

**UNIVERSITATEA "BABEȘ-BOLYAI" CLUJ-NAPOCA
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI**

TEZĂ DE DOCTORAT

Rezumat

**ADAPTAREA UNOR MODALITĂȚI DE INTERVENȚIE
PSIHOPEDAGOGICĂ LA COPIII CU AUTISM**

**Conducător științific
Prof.univ.dr. Vasile Preda**

**Doctorand
Anca-Maria Costache
(căs. Mărginean)**

2013

CUPRINS

INTRODUCERE	1
CAP. 1. DELIMITĂRI CONCEPTUALE ÎN AUTISM	
1.1. Definirea autismului	4
1.2. Principalele direcții teoretice în autism	6
<i>1.2.1. Autismul și “ theory of mind”</i>	6
<i>1.2.2. Teoria coerenței central</i>	8
<i>1.2.3. Teoria disfuncțiilor executive</i>	10
1.3. Criteriile de diagnostic DSM-IV-TR	12
1.4. Criteriile de diagnostic ICD-10	13
CAP. 2. CARACTERISTICILE COPILULUI CU AUTISM	
2.1. Afectarea calitativă a interacțiunii sociale	15
2.2 Tulburările comunicării și a limbajului	17
2.3 Comportamente și interese stereotipe, repetitive și restrânse	18
2.4 Particularități ale dezvoltării senzoriale	19
2.5 Dezvoltarea motricității	23
2.6 Dezvoltarea sinelui și percepția de sine	26
2.7 Caracteristicile jocului la copilul autist	27
CAP. 3. MODALITĂȚI TERAPEUTICE UTILIZATE ÎN AUTISM	
3.1 Picture Exchange Communication System (PECS)	31
3.2 Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH)	33
3.3 Applied Behavioral Analysis (ABA)	36
3.4 Programul Lovaas	40
CAP. 4. METODOLOGIA CERCETĂRII	
4.1.Obiectivele cercetării	43
4.2.Ipotezele cercetării	43

4.3. Lotul de participanți implicați în cercetare.....	43
4.4.Descrierea instrumentelor de investigare.....	44
4.5.Procedura de lucru.....	46
CAP. 5. REZULTATELE CERCETĂRII ȘI INTERPRETAREA DATELOR	
5.1. Studiu de caz 1	48
5.2. Studiu de caz 2	66
5.3. Studiu de caz 3	108
5.4. Studiu de caz 4	128
CAP. 6. DISCUȚII ȘI CONCLUZII FINALE.....	144
BIBLIOGRAFIE	148

Notă: paginația aferentă capitolelor și subcapitolelor, este cea care se regăsește în lucrarea integrală

CUVINTE CHEIE: autism, evaluare, plan de intervenție individualizat, modalități de intervenție, ABA, PECS, TEACCH, programul Lovaas, adaptare, activități specifice.

INTRODUCERE

Autismul este o tulburare care și în zilele noastre rămâne enigmatică (Fritt, 1989). Persoanele cu o dezvoltare tipică nu reușesc să pătrundă în lumea persoanelor cu autism, la fel cum nici ele nu reușesc să înțeleagă lumea noastră. Cercetătorii au făcut diverse cercetări și studii și au fost interesați să găsească cauzele apariției acestei tulburări pentru a putea înțelege cum funcționează creierul unui persoane cu autism și pentru a putea înțelege paleta unică de simptome prezente în cazul acestei tulburări.

De-a lungul timpului, modul în care era perceput un individ cu autism a variat mult. Dacă în 1799 copiii care prezentau simptome caracteristice autismului erau etichetați “copii sălbatici”- primul caz fiind descris de Itard (Victor, “sălbaticul de la Aveyron”), în secolul XIX sunt numiți “idioti” de către Séguin iar Moreau se referă la tulburarea care însumează caracteristicile autismului cu termenul “nebulie infantilă” pentru a se ajunge în 1943 la folosirea termenului “autism” impus de Kanner. Însă Stone (2004) prezintă opinia unui adult autist care susține că termenul “self-driven” (centrați pe sine), utilizat în descrierea acestor persoane este jignitor și că ar trebui să se înțeleagă că ele urmăresc înțelegerea propriei persoane și le lipsește abilitatea de a înțelege emoțiile altor oameni cu toate că își doresc acest lucru. Multe studii recente insistă pe faptul că persoanele cu autism trebuie ajutate să înțeleagă aspectele lumii în care trăim, caracteristicile relațiilor interumane și că modalitatea de abordare trebuie să fie una detașată, lejeră, bazată pe iubire și afecțiune ținând mereu cont de unicitatea fiecărui caz, de interesele, nevoile, particularitățile cognitive, comportamentale și senzoriale ale fiecăruia (Stone, 2004, Moor, 2008, Shore și Rastelli, 2006; Notbohm și Zysk, 2004; Myles, Cooper Swanson, Holverstott, Moore Duncan, 2007).

Frith (1989) afirmă că autismul a fost descris pentru prima dată de Leo Kanner în 1943 și de Hans Asperger în 1944 care au publicat studii de caz și au încercat să explice aspectele particulare tulburării autiste. Atât Kanner cât și Asperger au folosit termenul “autism” (cuvântul provine din grecescul “autos” care înseamnă “sine”) pentru a descrie tulburarea; acest termen fusese deja folosit de psihiatrul Eugen Bleuler în 1911 pentru a se referi la tulburări specifice schizofreniei ca limitarea relațiilor cu alte persoane și cu mediul, limitare descrisă ca retragerea în sine și evitarea oricărei forme de relaționare socială. Kanner descrie particularitățile tulburării folosind expresiile “singurătate autistă” (cu referire la tulburările care apar la nivelul relaționării

cu persoanele și cu mediul); “dorința pentru monotonie” (referindu-se la repetiția obsesivă a unor comportamente, sunete și la preferința pentru a păstra totul în aceeași formă); “insule de abilități” (pentru a descrie abilitățile excepționale pe anumite paliere ale acestor copii).

Majoritatea cercetătorilor care studiază autismul cad de acord asupra faptului că manifestările autiste sunt un răspuns comportamental la un substrat organic al creierelor lor. De fapt, autismul este un complex sindrom developmental, incluzând un grup eterogen de indivizi cu simptome similare, dar cu etiologii biologice multiple (Secară, 2006).

În prezent autismul este descris ca o tulburare pervazivă de dezvoltare, persoanele afectate manifestând deficite la nivelul interacțiunilor sociale (utilizarea comportamentului nonverbal în comunicare, reciprocitate social/emoțională), comunicării verbale și nonverbale și un domeniu restrâns și stereotip de interese și activități (American Psychiatric Association, 1994; Myles, Cooper Swanson, Holverstott, Moore Duncan, 2007).

În cazul manualelor de diagnostic, DSM-IV-TR și ICD-10, se poate vorbi despre un acord asupra manifestărilor acestei tulburări: afectarea capacității de comunicare și a interacțiunilor sociale, precum și comportamente stereotipe și repetitive (Volkmar, 1998).

Intervențiile educaționale în autism s-au dezvoltat ca cele mai eficiente fiind intervențiile non-biologice. Există cercetări în literatura de specialitate care relatează rezultate și date promițătoare (Lovaas susține că un program de intervenție de 40 ore/săptămână ar duce la “vindecare”), însă acest aspect a fost criticat.

Disfuncționalitățile la nivelul interacțiunilor sociale, a comunicării, a capacității imaginative și la nivelul imitației prezentate de persoanele cu autism impun abordări individualizate și personalizate. Cu cât se realizează mai de timpuriu intervenția și recuperarea, cu atât șansele unei îmbunătățiri semnificative sunt mai mari (Myles, Cooper Swanson, Holverstott, Moore Duncan, 2007) .

Aspectele mai sus enumerate și descrise sunt doar câteva din motivele care au dus la alegerea temei de cercetare, intitulată *Adaptarea unor modalități de intervenție psihopedagogică la copiii cu autism*. Lucrarea de față abordează un subiect de o mare actualitate și anvergură la nivelul întregului mapamond.

Cadrul teoretic este împărțit în trei capitole diverite. Primul capitol al lucrării realizează o trecere în revistă a criteriilor de diagnostic pentru autism, impuse de manualele oficiale de diagnostic (DSM-IV și ICD-10) și a simptomatologiei. În cadrul simptomatologiei sunt detaliate

deficitele la nivelul interacțiunilor sociale și a comunicării (limbajului), comportamentele stereotipe și repetitive, dezvoltarea senzorialității.

Caracteristicile copilului autist sunt tratate în sfera celui de al doilea capitol, fiind descrise câteva particularități ale jocului copilului autist și amintirea unor scale care evaluează acest aspect. De asemenea, se face referire și la specificul dezvoltării limbajului și a comunicării, la dificultățile de integrare socială, cât și la comportamentul obsesiv și ritualic și dezvoltarea percepției de sine.

Cele mai vehiculate și validate terapii utilizate în autism sunt abordate în al treilea capitol alocat fundamentării teoretice și anume: Picture Exchange Communication Systems (PECS), Treatment and Education of Autistic and other Communication Handicapped Children (TEACCH), Applied Behavioral Analysis (ABA) și programul Lovaas.

Secțiunea care vizează cercetarea este alcătuită, de asemenea, din trei capitole diferite. Ca urmare, în cadrul capitolului care cuprinde aspecte ce țin de *metodologia cercetării*, sunt descrise anumite aspecte care vizează cercetarea elaborată și anume: obiectivele și ipotezele cercetării, lotul de participanți și instrumentele de investigare, cât și procedura de lucru.

Studiile de caz, prezentate în cadrul capitolului cinci, au rolul de a evidenția modalități specifice de evaluare și intervenție care au ajutat copiii cu autism să funcționeze la un nivel optim, atât în mediile sociale, cât și în cel familial. Deoarece, copiii cu autism au o dezvoltare unică, iar paleta simptomatică este diversă și complexă, aspecte evidențiate și în literatura de specialitate, nu s-a optat pentru o metodologie de tip clasic în cadrul cercetării de față. Ca urmare, s-a făcut apel la studiile individuale longitudinale, acestea fiind considerate a fi o opțiune optimă pentru a prezenta și ilustra într-o manieră justă și cu acuratețe progresele participanților și bineînțeles, aspectele cuprinse în cercetare. Rezultatele obținute au fost prezentate și dezbătute, atât în cadrul fiecărui studiu în parte, cât și în cadrul capitolului șase, numit *Concluzii, limitele cercetării și noi perspective de cercetare*.

Capitolul 1

DELIMITĂRI CONCEPTUALE ÎN AUTISM

1.1 Definirea autismului

În multe scrieri copiii cu autism sunt descriși ca fiind “absorbiți de ei înșiși” sau “de o lume diferită”, fiind caracterizați printr-o slabă receptivitate a tot ceea ce îi înconjoară și o întârziere a limbajului (Baron-Cohen, 2005; Baron-Cohen, Bolton, 1993; Lovaas, 1985, 1986). Adeseori, acești copii nu acceptă schimbările, familiile lor întâmpinând dificultăți în a ieși în locuri publice. Copiii autiști pot dezvolta comportamente agresive (hetero și autoagresive), pot apela la comportamente auto-stimulative care necesită intervenție pentru a putea fi liniștiți (Schechtman, 2007; Lovaas, 1985, 1986).

În cele mai multe cazuri, părinții sunt primii care observă comportamentul aparte sau diferit al copiilor lor. Adeseori, copilul pare a fi diferit încă de la naștere: nu reacționează la persoanele și jucăriile din jur (de exemplu, când sunt strigați pe nume sau le este arătată o jucărie) sau își fixează privirea pe un anumit obiect din mediul său, pentru o perioadă mai lungă de timp. De asemenea, comportamentul diferit al copilului poate debuta și după o perioadă de dezvoltare normală, când părinții sau tutorii își dau seama că ceva nu este în regulă cu copiii lor (Mureșan, 2004; Muraru-Cernomazu, 2005; Baron-Cohen și Belmonte, 2005).

