația. Ei vor putea de asemenea să vadă obiectul dacă acesta e suficient de departe de alte obiecte.
Privitul în lumina și privitul în gol	Într-o încăpere, copilul privește pe fereastră în direcția luminii soarelui și/sau privește lumina din tavan. De asemenea este posibil ca un copil să privescă în gol.
Dificultăți de vedere la distanță	Copilul poate să-și aducă obiectele foarte aproape de ochi sau poate manevra obiecte care sunt aproape de ochii săi. Acest lucru nu sugerează neapărat probleme cu acuitatea vizuală, copilul încercând să elimine informațiile de fond. Mișcându-se de lângă obiect, mai multe alte obiecte vor intra în câmpul său vizual și acest aspect interferează cu acuitatea percepției sale vizuale.
Absența reflexului vizual sau reflex vizual atipic	Reflexul de clipire poate fi absent sau întârziat la copil atunci când este atins desupra rădăcinii nasului. Reflexul de clipire ca răspuns la apropierea rapidă a unui obiect poate de asemenea să fie absent sau întârziat.
Dificultăți cu itemi vizuali noi	Unii copii se pot uita doar la obiecte cunoscute, în timp ce alții au o reacție mai rapidă sau privesc mai mult timp obiectele familiare sau pe cele care au caracteristici similare cu obiectele cunoscute, față de cele necunoscute.
Dificultăți sau imposibilitatea de a ajunge la obiecte datorită percepției vizuale.	Copilul nu poate să pună mâna pe o jucărie și să o privească în același timp. Astfel, el va privi obiectul, își va lua ochii de la el și va începe să întindă mâna după el. Uneori poate să ajungă la obiecte mai ușor cu ochii închiși.

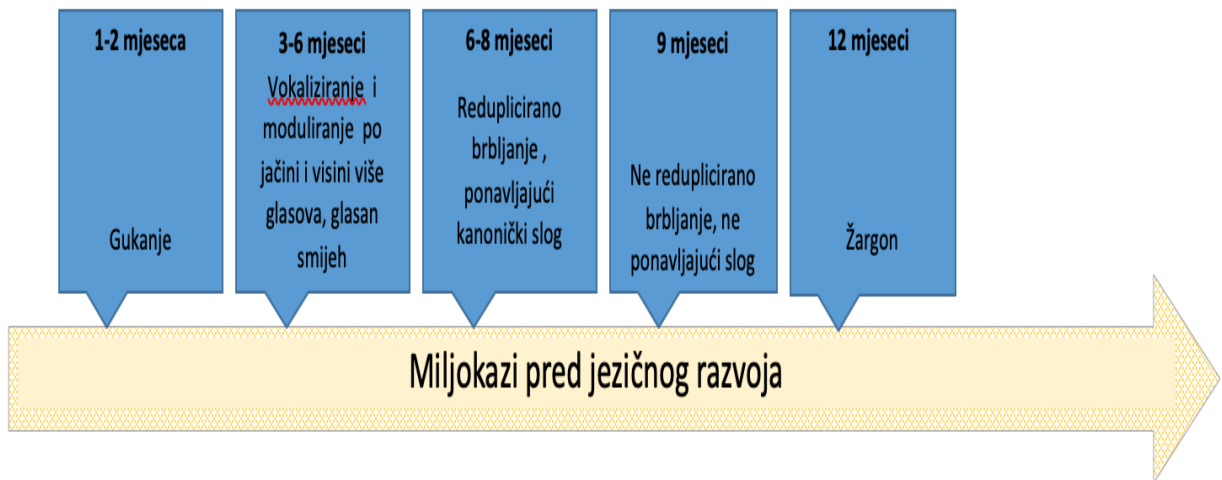
ANEXA 4. SIMPTOMATOLOGIA DISFUNȚIEI ORGANIZĂRII ANUMITOR SISTEME SENZORIALE

SISTEMUL TACTIL	
SENSIBILITATE EXCESIVĂ	SENSIBILITATE REDUSĂ
<ul style="list-style-type: none"> • Reacții exagerate la stimuli tactili • Preferința pentru anumite materiale și texturi • Evitarea activităților care îl pot murdări • Selectiv cu mâncarea 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducerea obiectelor în gură • Atingeri corporale frecvente și batăi din palme • Ignorarea salivei și a resturilor de mâncare din jurul gurii