Dacă debutul este precoce, spre luna a 4-a – a 8-a de viață se remarcă la acești copii lipsa mișcărilor anticipatorii, atunci când sunt luați în brațe și lipsa feedback-ului la zâmbetul mamei (Bărbuți, Giurgiu, 2004). Copilul autist nu știe să analizeze informația transmisă, provenită din partea superioară a feței. Ochii și sprâncenele nu sunt pentru el purtători de mesaje sau, dimpotrivă, îi provoacă o emoție extremă, insuportabilă (Mureșan, 2004; Baron-Cohen și Belmonte, 2005; Lord și Paul, 1997; Tager-Flusberg, 1992).

Simptomele se prezintă sub diferite forme, la diferite vârste de dezvoltare sau cronologice. Nivelul limbajului și severitatea simptomelor pot fi corelate cu nivelul de IQ. Copiii cu un IQ ridicat prezintă un mai bun prognostic; cu cât copilul are un IQ mai mic, cu atât mai fi mai severă întârzierea limbajului în dezvoltarea socială (Wing și Gould, 1979). Oricum, IQ-ul preșcolarilor nu este un indicator pentru potențialul copiilor, deoarece unii copii prezintă progrese semnificative în cadrul programelor de intervenție timpurie (Rapin, 1997; Eikeseth, 1999). Se estimează că în aproximativ 75% din cazuri există o întârziere mintală (Loftin, 2005).

Frecvent limbajul este întârziat, iar atunci când acesta se dezvoltă, în majoritatea cazurilor este ecolalic (Fay și Schuler, 1980), repetând cuvinte și fraze rostite de ceilalți (American Psychiatric Association, 2000; Gense și Gense, 2002) într-o manieră idiosincronică (Gense și Gense, 2002). Copilul poate spune: „Vrei prăjitură?”, atunci când el dorește prăjitură sau poate repeta la infinit un singur cuvânt. De asemenea, copiii își pot dori să vorbească și să aibă un partener de comunicare (Jamieson, 2004).

Copiii cu autism nu sunt capabili să descifreze intențiile sociale, o problemă de procesare care îi va însoți pe parcursul întregii vieți. Ca urmare, ei întâmpină dificultăți în relaționarea cu ceilalți și cu mediul înconjurător. De asemenea, le este foarte greu să înțeleagă o anumită situație din punctul de vedere a celorlalți. Comportamentele neadecvate, repetitive și ritualistice, cum ar fi demontarea și construirea unor obiecte (Albano, 2005), învârtitul obiectelor (Jamieson, 2004), repetiții ale mișcărilor mâinilor, degetelor, brațelor, lovirea capului, mersul înainte și înapoi (Albano, 2005), balansări ale corpului înainte și înapoi îndată ce poate sta în patru labe, serii interminabile de sărituri pe saltea sau mișcările de rotație în jurul propriei axe (Mureșan, 2004) sunt caracteristici comune ale copiilor cu autism.

Comportamentul agresiv nu este caracteristic copiilor cu autism, dar uneori pot prezenta comportamente auto și heteroagresive. Aceste comportamente de diminuează în momentul în care copiii învață să comunice.

Copiii cu autism pot să prezinte hipersensibilitate la sunete, atingere, mirosuri sau stimuli vizuali, o condiție datorată integrării senzoriale disfuncționale. Integrarea senzorială ajută creierul să-și organizeze inputurile senzoriale pentru a fi utilizate, pentru a se concentra asupra senzațiilor relevante, să le elimine pe cele irelevante și să organizeze senzațiile astfel încât persoana să poată interacționa efectiv cu mediul. Deficitul de integrare senzorială apare atunci când creierul nu procesează sau organizează paleta de stimuli senzoriali într-o manieră care îi oferă copilului informații precise despre lumea care există în jurul lui.

Estimări făcute acum mulți ani asupra prevalenței autismului arată că apăsarea destul de rar (4 la 10.000 de copii), dar după 1900 o serie de rapoarte sugerau că autismul apărea mult mai des. Cea mai mare estimare arată că autismul ca rată, survine o dată la 166 de copii născuți. Această schimbare majoră a fost interpretată pe baza existenței unor noi cauze de mediu (efectele unor vaccine), dar criticii acestui punct de vedere explică această creștere prin larga paletă de diagnostic și dificultatea afirmării acestuia (Baron-Cohen, 2005; Baron-Cohen, Bolton, 1993).

În majoritatea cazurilor, părinții relatează despre debutul tulburării autiste că ar fi survenit înainte de vârsta de 3 ani (Mureșan, 2004; DSM-IV-TR, 2003; Secară, 2007; Pawletko și Rocissano, 2000; Lovaas, 1985, 1986 cit. Kanner, 1943). Cu toate acestea este foarte greu de stabilit vârsta reală, la debut, deoarece manifestările în perioada primului an de viață sunt mult mai greu de observat și definit (Mureșan, 2004).

1.2. Principalele direcții teoretice în autism

Deși pe parcursul derulării istoriei autismului s-au vehiculat multe opinii și perspective în ceea ce privește modul de funcționare a individului cu autism, doar trei au luat contur și au rezistat în timp și anume: teoria minții oarbe – autismul și theory of mind, teoria coerenței centrale și teoria disfuncțiilor cognitive.

1.2.1 Autismul și “ theory of mind”

„ Theory of mind” este abilitatea prin care omul pe de o parte știe (prin introspecție) că are dorințe, convingeri, intenții și deduce, prin extensie, că și ceilalți oameni au o minte proprie, gândesc și au convingeri, dorințe, emoții, intenții; în plus, este capabil să genereze ipoteze operaționale și modele mintale ale acestora. Pe baza lor, omul va înțelege și va anticipa modul de comportament al celorlalți indivizi.” (Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985; Peeters, 2009; Secară, 2007; Wellman, 1990).

Abilitatea theory of mind curprinde două componente și anume:

- Social-perceptivă – în cadrul căreia se evaluează stările mintale pe baza informațiilor disponibile. Această componentă apare devreme în dezvoltare și depinde de zonele subcorticele și corticale.
- Social-cognitivă – are la bază nivelul perceptiv, având o corelație strânsă cu acesta. Această componentă a theory of mind corespunde unui nivel superior, depinzând de alte sisteme cognitive cum ar fi memoria și limbajul pentru „măsura” judecata socială (theory of mind) în zonele corticale prefrontale (Secară, 2007; Sparrevohn, Howie, 1995).

Deficitele majore, specifice autismului sunt legate de prima componentă (social-perceptivă) a theory of mind. Indivizii cu autism nu reușesc să analizeze sau să evalueze stările mintale pe baza informațiilor oferite de indicii sociali (fețe, voci). Deficitele sunt în strânsă legătură cu faptul că persoanele autiste nu consideră comportamentul altora ca fiind intențional și

de asemenea, cu imposibilitatea de a se „pune în papucii altuia” și a-i analiza perspectiva. Probleme ulterioare, în componenta social-cognitivă a theory of mind se dezvoltă pe baza celor dintâi - cogniția clădindu-se pe percepție (Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985; ;Secară, 2007; Peeters, 2009).

Nivelul de dezvoltare a capacității de judecată socială se poate evalua prin diferite tipuri de sarcini experimentale, cele mai vehiculate fiind testul *locației neașteptate* (testul Sally-Ann) și testul *conținutului neașteptat* (testul Smarties).

1.2.2 Teoria coerenței centrale

“Conceptul de coerență centrală se referă la tendința persoanelor normale de a percepe și procesa unitar o informație dată (adecvat contextului)” (Secară, 2007). O diminuare a acestei tendințe poate fi problematică în cazul unei sarcini de sinteză, dar poate fi și benefică în sarcini care necesită atenție acordată detaliului.

Din perspectiva teoriei coerenței centrale, propusă de U. Frith (1989), se explică aspectele legate de preferințele, dorințele copiilor cu autism pentru detaliile locale, parțiale în detrimentul procesării globale, generale (Secară, 2007; Frith, 1989; Baron-Cohen, 2005 cit. Frith, 1989; Happe, 1996, 1997).

Funcționarea cognitivă în autism se caracterizează printr-o slabă coerență centrală. Astfel, se explică maniera analitică și zonală de a procesa informațiile, fiind prezente deficite de integrare a informației în concordanță cu contextul și de decodare a înțelesului global (Happe, 1997; Secară, 2007; Benga, 1997).

În concluzie, ca argumente aduse susținerii acestei teorii sunt aspectele legate de faptul că indivizii cu autism nu pot deosebi tipare, modele, șabloane sau stimuli într-un context cu înțeles, contrast persoanelor valide. Acest deficit al coerenței centrale poate reprezenta limitarea în procesarea unor evenimente sau stimuli importanți, dar poate servi și la creșterea performanțelor unui individ cu autism de a procesa stimuli întâmplători, aleatori. Astfel, acest aspect ar putea explica și unele abilități geniale ale unor indivizi autiști de a realiza „desene complexe, începute de la detalii minore, nesemnificative, pe care le continuă din aproape în aproape” (Secară, 2007).

1.2.3. Teoria disfuncțiilor executive

Termenul de „funcții executive” acoperă o zonă largă de procese cognitive superioare cum ar fi memoria de lucru, anticiparea, planificarea, controlul impulsurilor, inhibiția, flexibilitatea cognitivă sau capacitatea de adaptare la schimbare, inițierea și monitorizarea acțiunilor (Secară, 2007).

Funcțiile cognitive se asociază cu operațiunile realizate în cortexul prefrontal (Secară, 2007). Multe studii susțin acest lucru, prin evidențierea similarităților dintre unele simptome specifice autismului și tabloul clinic al pacienților cu leziuni ale lobului frontal dobândite și anume: flexibilitate cognitivă scăzută, înclinații spre perseverare, slab control inhibitor, deficite în planificarea propriilor acțiuni, o capacitate redusă de comutare a atenției de pe o sarcină pe alta (Das, Kar și Parilla, 1996 cit. Luria și Tsvetkova, 1990), cât și un deficit în abilitatea de a reacționa la feedback atunci când acesta este furnizat în contextual unei interacțiuni verbale, sociale (Cîrneci, 2004 cit. Ozonoff, 2001).

În esență, această teorie încearcă să explice paleta comportamentelor repetitive, a dorinței puternice pentru rutine și a nevoii de “neschimbare” (Ozonoff, Rogers, Farnham și Pennington, 1994; Baron-Cohen, 2004, 2005 cit. Pennington et al, 1997, Russell, 1997a; Secară, 2007; Peeters, 2009). Din această perspectivă se explică lipsa inflexibilității prezentă la indivizii cu autism, cât și tendința de a persevera pe un anumit stimul.

1.3 Criteriile de diagnostic DSM-IV-TR

A. Un total de șase (sau mai mulți) itemi de la (1), (2) și (3), cu cel puțin doi itemi de la (1) și câte unul de la (2) și (3):

(1) *deteriorare calitativă în interacțiunea socială*, manifestată prin cel puțin două din următoarele:

- (a) deteriorare marcată în uzul a multiple comportamente nonverbale, cum ar fi privitul în față, expresia facială, posturile corpului și gesturile, pentru reglarea interacțiunii sociale;
- (b) incapacitatea de a promova relații cu egalii, corespunzătoare nivelului de dezvoltare;

- (c) lipsa căutării spontane de a împărtăși bucuria, interesele sau realizările cu alți oameni (de exemplu, prin lipsa de a arăta, de a aduce sau de a specifica obiectele de interes);
- (d) lipsa de reciprocitate emoțională sau socială;

(2) *deteriorări calitative în comunicare*, manifestate prin cel puțin unul din următoarele:

- (a) întârziere sau lipsă totală a dezvoltării limbajului vorbit (neînsoțită de o încercare de a o compensa prin moduri alternative de comunicare, cum ar fi gestica sau mimica);
- (b) la indivizii cu limbaj adecvat, deteriorarea semnificativă în capacitatea de a iniția sau susține o conversație cu alții;
- (c) uz repetitiv și stereotip de limbaj ori un limbaj vag;
- (d) lipsa unui joc spontan și variat “de-a...” ori a unui joc imitativ social corespunzător nivelului de dezvoltare;

(3) *patternuri stereotipe și repetitive restrânse de comportament, preocupări și activități*, manifestate printr-unul din următoarele:

- (a) preocupare circumscrisă la unul sau mai multe patternuri restrânse și stereotipe de interese, care este anormală, fie ca intensitate, fie ca focalizare;
- (b) aderență inflexibilă evidentă de anumite rutine sau ritualuri nonfuncționale;
- (c) manierisme motorii stereotipe și repetitive (de exemplu, fluturatul sau răsucitul degetelor sau mâinilor ori mișcări complexe ale întregului corp);
- (d) preocupare persistent pentru părți ale obiectelor.