SISTEMUL PROPRIOCEPTIV	
SENSIBILITATE EXCESIVĂ	SENSIBILITATE REDUSĂ
<ul style="list-style-type: none"> • Obosește ușor • Postură deficitară • Hipermobilitate articulară • Gura deschisă 	<ul style="list-style-type: none"> • Permanent în mișcare • Sărituri • Mersul pe vârfuri

SISTEMUL VESTIBULAR	
SENSIBILITATE EXCESIVĂ	SENSIBILITATE REDUSĂ
<ul style="list-style-type: none"> • Evită legănarea • Evită cățărutul și săriturile • Dificultăți la urcatul scărilor • Teama de a cădea 	<ul style="list-style-type: none"> • Caută stimuli vestibulari de intensitate și durată mare • Rotații • Agitație motrică

Anexa 5. PUNCTE DE REPER ÎN DEZVOLTAREA PRELINGVISTICĂ ȘI LINGVISTICĂ



Anexa 6. JOCURI LOGORITMICE PENTRU COPII MICI

Jocurile de vorbire ritmică sunt destinate copiilor de la 0 la 3 ani. Pe lângă asigurarea stării de bine și a distracției pentru copilul mic, aceste jocuri reprezintă și prima formă de stimulare ritmică și muzicală, activitățile lor multisenzoriale fiind benefice pentru dezvoltarea vorbirii. Prin aceste jocuri se influențează dezvoltarea percepției auditive și a celei spațiale, dezvoltarea ritmului, producerea sunetelor și pronunția, imitarea verbo-motorie și conștientizarea propriului corp. Jocurile au loc într-o atmosferă prietenoasă, plină de grijă și umor, fiind realizate între copil și un adult apropiat de acel copil. Jocurile sunt potrivite tuturor copiilor mici fiind utile în special în cazul copiilor al căror limbaj este în curs de dezvoltare sau al copiilor care prezintă dificultăți motrice sau pierderi de auz.

Cu cât copilul este mai mic sau dificultățile pentru acesta sunt mai mari, mișcărilor vor fi realizate mai lent și cu mai multă atenție, iar vocea adultului va avea o încărcătură afectivă mai mare. Treptat, va crește participarea activă și independența copilului: utilizând stimularea muzicală sau verbală potrivită, copilul va efectua sărituri, va dansa, va bate din palme, va imita mișcărilor mâinilor sau ale întregului corp. Deoarece un copil cu deficiențe vizuale semnificative nu va putea urmări și imita pe baza vederii mișcărilor participanților la joc, este necesar ca într-o primă fază adultul să îi ghideze acestuia mișcărilor – de exemplu: luăm brațele sau picioarele copilului și realizăm cu blândețe mișcarea descrisă în cântecul audiat. Dacă copilul este hipersensibil la atingere și nu acceptă ghidarea *forțată* a părților corpului său, este necesar să se înceapă cu așa-numitele macro-mișcări ale întregului corp. De exemplu, legănatul în poală în timp ce imităm bătaia vântului, ghemuitul ușor pe genunchi în timp ce imităm vocea calului, schimbarea greutății corpului de pe o parte pe cealaltă (în poala adultului) imitând mormăitul ursului, etc. Cântecele folosite în aceste jocuri au o linie melodică potrivită structurii ritmice urmărite. Atunci când imităm ritmul, vom bate din palme și vom bate în masă sau cu piciorul în podea accentuând cuvintele rostite. Este de dorit ca fiecare joc de cuvinte să includă la final un vers amuzant legat de fiecare dată de o mișcare bruscă sau de o exclamație cu încărcătură afectivă. Astfel, copilul va participa la acea parte a cântecului și o va aștepta de fiecare dată cu plăcere.

Jocurile logoritmice nu ar trebui introduse ca activități de lucru obligatoriu de realizat o dată sau de mai multe ori pe zi. Trebuie ales un moment plăcut când copilul este relaxat și într-o dispoziție bună și va accepta în mod spontan jocul propus. Acesta este singurul mod în care copilul va colabora și va fi deschis spre noi experiențe achiziționând astfel noi abilități și cunoștințe. Copiilor de cele mai multe ori le plac cântecele, ritmul și mișcărilor corporale care le însoțesc, astfel că vor participa cu plăcere la astfel de jocuri în care învață mișcări și gesturi, în care imită și anticipă mișcări viitoare și în care învață să înțeleagă limbajul.