B. Întârzieri sau funcționare anormală în cel puțin unul din următoarele domenii, cu debut înainte de etatea de 3 ani: (1) interacțiune socială, (2) limbaj, așa cum este utilizat în comunicarea socială, ori (3) joc imaginativ sau simbolic (American Psychiatric Association, 2003).

1.4 Criteriile de diagnostic ICD-10

A. Dezvoltare anormală sau deficitară evident înainte de 3 ani în cel puțin unul din următoarele domenii:

- (1) limbaj receptiv sau expresiv folosit pentru comunicarea socială;

- (2) dezvoltarea atașamentelor sociale selective sau a interacțiunilor sociale reciproce;
- (3) joc funcțional sau simbolic.

B. Un total de cel puțin șase simptome prezente, dintre care cel puțin două de la (1) și câte unul de la (2) și (3):

(1) *Alterarea calitativă a interacțiunilor sociale*, manifestate în cel puțin două din următoarele:

- (a) eșecul folosirii adecvate a privirii ochi-în-ochi, a expresiei faciale, a posturilor corporale și a gesturilor pentru reglarea interacțiunii sociale;
- (b) eșecul folosirii (într-o manieră adecvată vârstei mintale și în pofida oportunităților) a relațiilor de prietenie care implică împărtășirea reciprocă a intereselor, activităților și emoțiilor;
- (c) absența reciprocității socio-emoționale manifestată prin:
 - răspuns deficitar sau deviant față de emoțiile altora;
 - absența modelării comportamentului în funcție de contextul social;
 - slabă integrare a comportamentelor sociale, emoționale și comunicative;
- (d) absența căutării spontane a împărtășirii bucuriei, intereselor sau achizițiilor.

(2) *Alterarea calitativă a comunicării*, manifestată în cel puțin unul din următoarele:

- (a) întârziere sau absența totală a dezvoltării limbajului vorbit neînsoțit de o încercare de compensare prin folosirea gesturilor sau mimicii, ca mod alternativ de comunicare (deseori precedată de o absență a gânguritului);
- (b) eșec relativ de inițiere sau susținere a unei conversații (indiferent de nivelul achiziționării limbajului), în care să existe capacitatea de a răspunde la comunicarea altor persoane;
- (c) folosirea stereotipă și repetitivă a limbajului sau folosirea idiosincratică a cuvintelor și frazelor;
- (d) absența jocului simbolic sau a celui imitativ (în cazul copiilor mai mici).

- (3) *Modele restrictive, repetitive și stereotipe de comportament, interese și activități,* manifestate în cel puțin una din următoarele:
- (a) preocuparea persistentă față de:
 - unul sau mai multe modele stereotipe de interes anormale ca și conținut sau orientare;
 - unul sau mai multe interese anormale ca intensitate și ca natură;
 - (b) insistența aparent compulsivă pentru rutine sau ritualuri nonfuncționale specifice;
 - (c) manierisme motorii stereotipe și repetitive care implică fie porțiuni, fie corpul în întregime;
 - (d) preocupări față de părți ale obiectelor sau elemente nonfuncționale ale materialelor de joc (de exemplu, mirosul lor, atingerea suprafeței sau zgomotul generat de vibrația lor);
 - (e) tabloul clinic nu este atribuabil altor tipuri de tulburări pervasive de dezvoltare (C. Mureșan, 2004; Brandsborg, 2002; Ingsholt, 2002).

Capitolul 2

CARACTERISTICILE COPILULUI AUTIST

2.1 Afectarea calitativă a interacțiunii sociale

În ceea ce privește incapacitatea persoanelor autiste de a interacționa social în limitele normalului, putem vorbi de dificultățile pe care le întâmpină copiii în a stabili relații cu ceilalți (Secară 2006, 2007 cit. Liegel 1989; Pawletco, 2002; Pawletko și Rocissano, 2000), absența abilităților de înțelegere și exprimare a formelor de comunicare nonverbale, precum: contactul vizual, mimica facială, postura corporală, gestică (Preda, 2005; Muraru-Cernomazu, 2005; Valente, 2004).

De asemenea, copiii autiști ”decodează” eronat semnalele sociale și emoționale (Secară 2006, 2007) și în general, nu utilizează limbajul pentru a transmite emoții sau utilizează într-o mică măsură limbajul, fiind lipsit de tonalitate emoțională (Preda, 2005; 2008; Mureșan, 2004; Griffin, 2002).

Încă de la o vârstă fragedă, copiii cu autism învață cu foarte mare dificultate cum să se angajeze în interacțiuni obișnuite cu alți oameni, caracteristic lor fiind lipsa unei reciprocități sociale: „a primi” și „a da” (Secară, 2006; Gense și Gense, 2002).

Melzoff și Gopnik (1993) prezintă imitația timpurie (care la copiii autiști este deficitară), ca fiind primordială în stabilirea și dezvoltarea conexiunilor de către copii între mediul ce îi înconjoară, inclusiv ceilalți oameni și propriile lui trăiri interioare (Griffin, 2002).

Acești copii, pot trata persoanele ca pe niște obiecte, prezentând abilități limitate în înțelegerea sentimentelor și emoțiilor celorlalți (Gense și Gense, 2002, Mureșan, 2004; Valente, 2004; Ingsholt, 2002). Un zâmbet, o grimasă, un clipit par a nu avea nici o semnificație pentru ei (Secară, 2006).

Copiii autiști preșcolari, le lipsește interesul pentru alți copii (Loftin, 2005; Gense și Gense, 2002; Secară, 2006, 2007; Pawletko și Rocissano, 2000) , adesea sunt anxioși, simt un disconfort în cadrul unor situații sociale, nu manifestă bucurie sau satisfacție pentru jocurile organizate împreună cu alți copii, preferând să urmeze anumite rutine și ritualuri în joc. Jocul copilului autist este bizar, comparativ cu nivelul de dezvoltare și capacitățile cognitive. Astfel, se joacă într-un mod repetitiv, jucăriile nefiind utilizate conform scopului (Secară, 2006, Gense și Gense, 2002), prezentând o slabă spontaneitate și imaginație în cadrul jocului. Acești copiii nu inițiază jocuri de tipul „de-a” (pretend play), jocurile funcționale reducându-se la pocnirea, învârtirea, alinierea, trântirea, mirosirea sau lingerea obiectelor (Preda, 2005, 2008; Secară, 2006; Schopler, Lansing, Waters, 1993).

Alte caracteristici ale copilului autist în ceea ce privește anormala dezvoltare a interacțiunilor sociale includ o slabă empatie, incapacitatea prin punerea în scenă a unor personaje, evenimente cu conținut intențional și emoțional (Mureșan, 2004; Griffin, 2002; Preda, 2005, 2008, 2010; Layartigues, Lemonnier, 2005). Nu înțelege faptul că oamenii pot avea intenții, păreri, sentimente sau scopuri diferite de ale lor. Așadar, nu este capabil să înțeleagă acțiunile altor persoane, scenariii cu conținut emoțional, să conceapă o poveste ținând cont de stările mentale ale protagoniștilor (Dahlgren, Gillberg, 1989; Mureșan, 2004; Layartigues, Lemonnier, 2005).

2.2 Tulburările comunicării și a limbajului

La copiii autiști, se observă încă de foarte devreme, particularitățile contactului vizual. Acestea sunt fie absente, fie nesuținute sau rudimentare (Allott, 2001; Secară, 2006, 2007; Mureșan, 2004; Griffin, 2002; Sigman, Capps, 2000; Stone, 2004). Zâmbetul, surâsul social se manifestă destul de rar.

Copilul autist nu utilizează gesturi simbolice (gânguritul/lalalizarea în tonul vorbirii, sau gestul de indicare - pointing) sau comunicative, iar mișcărilor de anticipare sunt sărace (nu întinde brațele când dorește să fie luat în brațe).

Tulburările de limbaj constituie un bun indicator al prezenței autismului (Carr, Kemp, 1989; Juhel, 1997). Unii copii cu autism nu vor avea niciodată limbaj. La alți copii, acesta se poate dezvolta normal pentru o perioadă de timp, după care se stopează. Alții încep să vorbească doar mai târziu, în jurul vârstei de 5 ani (Dahlgren, Gillberg, 1989; Secară, 2006, 2007; Preda, 2005, 2008; Koegel, O'Dell, Koegel, 1987). În majoritatea cazurilor, anormalitatea limbajului o constituie lipsa dimensiunii sociale a abilităților lingvistice (Secară, 2006, 2007; Koegel și LaZebnik, 2004) și a spontaneității acestuia (Chiang, 2008, Stone, 2004; Charlop și Trasowech, 1991; Charlop și Walsh 1986; Jones, 2007). Pot fi identificate unele rudimente de limbaj sau forme ecolalice ale acestuia, întărite de deficite ale aspectelor sintactic-gramaticale, cât și pe cele pragmatice și prozodice ale limbajului (nu utilizează intonația și tonul vocii în concordanță cu ceea ce vrea să transmită, poate avea o intonație muzicală, vocea este monotonă, plată). Utilizează limbajul mecanic („bandă de magnetofon”), în același mod în care îl aude, inversează pronumele (vorbește despre el utilizând pronumele „tu” sau „el”). Adesea, utilizează un limbaj propriu, alcătuindu-și propriile expresii, folosesc neologisme sau limbajul de adult (Dahlgren, Gillberg, 1989; Secară, 2006, 2007; Muraru-Cernomazu, 2005; Pawletko și Roissano, 2000).

Copilul autist este incapabil să înțeleagă indicații sau întrebări simple, comenzi sau cereri verbale (Preis, 2006 cit. Prizant, 1988; Volkmar, Cohen, & Paul, 1986; Watson, Lord, Schaffer, & Schopler, 1989; Wing & Gould, 1979; Pawletko, 2002) cu atât mai mult formele superioare ale limbajului: limbajul figurat, umorul verbal, ironia, metaforele altora (de exemplu, o expresie sarcastică: „ei, grozav!” va fi interpretată ad literam.) (Sigman, Capps, 2000; Secară, 2006, 2007; Sigman, Dijamco, Gratier, Rozga, 2004).

În reglarea interacțiunilor sociale, lipsesc gesturile, mimica, expresia facială, limbajul corpului, gesturile emoționale (de exemplu, expresia mirării), gesturile referențiale, toate acestea

fiind în neconcordanță cu ceea ce vorbește (Kristoff, Fuentes, 1991; Mureșan, 2004; Secară, 2006, 2007; Pawletko și Rocissano, 2000; Mirenda, 2001), iar în unele cazuri pot dezvolta chiar agresivitate și mânie la auzirea anumitor cuvinte.

2.3 Comportamente și interese stereotipe, repetitive și restrânse

Marea rezistență la schimbare și la noutate, inflexibilitatea duc la dezvoltarea unui comportament rigid al copiilor autiști, care cuprinde multe acțiuni non-funcționale, care intrate în rutina zilnică a copiilor, sunt urmate strict, pas cu pas, primind nuanța unor adevărate ritualuri (Gense și Gense, 2005; Muraru-Cernomazu 2005; Secară 2006, 2007; Valente 2004; Juhel, 1997). Rutina, ordinea și dorința imperativă pentru consecvență în mediul său în care își trăiește viața de zi cu zi, îi oferă copilului autist o oarecare siguranță și stabilitate într-o lume „haotică” (Secară, 2006, 2007; Pawletco, 2002; Pawletco și Rocissano, 2000; Baron-Cohen, Allen, Gillberg, 1992).