Anexa 7. ÎNCURAJAREA JOCULUI SIMBOLIC / UTILIZAREA FUNCȚIONALĂ A OBIECTELOR

Prin utilizarea funcțională a obiectelor încurajăm mișcarea și imitarea semnificativă, aspect important al abilității de comunicare fiindcă implică focusarea pe o altă persoană și urmărirea acțiunilor acesteia. Abilitățile de imitare includ și dobândirea abilității de a se concentra asupra jocului împărtășit (atenția împărtășită) – aspect care trebuie deseori inițiat și descris copiilor cu dizabilități multiple. În toate aceste activități vom oferi sprijin copilului în măsura în care el poate tolera acest sprijin, îl vom îndruma fizic și îi vom încuraja inițiativele și abilitățile de comunicare (de exemplu alegerea itemului dorit dintre cele două oferite, jocurile de alternanță de tipul Eu-apoi-Tu, încurajarea solicitărilor de tipul *mai mult, gata*, urmărirea unei instrucțiuni de tipul *ia! dă-mi!*, etc). În timpul jocului ar trebui urmărit interesul copilului, nefiind necesar să arătăm și să folosim toate obiectele odată, acest lucru putând însemna prea multe informații simultan pentru copil, caz în care el poate refuza jocul. Dacă copilul arată un interes mai mare pentru un anumit joc și se descurcă bine cu componentele acestuia – acel interes trebuie urmat. Doar implicarea activă și motivată a copilului stimulează învățarea de calitate. Toate acțiunile jocurilor trebuie demonstrate și în situații din viața cotidiană pentru a câștiga mai multe oportunități de învățare și focusare pe acțiunile celorlalți. În continuare este prezentată o sugestie de obiecte (jucării) care stimulează manipularea cu sens a acestora și pe care le puteți depozita într-o cutie tematică pentru a putea fi ușor de accesat.

- Mașină sau alt vehicul - împingere pe podea, *coliziune* cu un alt vehicul, împingerea spre cutia-garaj
- Pălărie – așezarea pe capul copilului sau al altcuiva – de exemplu al mamei sau al ursulețului.
- Telefon mobil de jucărie – așezarea la ureche, apăsarea tastelor, activarea sunetului
- Flori – le mirosim, le punem în vază
- Minge – împinsă, aruncată, pasată, aruncată la coș
- Carte – atingere cu degetul, urmărirea unor contururi/ a rândului, deschiderea, închiderea, activarea sunetului la cărțile cu sunete
- Lingură – amestecarea unui lichid imaginar într-un bol, urmărirea mișcărilor din timpul hrănirii
- Prosop – ștergem fața, părul, corpul
- Pantofi/ șosete – punem pe picioare, le dăm jos, încălțatul/ descălțatul propriu, încălțatul / descălțatul păpușii.
- Avion – prehensiunea, lansarea în zbor
- Ceas de mână de jucărie, brățară, mărgelă – așezăm pe mână, peste cap, punem pe o păpușă/ jucărie de pluș.
- Pieptăn – pieptănarea proprie, a păpușilor, ursuleților, a mamei

- Cântatul la un instrument muzical – pian, toacă, trompetă
- Ochelari – de pus la ochi, la ochii păpușii, etc.
- Mătură – imitarea mișcărilor de măturare și strângere a gunoiului.
- Jocul cu păpuși, ursuleți și obiectele acestora (pieptăn, suzetă, sticlă, papuci, lingură, scutec, păturică, etc.). Încurajăm imitarea diferitelor activități precum pieptănatul, culcatul, hrănirea, etc.

Faceți o poză fiecărui obiect pentru a putea crea o asocieră a obiectului cu imaginea sa. Se poate dezvolta vocabularul receptiv prin recunoașterea și numirea obiectului sau a imaginii acestuia. Se poate viza și operația de selectare dintre două sau mai multe opțiuni. Imaginile care nu sunt identice cu obiectul pot fi create ulterior – aspect care încurajează generalizarea conceptelor (de exemplu mingea poate arăta diferit: roșie-galbenă, mare-mică, pentru plajă sau fotbal, dar este tot o minge).



Exemplu de cutie tematică (sursa: Mali dom - Zagreb)

Anexa 8. CUM SE REALIZEAZĂ MASAJUL ORAL-FACIAL

1. Aplicarea presiunii ritmice pentru copiii cu tonus muscular scăzut (ușoară apăsare). Se realizează în zona articulației temporo-mandibulare, la colțurile buzelor și de-a lungul suprafeței exterioare a acestora.
2. Apucați partea moale a obrazilor și îndepărtați-o de zona osoasă – pe ambele părți ale feței (de 5 ori).
3. Apăsați degetul arătător sub buza inferioară de jos în sus (spre buza superioară).
4. Cu ambele degete mari, simultan, faceți mișcări de tragere dinspre vârful bărbiei spre colțurile buzelor.
5. Prin apăsarea punctului de sub bărbie ușor în interior se stimulează rădăcina limbii și mișcarea de înghițire (o tehnică utilă și în timpul hrănirii).
6. Mișcările circulare ale mandibulei simulează mișcările de masticatie (degetul mare pe bărbie, arătătorul pe obraz și degetul mijlociu îndoit sub bărbie) – se mișcă ușor toată mandibula la început pe direcția sus-jos și apoi circular atât cât permite mandibula.
7. Masarea gâtului cu palma prin mișcări ușoare în sensul înghițirii (de 5 ori).
8. Cu periuța se apasă ritmic larg în jurul buzelor și apoi se periază circular. Cu o periuță foarte subțire se gădilă buzele de-a lungul marginii exterioare până când copilul începe să le apropie ca și cum ceva îl nemulțumește.
9. Treptat se utilizează obiecte de masaj pentru zona din jurul buzelor, obraji și bărbie și periuțe vibratoare pentru zona interioară a buzelor și pentru buze. Se masează gingiile cu mișcări stânga-dreapta și apoi cu mișcări circulare atât cât permite zona cavității bucale. Aceasta este util în special în cazul copiilor cu hiposensibilitate a zonei oral-faciale fiindcă le dezvoltă experiențele de atingere și presiune.
10. Utilizați bureți de masaj pentru stimularea externă și internă. Pentru o stimulare facilă este indicat să înmuiți burețelul într-un lichid (apă sau suc). Acesta se trece de-a lungul marginii exterioare a buzelor și pe interiorul obrazilor într-o mișcare circulară pe ambele părți. Un burete se poate folosi și pentru a simula absorbția lichidului sau pentru a încerca noi arome (stimulare nutrițională).
11. Întindeți buzele de la colțuri la linia de mijloc. Stimulează conștientizarea, mobilitatea și forța. Se poate realiza cu un deget protejat de mănușă sau cu o periuță cu burete.

Anexa 9. TEXTURA ALIMENTELOR ȘI ABILITĂȚI DE HRĂNIRE

TEXTURĂ	DESCRIERE	EXEMPLU	COPILUL POATE
Alimente făcute piure sau date prin blender, alimente comerciale pentru bebeluși	Mâncarea este sub forma unei paste sau a unui lichid gros; utilizați o sită sau un blender pentru a forma o pastă și adăugați lichid pentru a ajunge la consistența dorită.	Budică, piure de mere; carne, legume sau fructe date prin blender.	Să sugă și să înghită. Să ia mâncarea din linguriță cu buzele. Să înghită un piure mai gros fără să se înece.
Pasat, cu cocoloașe	Alimentele sunt pasate în blender sau cu furculița și au o anumită textură și consistență	Cartofi pasați, banane pasate și alte fructe moi; ouă fierte tare pasate; morcovi sau dovlecei pasați	Să înghită fără a se îneca. Să își închidă buzele atunci când înghite. Să facă mișcări sus-jos de ronțait.
Măcinat	Alimente măcinate în robot – nu în blender; alimentele au câteva cocoloașe pentru mestecat – sunt ușor de mestecat.	Carne măcinată; omletă, brânză de vaci, bucăți mici de pâine prăjită, biscuiți ruși în bucățele mici	Să înceapă să mestece prin mișcări circulare.
Tocat	Tăiat cu cuțitul în bucățele mici (fără alimente crude și tari – de exemplu morcovi)	Fructe tocate – crude și moi sau fierte; carne și legume fierte tăiate în bucățele mici	Să mestece prin mișcări circulare.
Normal	Alimente tăiate sau lăsate întregi	Toate alimentele	Să închidă buzele și să rețină mâncarea în gură. Să muște din alimente.