Ca urmare, în momentul când intervine o schimbare în mediul și în modul său de viață obișnuit, cum ar fi reamenajarea propriei locuinței, urmarea unui drum sau traseu pe care nu a mai mers, îmbrăcarea de haine noi, utilizarea unor tacâmuri noi, schimbarea estetică a unuia din membrii familiei, mersul într-un spațiu, loc public pot declanșa panică, anxietate în cazul copilului autist (Gense și Gense, 2002; Secară 2006, 2007; Muraru-Cernomazu, 2005; Mureșan, 2004; Stone, 2004). Această panică poate apărea și în cazul unor modificări minore: schimbarea săpunului sau a prosopului din baie, schimbarea coverturii de pe canapea, o coafură diferită a mamei, mutarea unui scaun într-o altă cameră etc.

Din paleta stereotipiilor comportamentale fac parte și unele comportamente motorii aberante. Aceasta cuprinde diferite manierisme motorii, mișcări repetitive bizare (foarte vizibile sau subtile) printre care se amintesc fluturarea mainilor și a degetelor în câmpul vizual, capul aplecat repetat înainte sau chiar întregul corp (balansări înainte și înapoi sau mișcări de rotire a acestuia în jurul propriului ax), mersul pe vârfuri sau mersul înainte și înapoi, „încremenirea” într-o anumită poziție. Unele dintre acestea sunt considerate ca fiind forme de autostimulare senzorială, care apar ca stereotipii (Albano, 2005; Gense și Gense, 2002; Mureșan, 2004; Muraru-Cernomazu, 2005; Secară, 2006, 2007; Valente, 2004; Pawletco, 2002; Pawletko și Rocissano, 2000).

În cazul copiilor autiști, se discută despre absența din repertoriul ludic, a jocului simbolic, de imaginație, acesta fiind înlocuit cu forme manipulative, repetitive de joc, interesul copilului îndreptându-se spre o anumită parte a jucăriilor (Sigman, Capps, 2000; Mureșan, 2004; Muraru-Cernomazu, 2005): învârte la nesfârșit roțile unei mașinuțe sau îi închide și deschide ușile la nesfârșit, închide și deschide sertarele, își petrece ore înșir aliniind cutii de medicamente sau dopuri de la sticlă etc. Unii copii autiști pot dezvolta atașament față de un anumit obiect sau jucărie (un picior de la scaun sau partea din spate a unei bascule sau o păpușă nud) pe care îl iau cu ei oriunde ar merge (chiar și atunci când merg la toaletă).

Comportamentele violente sau autoagresive sunt considerate de unii autori ca făcând parte din registrul stereotipiilor comportamentale, fiind realizate ca un act defensiv (Gense și Gense, 2002; Secară 2006, 2007; Juhel, 1997; Layartigues, Lemonnier, 2005).

2.4 Particularități ale dezvoltării senzoriale

Aparent, senzorialitatea copilului autist pare a fi normală: receptorii săi senzoriali (cele cinci simțuri) sunt intacti. Dar, comportamentele sale te fac să crezi că există un deficit procesării senzoriale.

Persoane autiste celebre, cum ar fi T. Gradin și Selon Ritvo la vârsta adultă și-au descris sistemul auditiv ca fiind un amplificator care își modifică intensitatea și frecvența în funcție de natura stimulilor (Juhel, 1997; Mureșan, 2004; Layartigues, Lemonnier, 2005). Reacția la stimulii auditivi poate varia de la o zi la alta sau de la o perioadă la alta de timp. De exemplu, pot prezenta o hiposensibilitate sau o hipersensibilitate la stimulii auditivi. Sunete sau zgomote frecvente, obișnuite pentru noi pot să fie insuportabile pentru o persoană autistă. De exemplu, pot avea o reacție exagerată la sunetul ventilației din camera de baie sau a uscătorului de păr. În literatura de specialitate este relatată preferința copiilor autiști pentru sunetele înalte, chiar dacă unii copii par a fi surzi (Gense și Gense, 2002; Pawletko și Rocissano, 2000).

Autori precum, Hermelin și O'Connor (1967; 1978) au arătat faptul că în fața unor fotografii prezentate, copiii autiști priveau în mod preferențial fondul, în detrimentul figurilor (fapt realizat de copiii normali). Bullinger (1989) a relatat o serie de anomalii ale abilităților perceptive ale copiilor autiști, spunând că aceștia utilizează, într-un mod privilegiat, proprietățile periferice ale sistemului lor vizual, în detrimentul celui foveal (Mureșan, 2004; Stone, 2004).

Copiii autiști pot manifesta reacții neobișnuite la senzațiile fizice, cum ar fi hipersensibilitate tactilă („tactile defensiveness”) sau hiposensibilitate dureroasă (de exemplu, se poate lovi grav fără a avea nici o reacție).

De asemenea, copiii cu autism pot prezenta tulburări de integrare proprioceptivă, acest lucru putând fi observat în cazul copiilor care pare a fi „împiedicați”, care se ciocnesc intenționat de ceilalți copii. De asemenea, în cadrul activităților cotidiene, pare a fi „năuc”, nu este capabil să își păstreze ordinea, învață cu dificultate literele, mărimile diferite ale scrisului. Prezintă o slabă coordonare a propriilor mișcări și a dozării forței (are dificultăți în a-și opri spontan mișcările proprii: nu poate respecta contururile când colorează), se autoreechilibrează cu dificultate. Este „neîndemânatic”, realizând activități într-o manieră lentă și ineficientă (Secară, 2007; Layartigues, Lemonnier, 2005; Schopler, Lansing, Waters, 1993).

Hipersensibilitatea sau hiposensibilitatea pot atinge toate cele cinci simțuri (Juhel, 1997; Secară, 2007; Fouse și Wheeler, 1997; Preda, 2005). La unii copii autiști doar un singur simț va fi afectat, ei având manifestări diferite. De aceea nu se poate stabili o regulă generală valabilă pentru toți copiii autiști. Copiii autiști sunt singurii în măsură să stabilească cu certitudine dacă sunt hiper sau hiposensibili la prezentarea aceluiași stimul.

2.5 Dezvoltarea motricității

În majoritatea cazurilor copiilor cu autism, dezvoltarea motricității, atât cea fină, cât și cea grosieră, este deficitară. Deoarece, dezvoltarea motricității joacă un rol important în explorarea mediului, în interacțiunile motorii, activități fizic, dezvoltarea abilităților instrumentale de bază (scrisul de mână), este de preferat ca programele terapeutice să includă și kinetoterapie (Muraru-Cernomazu, 2004; Secară, 2007; Layartigues, Lemonnier, 2005; Preda, 2008).

În cazul copiilor cu autism, dificultățile din sfera motricității sunt observabile încă de pe vârsta de 4-6 luni: dificultăți de rostogolire de pe spate pe burtă, dificultăți de a-și păstra controlul corpului în poziția șezândă, asimetria posturală, tonus muscular flasc (Secară, 2007).

Deși, unii copii autiști întâmpină dificultăți în executarea unor sarcini motorii mai complexe (cățărarea pe un spalier, închiderea nasturilor sau a unui fermoar), alții copii pot avea abilități motorii foarte bine dezvoltate (utilizarea PC-ului la vârste foarte mici, utilizarea combinei muzicale etc.).

De asemenea, se vorbește despre prezența unui deficit în coordonarea motorie, instabilitate posturală, lipsa de energie și forță musculară, slab control al echilibrului, neîndemânarea în depășirea obstacolelor, control deficitar al vitezei, dificultatea de a-și organiza întregul corp într-o singură acțiune motrică integrată, hipotonie, opoziția index-police, articularea vorbirii și o slabă capacitate de imitare motorie (Layartigues, Lemonnier, 2005; Muraru-Cernomazu, 2005, Secară, 2007; Ingsholt, 2002).

„Grafomotricitatea se corelează cu stabilitatea trunchiului și relațiile dintre umăr-cot-articulația radio-carpiană. Motricitatea încheieturii radio-carpene și a degetelor permite ca, creionul să fie purtat fluid, fără să fie implicat întregul braț sau umăr.

Problemele de forță și îndemânare a mâinii se observă încă din perioada de preșcolar și trebuie abordate cât mai devreme prin terapie. Orice activitate a degetelor și mâinilor stimulează dezvoltarea motricității fine.” (Secară, 2007; Layartigues, Lemonnier, 2005).

Se fac referiri și la scrisul copiilor autiști cărora le este caracteristică macrografia care e posibil să fie datorată deficitului de coordonare motorie (Muraru-Cernomazu, 2005).

Dificultățile întâmpinate de copiii autiști în sfera planificării motorii (capacitatea de a planifica o mișcare, iar odată inițiată, capacitatea de a-i prezice cursul și rezultatul) își lasă amprenta asupra sarcinilor de imitare socială, dar și asupra sarcinilor non-imitative simple și orientate spre un anumit scop sau în aria oro-motorie (Muraru-Cernomazu, 2005; Secară, 2007; Preda, 2005, 2008; Layartigues, Lemonnier, 2005).

2.6 Dezvoltarea sinelui și percepția de sine

Încercând să exploreze, să cunoască lumea și mai ales propria lume, sub aspectul diversității lucrurilor care fac parte din ea, copilul normal devine conștient de faptul că el este autorul unor acte săvârșite (de exemplu, mișcarea mâinii, degetelor, picioarelor). El începe să se dezvolte în momentele când copilul își fixează anumite țeluri, obiective, dorește să își însușească anumite bunuri (obiecte), iar pentru aceasta trebuie să depună un efort pentru a exista o reușită, un succes (Mureșan, 2004; Layartigues, Lemonnier, 2005).

Comportamentul copiilor autiști sub acest aspect este unul aparte, indicând o deviere a Eu-ului. Cu cât autismul este de o manieră mai profundă, iar copilul este scufundat mai adânc într-o lume proprie, cu atât lumea, viața copilul este una nefuncțională, rigidă, pustie, monotonă și plină de stereotipii și manierisme. Evitarea contactului vizual, privirea fixă, nedirecționată sunt

realizate cu scopul de a nu percepe noi stimuli (Mureșan, 2004; Layartigues, Lemonnier, 2005; Sheinkopf, Siegel, 1998), „inamici” ai lumii proprii, de a nu vedea și de a nu fi conștient de ceea ce se întâmplă în lumea din jurul său. Ca urmare, prin intermediul unui Eu deteriorat, neancorat în realitate, copilul poate dezvolta un comportament aversiv față de tot ce îl înconjoară, renunțând la orice modalitate de a comunica cu lumea exterioară.

2.7 Caracteristicile jocului la copilul autist

Pentru majoritatea copiilor, jocul este un fenomen natural care are loc în viața acestora, promovând angajamentul și învățarea, performanța independentă și incluziunea socială (Morrison, Sainato, Benchaaban și Endo, 2002 cit. Brewer și Kieff, 1996; Lowenthal, 1996; Perlmutter și Burrell, 1995). Întărirea valorii jocului susține prezența acestuia în repertoriul copilului, având rolul unui precursor pentru succesul participării în mediile educaționale care facilitează accesul copilului la importante concepte din domeniul matematicii, literaturii, științelor și a limbajului.

Copiii care nu sunt capabili să aibă parte de experiențe ludice riscă ca în viitor să prezinte unele deficite și mari dificultăți în adaptarea la mediul preșcolar unde abordarea și predarea într-o manieră individualizată este limitată.

Jocul are o mare importanță în dezvoltarea afectivă și intelectuală a copilului, dar și în diagnosticarea și înțelegerea tulburării de tip autist. Jocul trebuie învățat și implică comunicare, interacțiune și stabilirea unor tipuri de relații cu ceilalți membri ai grupului social. Deoarece copiii autiști întâmpină dificultăți în cadrul aderării la un grup social, putem spune că ar putea manifesta anumite pattern-uri aparte de desfășurare a jocului. Ca atare, dacă aceste caracteristici sunt observate și evaluate critic în perioada preverbală pot fi surse de informații în vederea stabilirii unui diagnostic timpuriu, înainte de vârsta de 4-5 ani (vârsta la care se stabilește un diagnostic cert al autismului) (Muraru-Cernomazu, 2005; Layartigues, Lemonnier, 2005; Baker, 2001).

Atunci când jocul funcțional este identificabil în cazul copiilor autiști, acesta este îndreptat asupra obiectelor sau asupra propriei persoane, doar rareori vizând o persoană sau un substitut al ei (de exemplu, o păpușă). Atât în cazul jocului imaginativ, cât și a celui de explorare, diferențele față de copiii cu o dezvoltare normală vizează atât aspectele calitative, cât și cele cantitative. Copilul cu o dezvoltare normală, odată ce a fost capabil să realizeze forme

superioare de joc, va acorda acestora atenție și va aloca timp în detrimentul celorlalte forme mai puțin evolute. În schimb, copilul cu autism alocă în mod egal timp, atât pentru formele mature de joc (jocul de imaginație), cât și pentru formele imature de joc (explorarea senzoriomotorie într-o manieră nefuncțională), având o preferință pentru aceste forme de joc (Muraru-Cernomazu, 2005; Layartigues, Lemonnier, 2005; Ozonoff, Cathcart, 1998).

Capitolul 3

MODALITĂȚI DE INTERVENȚIE UTILIZATE ÎN AUTISM

În literatura de specialitate au fost descrise diferite strategii și metode terapeutice elaborate în concordanță cu caracteristicile, implicațiile autismului și teoriile cauzale formulate până în prezent.

După cum s-a relatat și în capitolele anterioare, autismul este o tulburare de dezvoltare caracterizată printr-o triadă de disfuncții: interacțiune socială, limbaj și comunicare și pattern-uri de comportament. Ca urmare, copilul autist urmează o dezvoltare diferită ce trebuie privită într-o manieră calitativă.

Majoritatea persoanelor cu autism necesită o îngrijire specială pe tot parcursul vieții, fapt care a condus la elaborarea unor programe, intervenții educaționale care presupun atât intervenția în cadrul diferitelor domenii de dezvoltare (limbaj și comunicare, autonomie personală, capacități cognitive etc.), cât și implicarea părinților, familiilor copiilor autiști (http://www.autism-india.org/afa_aboutautism.html).

În continuare vor fi prezentate intervențiile educaționale care au rezistat în timp, demonstrându-se încurajatoare și având efecte pozitive în urma rezultatelor obținute.

3.1 Picture Exchange Communication System (PECS)

PECS este un sistem augmentativ de comunicare folosit frecvent în cazul copiilor cu autism (Bondy și Frost, 2002; Charlop-Christy, Carpenter, Le, LeBlanc și Kellet, 2002 cit. Bondy și Frost, 1994; Siegel, 2000; Muraru-Cernomazu, 2005; Tincani, 2004). Este un sistem de comunicare prin intermediul imaginilor, care a fost dezvoltat pentru copiii care prezentau o comunicare socială deficitară (Magiati, Howlin, 2003; Charlop-Christy, Carpenter, Le, LeBlanc

și Kellet, 2002 cit. Bondy și Frost, 1994). Sistemul face apel la principiile de bază ale comportamentului și la tehnicile de tip “shaping”, la diferite tipuri de întăriri, pentru dezvoltarea unei comunicări funcționale prin utilizarea unor imagini - pictograme (alb-negru sau colorate) ca și referent de comunicare. Pictogramele sunt păstrate de către copii într-un caiet (“PECS board”). Copiii sunt învățați să-și folosească propriile caiete și să alcătuiască o “propoziție” prin selectarea pictogramelor (de exemplu, pictograma “Eu vreau” împreună cu pictograma “suc”), iar apoi să ofere pictogramele unui partener de comunicare (terapeutul) pentru a cere ce dorește (pentru a-și exprima dorințele): obiect sau activitate. Apoi, copilul învață să inițieze cereri (pentru obiecte sau activități care sunt în câmpul său vizual sau nu), să răspundă la întrebări (de exemplu, “Ce dorești?”) și în final să facă comentarii sociale (de exemplu, “Văd {un anumit obiect}”) (Charlop-Christy, Carpenter, Le, LeBlanc și Kellet, 2002; Secară, 2007).

Utilizarea sistemului PECS contribuie la dezvoltarea limbajului expresiv (Secară, 2007; Charlop-Christy, Carpenter, Le, LeBlanc și Kellet, 2002) și a abilităților de comunicare (Muraru-Cernomazu, 2005). De asemenea, unele cercetări au indicat faptul că utilizarea sistemului PECS poate avea efecte asupra reducerii tulburărilor de comportament și dezvoltării unor comportamente sociale (Charlop-Christy, Carpenter, Le, LeBlanc și Kellet, 2002 cit. Bondy și Frost, 1994; Peterson, Bondy, Vincent și Finnegan, 1995). Dar, se subliniază faptul că nici una dintre aceste relatări nu este susținută experimental și în acest fel să fie eliminați factori care ar putea avea numite influențe cum ar fi efectele maturizării. De la publicarea “PECS Training Manual” în 1994, nici un alt studiu cu bază solidă nu a mai demonstrat eficacitatea sistemului PECS (Secară, 2007; Charlop-Christy, Carpenter, Le, LeBlanc și Kellet, 2002; Magiati, Howlin, 2003).

3.2 Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH)

Intervențiile bazate pe strategiile comportamentale sunt cele mai bine cotate în cazul copiilor cu autism, având o eficacitate crescută dacă sunt implicați și părinții și sunt implementate de timpuriu în dezvoltarea copiilor (Mukaddes, Kaynak, Kinali, Besikci și Issever 2004 cit. Lovaas, 1987; Schreibman, 2000).

Programul TEACCH a fost elaborat în 1980 de Schopler și colaboratorii săi în cadrul Universității Carolina de Nord. Aceștia sunt de părere, că părinții copiilor autiști pot acționa ca și co-terapeuți sau educatori ai propriilor copii prin implicarea în munca de echipă (Secară, 2007).

Acest program este aplicabil de la vârsta de 2 și pe tot parcursul vieții (Juhel, 1997) și poate fi implementat, atât în învățământul incluziv, cât și în cel special (<http://www.autismweb.com/teacch.htm>; Baron-Cohen, 2004; Preda, 2008).

Programul TEACCH pune pe primul plan educația, bazându-se pe o pedagogie a întăririi, a reușitei și a valorizării potențialelor copiilor (Juhel, 1997). Acesta propune să se creeze o structură bine definită vieții copilului autist, orientându-l spre o autodisciplinare (Muraru-Cernomazu, 2005) și o “viață de adult cu sens” (Larsen, 2002).

Cu ajutorul acestui program, dificultățile în cadrul înțelegerii sociale, comunicării, conceptualizării, gândirii abstracte, diferențierii și generalizării se conturează în jurul unor noi soluții. Atât terapeuții, cât și părinții trebuie să fie creativi și dinamici, în munca lor cu copiii, altfel aceștia lovindu-se de o manieră educativă inflexibilă, se vor bloca (Larsen, 2002).

De asemenea, programul TEACCH pune un accent particular asupra aspectului de dezvoltare a persoanei autiste (Secară, 2007; Preda, 2008; Lovaas, 1987), care implică luarea în considerare de către terapeuți a particularităților fiecărui stadiu de dezvoltare, pentru a realiza o intervenție adecvată. Aceste stadii se referă la cele elaborate de către Piaget. Ca urmare, nevoile, deficitale și maniera de adaptare a copiilor trebuie abordate în funcție de vârsta și de nivelul de dezvoltare a acestora. În mica copilărie, obiectivele intervenției se conturează pe baza stabilirii diagnosticului, consilierii părinților și sfaturilor psihopedagogice. La vârsta școlară, accentul este mutat asupra dificultăților de învățare și a tulburărilor de comportament. La vârsta adolescenței și a adultului obiectivele tind spre maximizarea independenței și spre formarea profesională (Juhel, 1997).

3.3 Applied Behavioral Analysis (ABA)

ABA este procesul aplicării sistematice a unor intervenții bazate pe principiile teoriei învățării pentru a îmbunătăți comportamentele sociale semnificative într-o manieră crescândă (Baer, Wolf și Risley, 1968, 1987; Hollander, Anagnostou, 2007). În mod particular, ABA se referă la aprecierea și evaluarea comportamentului și la aplicarea intervențiilor în privința modificării comportamentului (Baer, Wolf și Risley, 1968; Muraru-Cernomazu, 2005; Hollander, Anagnostou, 2007; <http://www.autismspeaks.org/what-autism/treatment/applied-behavior-analysis-aba>).

În general, ABA se concentrează asupra proceselor schimbării comportamentelor, respectând dezvoltarea comportamentului adaptativ și social și reducerea comportamentelor indezirabile. În mod particular, „comportamentele sociale semnificante” includ abilitățile academice (școlare), comunicative, sociale și abilitățile adaptative. De exemplu, metodele ABA care utilizează manipularea antecedentelor și a consecințelor unui comportament (Muraru-Cernomazu, 2005; Sulzer-Azaroff, Mayer, 1991; Cooper, Heron, Heward, 2007), pot fi folosite pentru predarea unor noi abilități (limbaj și comunicare, autoservire, prerechizițiile activităților școlare) (Secară, 2007; Ozonoff, Cathcart, 1998; Cooper, Heron, Heward, 2007), generalizarea sau transferul unui comportament de la o situație la alta (de exemplu, de la comunicarea doar cu cei din familie acasă, la comunicarea cu colegii la școală), manipularea contextului în care comportamentul are loc (de exemplu, schimbarea metodelor de predare pentru a se câștiga atenția copilului) sau reducerea comportamentelor neadecvate și indezirabile : comportamentele autoagresive sau stereotipiile (Cooper, Heron, Heward, 2007; Muraru-Cernomazu, 2005; Sulzer-Azaroff și Mayer, 1991; MacKenzie, 2008; <http://www.autismspeaks.org/what-autism/treatment/applied-behavior-analysis-aba>).

„Discrete trial” sau „încercarea discretă” este o tehnică specifică ABA care face posibilă achiziționarea și învățarea de către copil a unor abilități și comportamente complexe. Acest lucru se realizează pornind de la masterarea unor subcomponente ale abilităților țintă. Utilizându-se tehnicile de predare bazate pe principiile analizei comportamentale, copilul va fi treptat capabil să învețe fiecare subcomponentă a abilității. O dată ce componentele au fost masterate ele sunt asamblate pentru a se învăța abilitatea țintă în complexitatea și funcționalitatea ei (Sulzer-Azaroff și Mayer, 1991; Hultgren cit. McEachin, 1998; Secară, 2007; Cooper, Heron, Heward, 2007; Maurice, 1996).

Învățarea fiecărei subcomponente (sau o încercare) include un instructaj, un prompt (ajutorul oferit de către adult), răspunsul din partea copilului și un feed-back. Instructajul trebuie să fie clar pentru a fi înțeles de către copil. Apoi, se atrage atenția copilului cu ajutorul unui stimul direct „Uită-te la mine!”, apoi se poate trece la un stimul mai natural, cum ar fi strigatul pe nume. Prompt-urile nu sunt întotdeauna necesare, dar în general se utilizează orice lucru, obiect care facilitează dorința copilului de răspunde. Acestea pot fi vizuale cum ar fi un simplu gest sau cele fizice (ghidarea mâinii copilului), dar scopul este de a ajunge în punctul în care copilul va răspunde fără a se utiliza prompt-urile. Feedback-ul trebuie să se ofere imediat în cazul fiecărei

încercări. În cazul unui răspuns incorect, acesta se ignoră sau se oferă un feed-back verbal „Nu!” (copiii avansați). De asemenea, când răspunsul oferit este corect se oferă o recompensă (de exemplu, „Bravo!” – recompensă socială sau o bomboană sau jucărie preferată – recompensă materială). Stimulii sau feed-back-ul aversiv nu trebuie oferit deoarece există riscul apariției unor comportamente indezirabile (Secară, 2007; Maurice, 1996).

Terapia durează între 15-40 de ore pe săptămână pe parcursul mai multor luni sau ani, utilizându-se o modalitate de predare de 1 la 1.

Programele care au la bază principiile terapiei ABA sunt considerate ca fiind cele mai eficiente intervenții din punct de vedere terapeutic și educațional în rândul copiilor cu autism (Secară, 2007; Cooper, Heron, Heward, 2007).