Anexa 10. CUM SE POATE PREVENI SAU REDUCE RISUL ÎNECĂRII CU ALIMENTE

Chiar și atunci când există un control oral-motric bun, înecarea cu alimente se poate întâmpla oricărui copil. În continuare sunt câteva tipuri de alimente de evitat și câteva tehnici de preparare care previn înecarea:

- Gătiți mâncarea până când este destul de moale pentru ca furculița să treacă ușor prin ea.
- Tăiați alimentele în bucăți mai mici sau felii mai subțiri pentru a fi mai ușor de mestecat.
- Este mai bine să tăiați alimentele în fâșii subțiri decât în forme circulare sau în cuburi (de exemplu morcovii fierți).
- Mixați mâncarea și pregătiți alimente suculente
- Scoateți toate oasele de la carne
- Îndepărtați coaja și semințele fructelor
- Evitați nucile și semințele dacă nu sunt măcinate fin
- Evitați popcornul și strugurii.

Anexa 11. EXTRAS DIN: LITTLE HANDBOOK FOR CONTACT WITH SPECIAL CHILDREN
(COPYRIGHT BLINDENINSTITUTSSTIFTUNG FRÜHFÖRDERUNG SEHEN)

Părinții au întotdeauna o legătură individuală cu copiii lor. Nesiguranțele în comunicare și interacțiune apar atunci când copiii percep mediul lor diferit față de părinți. Acest manual își propune să vină în sprijinul dumneavoastră în ceea ce privește contactul și interacțiunea cu acești copii speciali. El este menit să vă încurajeze și să vă ofere idei privind construirea unei relații cu copilul.

Dacă copilul Dvs. nu vede:

- Vorbiți cu el și stabiliți un contact fizic- de atingere.
- Spuneți-i ce vedeți și ce faceți.
- Repetați sunetele și mișcările lui.
- Oferiți-i suficient timp pentru a vă percepe și pentru a vă înțelege.



Dacă copilul Dvs. refuză să fie atins:

- ➔ Vorbiți cu el și faceți zgomote.
- ➔ Asigurați-vă că vă poate vedea.
- ➔ Oferiți-i oportunitatea de a vă atinge.
- ➔ Acționați întotdeauna în același fel, astfel copilul va ști ce se întâmplă într-o anumită situație.
- ➔ Oferiți-i timp să vă perceapă și să vă înțeleagă

Dacă copilul Dvs. nu vă aude:

- ➔ Îl faceți atent la Dvs prin aprinderea luminii sau prin fluturarea mâinii.
- ➔ Asigurați-vă că vă poate vedea.
- ➔ Vorbiți-i oricum, folosiți-vă și de mâini.
- ➔ Repetați mișcările și sunetele făcute de el.
- ➔ Oferiți-i timp să vă perceapă și să vă înțeleagă.

Dacă copilul Dvs. nu vă poate vedea și nu vă poate nici auzi:

- ➔ Vă puteți face auzit prin vibrații ale podelei (bătaie din picior), ale mesei sau altei suprafețe pe care o loviți ușor cu mâna sau pumnul sau prin suflarea ușoară asupra mâinii copilului sau asupra altei părți a corpului.
- ➔ Îl puteți atinge și vă puteți situa în imediata lui apropiere.
- ➔ Puteți produce împreună sunete și mișcări.
- ➔ Repetați mișcările și sunetele produse de el împreună cu el.
- ➔ Plasați-vă mâna sub mâna lui și explorați mediul înconjurător împreună.
- ➔ Oferiți-i timp să vă perceapă și să vă înțeleagă.

Anexa 12. Exemple video

Vă rugăm să descărcați materialul -

<https://get.massive.app/01EX4790S3JVH3B6NQSFI0EPPS?secret=YGcAVYSnINPsDFAB>