3.4 Programul Lovaas

Programul de stimulare precoce Lovaas a fost dezvoltat de Ivar Lovaas, de la care și numele programului, în anul 1960 în cadrul Universității California din Los Angeles (UCLA) (Juhel, 1997) care face apel la paradigma învățării continue (16 ore din 24, cât individul este treaz). Programul este aplicat în mod intensiv, sub cupola sa intrând atât domeniile deficitare ale copilului, cât și mediile de viață ale copilului și familia sa (Juhel, 1997; Secară, 2007; Preda, 2008; Lovaas, 1987).

În opinia lui Lovaas, atât metodele educative, cât și mediile de viață ale copilului trebuie adaptate la nevoie specifice ale copilului autist pentru a avea posibilitatea de a se adapta din punct de vedere social (Juhel, 1997; Preda, 2005; Ozonoff, Cathcart, 1998).

Programul face apel la tehnicile de modificare comportamentală, la stimularea, la extincția și la modelarea comportamentului, la recompensă și întăriri, la pedeapsă, la generalizarea și la menținerea comportamentelor adecvate. Aceste tehnici vizează fie dezvoltarea, generalizarea sau menținerea unui comportament, fie creșterea sau diminuarea, după caz, a frecvenței de apariție a comportamentului (Juhel, 1997).

În primul an, Lovaas propune reducerea comportamentelor agresive și autostimulative ale copilului (Juhel, 1997; Secară, 2007). Acesta învață inițial elementele de bază ale limbajului și comportamente simple (imitarea adultului) (Juhel, 1997; Secară, 2007). Vizează, de asemenea, creșterea frecvenței apariției comportamentelor dezirabile și extinderea programului la domiciliu, prin intermediul părinților (Juhel, 1997).

În următorul an, se pune accentul pe dezvoltarea limbajului expresiv și a abilităților de interacțiune socială. De asemenea, programul vizează copilul și în cadrul comunității, urmărind integrarea acestuia în grădiniță sau într-un grup preșcolar (Juhel, 1997)

Lovaas este de părere că în al treilea an, copilul poate achiziționa cunoștințele legate de exprimarea emoțiilor și de asemenea, pot fi dezvoltate abilitățile preșcolare și anume: lectura, scrisul, elementele matematice și alte abilități necesare în vederea integrării copilului într-o clasă normală (clasa I) (Juhel, 1997; Ozonoff, Cathcart, 1998; <http://www.autisme-montreal.com/home.php?page=48.1>).

Capitolul 4

METODOLOGIA CERCETĂRII

4.1. Obiectivele cercetării

1. Evaluarea nivelului de dezvoltare și/sau a tulburărilor comportamentale a copiilor cu autism incluși în lotul de participanți, prin utilizarea unor instrumente specifice.
2. Elaborarea planurilor de intervenție individualizate în funcție de rezultatele evaluării.
3. Evaluarea eficienței intervențiilor terapeutice.

4.2. Ipotezele cercetării

1. Aplicarea planurilor de evaluare bazate pe utilizarea unor instrumente specifice permite dezvoltarea unor planuri de intervenție adecvate nevoilor copiilor cu autism.
2. Aplicarea planurilor de intervenție individualizate determină progrese în ariile de dezvoltare psihică și comportamentală a copiilor.

4.3. Lotul de participanți implicați în cercetare

În cercetare vor fi incluși 4 copii (2 fete și 2 băieți) diagnosticați cu autism din cadrul Asociației Părinților Copiilor cu Autism din Alba Iulia, Școala Gimnazială CRDEII Cluj-Napoca, Școala Generală "Ion Creangă" Cluj-Napoca și Școala Integratoare "Liviu Rebreanu"

Cluj-Napoca. Includerea acestora în cadrul cercetării s-a realizat în concordanță cu acordul dat de către părinții acestora.

4.4.Descrierea instrumentelor de investigare

În cadrul cercetării se vor folosi următoarele instrumente: Scala ECA III, Scala de Evaluare a Autismul Infantil Eric Schopler, Ghidul de intervenție timpurie Portage, Indicateurs d'observation et d'apprentissage pour enfants handicapés (*Indicatori de observare și învățare pentru copiii deficienți*) și Gilliam Autism Rating Scale (GARS).

Scala ECA III a fost elaborată în anul 1973 de către Lelord sub denumirea de scala "Bretonneau", scopul ei fiind acela de a pune în relație variabilele clinice și electrofiziologice. Prima versiune a acestei scale, numită Bretonneau I sau ECA I a fost elaborată având ca punct de plecare raportul Duche (1969) și cuprindea 55 de itemi la care se răspundea cu "da" sau "nu" care ulterior au fost reduși la 28. A doua versiune, Bretonneau II sau ECA II, cuprindea doar 18 itemi din cei 55 inițiali și au fost regrupați în 6 rubrici, făcând referire la criteriile reținute pentru DSM III (Mureșan, 2007 cit. Garreau, 1980, Lelord, 1981).

Ultima și actuala versiune, Bretonneau III sau ECA III, cuprinde 20 de itemi care sunt grupați prin prisma a șapte domenii comportamentale și anume:

- Izolare de tip autist
- Tulburări ale comunicării verbale și non-verbale
- Reacții bizare față de mediu
- Motricitate perturbată
- Reacții afective inadecvate
- Tulburări ale funcției instinctive
- Tulburări ale atenției, percepției și ale funcției intelectuale.

Scala ECA III este utilizată în vederea observării (evaluării) copilului în mediul din care face parte și realizarea unui profil comportamental al acestuia. Completarea acestei scale se poate realiza la diferite interval de timp pe parcursul mai multor luni, realizându-se un grafic al traiectoriilor evolutive ale copiilor.

Fiecare item este cotate de la 0 la 4 în funcție de frecvența apariției simptomelor și anume: 0- tulburarea nu apare niciodată, 1-uneori, 2-deseori, 3-foarte des, 4-permanent. De

asemenea, cel care realizează examinarea, poate semnala unele simptome care nu figurează în scală la rubrica “Observații”.

Scala de evaluare a autismul infantil Eric Schopler

Scala a fost elaborată inițial de către E. Schopler, R. Reichler și B. Renner în anul 1971 având ca “destinație” identificarea copiilor cu autism și diferențierea între cazurile de autism ușor, moderat și sever.

Scala este alcătuită din 15 itemi și anume:

1. Relații sociale
2. imitația (verbală și motrică)
3. răspunsuri emoționale
4. utilizarea corpului
5. utilizarea obiectelor
6. adaptarea la schimbare
7. răspunsurile vizuale
8. răspunsuri auditive
9. reacții la miros, gust, durere
10. frică, anxietate
11. comunicarea verbală
12. comunicarea non-verbală
13. nivelul activității
14. nivelul intelectual și omogenitatea funcțiilor intelectuale
15. Impresii generale

Fiecare item este împărțit în 4 subitemi cărora li se poate acorda un punctaj între 1 și 4 în funcție de gravitatea manifestării simptomelor din cadrul fiecărui item.

Categoria diagnostic este stabilită pe baza scorului total obținut de copil și a numărului de itemi la care a realizat un scor de 3 sau mai mult. Copiii cărora li se acordă un scor mai mic de 30 sunt considerați ca fiind non-autiști. Participanții care totalizează un scor total de 37 sau mai mult și care realizează scorul 3 la 5 itemi sunt catalogați ca autiști severi. Copiii care obțin un scor de 30 sau mai mult, dar care nu satisfac nici unul din criteriile enumerate mai sus sunt catalogați ca având autism ușor sau moderat (Mureșan, 2007).

Indicatori de observare și învățare pentru copiii deficienți

Lista indicatorilor de observare și învățare pentru copiii deficienți a fost tradusă și adaptată de L. Șendrea (2001), după “Indicateurs d’observation et d’apprentissage pour enfants handicapés”, elaborat de Departamentul Instrucției Publice, Franța și Școala „La Bruyère”, Sion-Martiny (1986).

Indicatorii sunt grupați pe șapte domenii, în cercetarea de față utilizându-se doar cinci dintre acestea și anume:

- Autonomie practică
- Psihomotricitate
- Dezvoltare senzorială
- Limbaj-comunicare
- Învățarea cifrelor și a numerelor.

Ghidul de Intervenție Portage este o scală destinată evaluării copiilor între 0 și 6 ani cu diferite dizabilități. Această scală permite estimarea stadiului de dezvoltare în care se află copilul evaluat și permite realizarea planului de intervenție în funcție de acest nivel. Scala cuprinde 5 subscale divizate pe 6 paliere de vârstă (0-1 an; 1-2ani; 2-3ani; 3-4ani; 4-5ani și 5-6ani): limbaj, socializare, autoservire, comportament cognitiv și comportament motor.

Gilliam Autism Rating Scale (GARS) a fost publicată în 1995 și se utilizează în diagnosticarea persoanelor cu vârstă între 3 și 22 de ani cu autism. Chestionarul este compus din 4 sub-scale: comportamente stereotipe, comunicare, interacțiune socială și tulburări în dezvoltare însumând 56 de itemi fiecare descriind un comportament specific autismului conform DSM-IV și ASA (Autism Society of America).

4.5.Procedura de lucru

Cercetarea-acțiune, ca procedură de lucru, se bazează pe *psihodiagnosticul dinamic-formativ* care se va desfășura în trei etape: *evaluarea inițială* (pre-test), *training* și *evaluarea progresului* (post-test), realizat prin intermediul studiilor de caz longitudinale, urmărite pe diferite perioade de timp și anume: 12 luni, respectiv 8 luni.

Prima etapă, constă în evaluarea abilităților participanților implicați în cercetare, cu scopul de a culege informații referitoare la dezvoltarea acestora. În acest sens, s-au utilizat instrumentarul alcătuit din Scala ECA III, Scala de Evaluare a Autismul Infantil Eric Schopler, Ghidul de intervenție timpurie Portage, Indicateurs d’observation et d’apprentissage pour

enfants handicapés (*Indicatori de observare și învățare pentru copiii deficienți*) și Gilliam Autism Rating Scale (GARS). Aceste probe s-au aplicat individual, în medii adecvate, fără stimuli perturbatori, iar timpul de administrare a variat de la caz la caz.

În cadrul celei de-a doua etape, s-au elaborat și implementat *programele de intervenție* specifice bazate pe elemente ale metodei ABA și adaptarea mediului (acolo unde a fost cazul) elaborate în urma evaluării inițiale.

Demersul terapeutic a avut la bază obiectivele propuse la începutul perioadei de intervenție. În conformitate cu fiecare obiectiv, au fost alese o serie de activități, materialele necesare desfășurării activității, metode, tehnici și strategii de lucru adecvate fiecărei situații de învățare în parte.

Cea de a treia etapă a cercetării cuprinde *evaluarea de progres*, realizată cu scopul de a monitoriza și stabili eficiența programelor de intervenție și a metodelor utilizate. Acest aspect s-a realizat prin compararea rezultatelor obținute în cadrul evaluării inițiale cu cele indicate în stadiul evaluării de progres.

Capitolul 5

REZULTATELE CERCETĂRII ȘI INTERPRETAREA DATELOR

În cadrul lucrării integrale, capitolul de față cuprinde patru studii de caz longitudinale, iar în cadrul rezumatului doar unul va fi detaliat în rândurile ce urmează.

5.1.Studiul de caz 1

I.Date personale și familiale

Nume și prenume: S.A

Sex: masculin

Data și locul nașterii: 06.10.2006, Cluj-Napoca

Diagnosticul medical: tulburări comportamentale cu note autiste, retard psihic mediu / sever, epilepsie sechelară.

Date despre familie

Tatăl (34 ani) și mama (39 ani) sunt economiști de meserie, tatăl având o spălătorie auto, iar mama lucrând în cadrul unei instituții de stat din Cluj-Napoca.

În prezent, părinții copilului sunt divorțați, acesta locuind împreună cu mama și bunica din partea mamei, într-un apartament de două camere, statutul socio-economic al familiei fiind unul de nivel mediu. Bunica are grija de A. pe parcursul zilei, până la întoarcerea mamei de la servicii. Între părinți se păstrează o relație cordială, tatăl vizitându-l pe A. săptămânal sau la două săptămâni.

Bunica îi oferă copilului sprijin, desfășurând împreună activități de joc, ieșiri în aer liber, uneori manifestând comportamente supraprotective la adresa copilului sau chiar făcând anumite lucruri în locul lui A. (dezbrăcare-îmbrăcare, alimentarea lui A. – lucruri pe care A. Este capabil să le execute). Datorită acestor comportamente, bunica este șantajată emoțional de către A.

Relația mamă-copil este una bazată pe afecțiune reciprocă, mama acordându-i lui A. tot sprijinul în creșterea și educația sa, uneori fiind supraprotectivă. În timpul petrecut împreună (mama și A.), aceștia se implică în activități educative și de joc. Relația tată-copil este una mai puțin propice dezvoltării corespunzătoare copilului, preocuparea sa pentru A., fiind una limitată (întreabă de starea de sănătate a lui A.), neimplicându-se în viața cotidiană și cea școlară a acestuia, fapt care se resfrânge, în special, asupra dezvoltării emoționale ale lui A.

Anamneza

Sarcina a decurs normal, A. născându-se la 40 de săptămâni și obținând scorul Apgar 9, pe motivul că nu a plâns imediat după naștere.

Totul decurge normal în dezvoltarea lui A., până în jurul vârstei de 1 an și 4 luni când mama și-a dat seama că ceva nu este în regulă deoarece A. nu realiza poziția ghemuit și nu vorbea (nu spunea mama, tata, apa etc.), doar scotea sunete.

La vârsta de 2 ani și 9 luni, după ce a fost evaluat de către un neurolog și un psihiatru, A. este diagnosticat, inițial, cu autism infantil, iar după a treia convulsie manifestată i s-a mai adăugat și diagnosticul de epilepsie.

Din acel moment, A. a fost supus unui tratament medicamentos: pentru epilepsie: Carmazepină – care îi este administrată și în momentul de față; Depakim – administrat 2-3 luni, după care a fost retras datorită ineficienței sale în cazul lui A.; Tranxene – administrat 3 luni fără rezultate, după care a fost retras.

De la vârsta de 3 ani și 2 luni, A. frecventează Grădinița Nr. 66, Cluj-Napoca, 8-10 ore pe săptămână (atât cât îi permite starea de sănătate) sub supravegherea unui tutore. De asemenea, a luat parte la activități de intervenție și terapie, 6-8 ore pe săptămână (la domiciliu), activități realizate de către un intervenient (aceeași persoană care e și tutore). Aceste activități constau în recuperare logopedică, educație psihomotorie, activități de învățare (și în mediul natural), activități de autoservire și autonomie personală, integrare neurosenzorială, terapie ocupațională-arterapie (toate acestea bazându-se pe principiile psihoterapiei cognitiv-comportamentale –metoda ABA). După 10 luni de terapie a avut loc schimbarea intervenientului. În urma acestei schimbări, evoluția lui A. a avut un curs liniar, observându-se în continuare progrese.

II.Evaluare inițială

În cadrul evaluării inițiale s-au folosit următoarele instrumente: Programul de Intervenție Timpurie Portage și Scala de evaluare a autismului infantil Schopler.

Potrivit *Programului Portage*, rezultatele obținute au fost următoarele :

1. Socializare: în 80% din cazuri privește persoana care îl strigă pe nume, se bucură de prezența membrilor familiei, a persoanelor pe care le cunoaște, de prezența copiilor, acceptă plecarea părinților ușor (uneori întrebând de aceștia, după plecare), inițiază interacțiuni, luând persoanele de mână; în cele mai multe cazuri, salută la cerere, manifestă afecțiune față de persoanele apropiate lui și o bucurie imensă față de copiii de vârsta lui (le mângâie fața, le sărută).
2. Limbaj: limbajul este dezvoltat inferior vârstei sale (cel receptiv fiind mai dezvoltat decât cel expresiv), asociază cuvintele cu gesturi pentru a-și exprima dorințele (cere un obiect doar numindu-l și indicându-l cu mâna), execută 2-3 directive verbale care implică o singură acțiune, strigă pe nume membrii familiei, alcătuiește (propoziții a câte 2 cuvinte la cerere („urcă scările”)); prezintă ecolalie și stereotipii verbale (repetă silabe fără sens „mai, tai, ui etc.”).
3. Autonomie personală: prezintă câteva deprinderi de autosevire cum ar fi: bea apă dintr-o cană cu toarte și adaptor de băut moale, mănâncă cu mâna hrană tăiată bucăți mici, după ce a terminat de mâncat își tamponează la cerere gura cu un șervet; nu are însușită deprinderea de a se spăla pe mâini (doar își ține mâinile sub jetul de apă), întinde mâinile

și picioarele când este îmbrăcat, folosește scutece, opune rezistență atunci când i se face baie sau este tuns.

4. Cognitiv: imită gesturi simple la cererea unui adult, sortează 2 culori la cerere, mâzgălește, colorează fără a ține cont de contur, inserează diferite forme în stativul lor, completează o planșă cu incastre, conținând 6 piese diverse (pește, găină, câine, pisică, vacă, pasăre), găsește o carte care îi este descrisă, la cerere; arată cu degetul părțile corpului, se recunoaște în poze.
5. Dezvoltarea motorie: prezintă dificultăți în echilibru, merge singur într-un stil aparte, nu aleargă, întâmpină dificultăți și dezvoltă anxietate la trecerea peste obstacole (oricât ar fi de mici), coboară și urcă scările fără a alterna picioarele, cu ajutor (ținând de mână o persoană adultă), nu sare pe loc, bate din palme, utilizează un creion, inserează obiecte medii în stativul lor, pensă digitală slab dezvoltată, înșiră mărgelile mari (cu diametrul de 4-5 cm), manipulează plastilină (face bulgărași). De asemenea, A. prezintă stereotipii motorii: învârtirea obiectelor, legănarea trunchiului înainte și înapoi, în poziția șezut pe fundal muzical sau doar ritmat, fluturarea degetelor în fața ochilor, bătutul din picioare, deschiderea/închiderea ușilor de la dulap/ sertare, scuturarea vitrinelor, mișcarea draperiilor.
6. Interese: prezintă interes pentru sunete foarte tari, chiar zgomotoase (realizate de diferite jucării electronice sau de către A., lovind în diferite obiecte), ascultă muzică (unele melodii le fredonează în timpul diferitelor activități cotidiene) și manifestă un interes crescut pentru calculator (PC) – efectuează diferite sarcini cu ajutorul acestuia, se joacă la calculator asistat de un adult și ascultă muzică la acesta.

Potrivit *Scalei de evaluare a autismului infantil Schopler*, s-au înregistrat următoarele rezultate:

1. Relația cu oamenii: este doritor să interacționeze cu cei din jur, în special cu copiii de vârsta lui, inițiază interacțiuni (luându-l pe celălalt de mână), când este strigat pe nume sau i se atrage atenția realizează contactul vizual; manifestă afecțiune față de persoanele apropiate și față de copiii de aceeași vârstă și îi face plăcere să i se ofere afecțiune; participă la activități cu alți copii și uneori, sunt necesare mai multe încercări pentru a se implica într-o sarcină; manifestă anxietate și ignorare când este criticat sau pedepsit.

2. Imitația (verbală și motrică): imitația verbală (cuvinte simple, propoziții, poezii) este bine dezvoltată, aceasta având loc imediat; imitația motrică (jocul cu obiecte mici, traserea unor semne grafice) apare după mai multe demonstrații.
3. Reacția afectivă adecvată sau inadecvată: prezintă emoție și afecțiune față de persoanele dragi lui și uneori și față de persoanele străine; pe fond de oboseală și suferință organică manifestă mici accese de furie (strânge din dinți și se crispează, ueori, plâns isteric).
4. Utilizarea corpului: prezintă o ușoară neîndemânare în sarcini, coordonare oculomotorie și corporală defectuoasă, mers ușor pe vârfuri și într-un stil aparte, uneori prezintă o postură bizară a corpului; sunt prezente balansările corpului în poziția șezut și mișcările stereotipe (fluturarea mâinilor în fața ochilor, vb).
5. Utilizarea obiectelor: manifestă o preocupare repetitivă pentru obiectele rotunde (învârtirea acestora), draperii, sertare, vitrine, ușile dulapurilor; preferă jucăriile zgomotoase sau care au diferite mecanisme; se joacă doar în prezența unui adult sau cu acesta sau împreună cu copiii de aceeași vârstă; când nu intervine adultul, joaca copilului constă în comportamente stereotipe (învârtirea obiectelor, scuturarea vitrinelor, mișcarea draperiilor, închiderea/deschiderea sertarelor etc.).
6. Adaptarea la schimbare: nu prezintă reacții anormale (iritabilitate crescută sau o rezistență severă) la trecerea de la un obiect la altul, la schimbarea instrumentelor în cadrul aceleiași activități sau la schimbarea rutinei.
7. Răspunsurile vizuale: realizează contact vizual când este strigat pe nume sau când se vorbește cu el (într-un mediu structurat), uneori fixează vizual un punct anume pentru câteva secunde sau clipește f des (pentru scurt timp).
8. Reacția la sunete: preferă sunetele de intensitate mare (stereotipie – își pornește diferite jucării) și este atent la sunete abia perceptibile auditiv, preferă activitățile muzicale, îi face plăcere să asculte muzică, tresare la unele sunete neașteptate cum ar fi: pornirea unei mașini, sirena salvării sau mașinii de poliție.
9. Reacții la miros, gust, durere: este hipersensibil la unele mirosuri puternice (de parfum, mâncare etc.), făcându-i-se greață; uneori, miroase diferite obiecte și persoanele cu, care intră în contact; reacție normală la durere.

10. Teama, nervozitatea: prezintă anxietate în momentul în care adultul îi stopează comportamentele stereotipe și, uneori, în momentul când adultul nu îi satisface o dorință cum ar fi: deschiderea ușilor dulapurilor sau pornirea unor jucării zgomotoase.
11. Comunicarea verbală: prezintă ecolalie (repetă diverse fraze sau propoziții pe care le-a auzit și care nu au neapărat legătură cu contextul în care se află) și stereotipii verbale (silabe înșirate fără o logică sau sens); răspunde la propoziții printr-un singur cuvânt sau indicând cu mâna răspunsul (în cazul unui obiect pe care îl reperează în jurul lui); repetă sunete și cuvinte la cerere; utilizează un limbaj adevat unei vârste mai mici, cu folosirea unor cuvinte particulare (numind un obiect printr-o altă denumire decât cea normală).
12. Comunicarea non-verbală: uneori, folosește mâna adultului pentru a face un anumit comportament sau doar ca să indice un obiect sau o activitate; indică cu degetul doar obiectul implicat într-o anumită activitate (de exemplu, indică olița, dorind să transmită faptul că are nevoie să meargă la toaletă) sau merge și ia un anumit obiect și îl duce adultului, spunându-i în acest fel că vrea să se joace cu el sau vrea să mănânce un anumit aliment (de exemplu, merge la frigider, ia iaurtul și îl duce adultului, dorindu-i să-i transmită faptul că dorește să mănânce iaurt).
13. Nivelul activității:
14. Nivelul și consistența funcțiilor intelectuale:
15. Impresia generală:

III. Programul de intervenție

Specificul programului de intervenție

Principiile care au stat la baza modului de desfășurare al activităților au fost cele pe care se bazează terapia cognitiv-comportamentală, mai precis metoda ABA (Applied Behaviour Analysis – Analiză Comportamentală Aplicată).

1. Conceptul de "predare în ședințe distincte" se referă la crearea unor serii de oportunități de a învăța, care au un început și un sfârșit specificate. Ședințele se desfășoară de obicei în serii scurte, cu elevul așezat la masă, departe de stimulii perturbatori. Această predare se caracterizează prin faptul că fiecare copil este asistat de către un profesor/intervenient, fiind un program individualizat. O ședință începe prin captarea atenției elevului și prin prezentarea unui anumit tip de

instrucțaj. Elevului i se oferă ocazia de a răspunde, și dacă răspunsul corect este dat, atunci elevul este întărit.

2. Obținerea atenției copilului este un punct cheie în realizarea activităților. Elevul este, de obicei, introdus într-un mediu lipsit de factori care să-i poată capta atenția și este așezat într-o manieră confortabilă și convenabilă pentru el. Mediul este astfel organizat încât să se potrivească cu activitățile, cu materialele și cu întăritorii. Intervenientul este așezat în așa manieră încât copilul să îi poată vedea fața și să poată vedea toate materialele pe care acesta le folosește. Intervenientul poate angrena elevul într-o manieră ludică, în timp ce îl așază la masa de lucru sau poate fi suficient să facă o pauză și să aștepte ca elevul să realizeze contactul vizual. Dacă elevul nu acordă, în mod spontan, atenție intervenientului la începutul ședinței, atunci este necesar să se atragă atenția elevului în vreun fel. Uneori, simpla rostire a numelui copilului sau atenționarea „Fii atent!” pot fi suficiente. O altă metodă este aceea de a-i atrage atenția prin a-i arăta întăritorul.
3. Oferirea „consecințelor” – dacă elevul răspunde corect, atunci stimulul-recompensă ar trebui oferit pe loc, alături de cuvintele de laudă (recompensă socială).
4. Predarea în ședințe distincte, ca și alte metode de predare, implică în mod normal asimilarea unor abilități în anumite condiții. Din această cauză, fiecare abilitate care este dobândită într-un mediu izolat, lipsit de factori disturbatori, trebuie să fie transpusă într-un mediu cât mai natural, să fie antrenată astfel încât ea să se manifeste și în alte situații, cu alți oameni sau chiar folosind indicații sau materiale ușor diferite (astfel să aibă loc generalizarea).
5. În cadrul programului de intervenție s-a utilizat și strategia analizei secvențiale a unei abilități. Abilitățile complexe sunt împărțite în unități simple pe care elevul trebuie să le învețe în pași mici, având în vedere considerentul că sarcinile dificile se învață mai bine puțin câte puțin. Împărțirea pe secvențe mai mici ne ajută prin faptul că elevul poate fi întărit mai des, iar descurajarea în urma greșelilor poate fi astfel evitată. De exemplu, abilitatea de a te spăla pe dinți poate fi împărțită în mai multe secvențe – a scoate dopul de la pastă, apucarea periuței de dinți, a pune pasta pe periuță, a da drumul la apă etc.

6. Anumite abilități necesită un astfel de proces de simplificare, numit analiza ierarhică – adică în loc de a diviza o aptitudine într-o înălțuire de secvențe sau comportamente, este necesară însușirea unor altor abilități fundamentale. De exemplu, pentru a denumi culorile, copilul trebuie să fie capabil în primul rând să le discrimineze între ele - este învățat să asocieze cartonașe colorate identic sau obiecte. Pentru a putea potrivi cartonașele, copilul trebuie să fie capabil să le manipuleze. De asemenea, copilul trebuie să fie capabil să identifice culorile după denumire - atunci când acestea sunt numite de către profesor/intervenient („Atinge roșu”).
7. Modelarea se referă la faptul că intervenientul ghidează fizic și în totalitate elevul spre a efectua comportamentul dorit.
8. Prompt-erii pot fi folosiți pentru a fi siguri că elevul va răspunde corect. Aceștia pot lua forma ghidării fizice, a instructajului scris, a instructajului verbal sau a altor indicații de tip auditiv, dispunerea itemilor în anumite poziții etc. Ulterior acești prompt-eri sunt reduși gradual (secvențial) pe parcursul activităților astfel încât elevul să ajungă să răspundă corect numai ca urmare a indicației venite din partea intervenientului.
9. Strategiile de eliminare treptată/slăbire a prompt-erilor includ modificarea stimulilor de-a lungul mai multor dimensiuni:
 - *Spațiale*, când poziționarea stimulilor-ajutători se deplasează până când ies înafara ariei de lucru.
 - *Temporale*, când stimulul-ajutător este întârziat din ce în ce mai mult, până când elevul poate anticipa singur răspunsul corect.
 - *Morfologice*, când forma stimulilor este modificată, micșorată sau devine foarte puțin vizibilă.
 - *Topografice*, când mișcărilor sau gesturile intervenientului se diminuează până când dispar definitiv.
 - *Auditive*, când un stimul verbal, vocal sau auditiv-nonverbal este modificat sub raportul intensității, volumului etc.
10. Răspunsurile libere – după ce prompt-urile sunt îndepărtate, iar elevul poate răspunde corect fără ajutor din partea intervenientului, putem spune că elevul

poate oferi răspunsuri libere. Elevului i se prezintă materialele și i se oferă ocazia de a oferi un răspuns corect, un răspuns incorect sau de a nu emite nici un fel de răspuns. Dacă elevul oferă un răspuns greșit sau nu oferă nici un fel de răspuns, atunci este aplicată o procedură (strategie) de corectare a erorii, care este menită a-l ajuta pe elev să nu mai greșească pe viitor.

11. Procedura de corectare a erorii poate fi una destul de simplă și care să permită să se treacă imediat la următoarea activitate sau secvență de activitate, dar poate necesita și întreruperea activității, reorganizarea materialelor și ajustarea efectivă a elevului pentru a realiza corect acțiunea. Alegerea tipului de procedură folosit este determinată în mare parte de natura sarcinii, de circumstanțele în care s-a petrecut eroarea și de materialele utilizate. În plus, întăritorii (consecința) nu trebuie oferiți atunci când răspunsul corect nu este oferit (se întrerupe activitatea cu calm, materialele sunt îndepărtate, elevul reluând „poziția inițială”; se repetă instructajul și se oferă prompt-ul complet, după ce materialele necesare au fost reasezate în poziția inițială).
12. Rotația aleatoare constă în exersarea concomitentă a mai multor abilități care au fost deja asimilate, permițând răspunsuri libere, iar intervenientul le „rotește” cerând rezolvarea diferitelor sarcini într-o ordine care nu este predictibilă pentru elev.
13. Individualizarea – segmentarea abilităților în secvențe simple, selectarea cea mai adecvată a întăritorilor și a prompt-erilor, slăbirea lor pe parcurs, ca și multe alte aspecte care țin de desfășurarea programului (activităților) trebuie adaptate în funcție de fiecare individ în parte și de exercițiile de care ne sunt la îndemână. Programele trebuie individualizate, iar metodologia trebuie să fie adecvată fiecărui elev în parte.

Participarea la activitățile desfășurate la grădiniță

De comun acord cu directoarea grădiniței și cu educatoarele de la grupă, A. a fost inclus într-o grupă obișnuită, fiind însoțit de un tutore. În cadrul grupei, participă la activități libere și de joc, cât și la activități educative/școlare. A. trebuia să respecte aceleași reguli ca și ceilalți colegi ai lui. Tutorele intervenea în momentul în care A. avea un comportament neadecvat, care

ieșea din sarcinile educatoarei. De comun acord cu educatoarea, au fost eliminați unii factori disturbatori pentru A. și declanșatori ai comportamentului stereotip. Printre aceștia enumerăm: draperiile verticale erau trase la marginea ferestrei, dulapurile și sertarele erau închise cu cheia sau lipite cu scoci, pe cât posibil obiectele rotunde sau care puteau fi învârtite nu îi erau accesibile lui A. (atât timp cât el era prezent în grupă). De multe ori, copiii erau cei care îl ajutau pe A. în realizarea anumitor sarcini, astfel A. legând anumite tipuri de relații sociale, de exemplu, de prietenie.

Obiective generale și specifice

Pe baza rezultatelor obținute în cadrul evaluării inițiale și pe faptul că A. frecventează grădinița (fiind necesar utilizarea toaletei în același timp cu alți copii, îmbrăcarea și dezbrăcarea în preajma acestora, uneori mâncând împreună cu, colegii de grupă) s-a considerat ca programul de intervenție să aibă următoarele obiective:

- Dezvoltarea autonomiei personale
 1. dezvoltarea abilităților necesare pentru îmbrăcarea și dezbrăcarea obiectelor de îmbrăcăminte
 2. recunoașterea, denumirea și utilizarea tacâmurilor
 3. dezvoltarea abilităților necesare spălatului pe mâini
 4. recunoașterea și utilizarea oliței
 5. optimizarea identificării și denumirii corecte a segmentelor propriului corp
- Dezvoltarea psimotricității
 1. dezvoltarea gândirii digitale
 2. optimizarea coordonării ochi-mână
 3. optimizarea coordonării mâinilor
 4. dezvoltarea forței manuale
 5. educarea echilibrului și a ritmului mișcărilor
 6. dezvoltarea unor abilități necesare pentru autoservire
- Dezvoltarea comunicării și a limbajului
 1. îmbogățirea vocabularului
 2. optimizarea inițierii comunicării/interacțiunii
 3. să răspundă la întrebări în propoziții formate din 2 cuvinte

➤ Eliminarea stereotipiilor

1. Identificarea și eliminarea factorului declanșator
2. Scăderea frecvenței manifestării comportamentului stereotip
3. Diminuarea intensității de manifestare a comportamentului stereotip
4. Înlocuirea comportamentului stereotip cu unul adecvat (orientarea atenției și implicarea într-o activitate plăcută)

Activități desfășurate

Programul de intervenție a început în anul 2006 și s-a derulat pe parcursul a doi ani. În cadrul acestui program s-au desfășurat diferite activități individuale zilnice (1-1 pe zi), cu excepția zilelor în care starea de sănătate nu îi permitea participarea la activități.

a. Dezvoltarea psihomotricității

În cadrul programului de intervenție s-a urmărit achiziționarea unor comportamente/deprinderi din sfera motricității, cum ar fi: să urce și să coboare singur scările, să sară de pe loc, să construiască un turn din trei cuburi, să coloreze în contur, să „coasă” cu ajutorul șiretului diferite forme (vapor, avion, autobuz, mașină), să prindă clame de plastic pe marginea unui vas rotund.

Activități de colorare

La început colorarea a avut loc în cadrul unor contururi confecționate din plastilină pentru a i se oferi copilului un mic ajutor pentru a conștientiza spațiul pe care trebuie să îl coloreze. Apoi, s-au colorat spații de dimensiuni mari, dimensiunea acestor spații fiind micșorată pe parcursul activităților. Ca metode de predare s-au folosit explicația, exercițiul, demonstrația și în special, modelarea. De asemenea, s-a apelat la utilizarea prompt-erilor (verbali în majoritatea cazurilor) și ca recompensă s-au folosit obiecte preferate de copil, obiecte la care copilul nu avea acces înafara activităților (de ex., un telefon de jucărie cu diferite melodii, bile de diferite culori). Pe parcurs ce se observa un progres în învățarea comportamentului, recompensa se acorda după un număr mai mare de comportamente realizate corect.

Activități de lipit

În cadrul acestor activități s-au folosit bucăți de hârtie creponată de diferite culori. Înainte ca bucățile de hârtie să fie lipite pe o coală albă de hârtie (pe care erau desenate diferite forme), A. împreună cu intervenientul le mototoleau între degete. Ca metode s-au folosit demonstrația, exercițiul, explicația și indicii verbali („Mototolește”, „Lipește”, „Apasă”- hârtia creponată pe foaia de hârtie) și tactili. În această activitate, recompensa socială din partea terapeutului era suficientă, deoarece activitatea în sine consta o recompensă apreciată de către A.

Activități de cusut diferite forme ale unor obiecte

Cu ajutorul unui șiret mai gros care se subția la extremități, A. trebuia să „coasă” diferite forme ale unor obiecte: mașină, vapor, autobuz, avion. Aceste forme erau confecționate din lemn și prevăzute cu găuri de-a lungul conturilor. La început, A. cu ajutorul intervenientului (modelare), băga și scotea șiretul prin respectivele găuri. Apoi, intervenientul doar susținea forma, iar A. băga și scotea singur șiretul. În cadrul activităților s-au utilizat indicii verbali („Bagă!”, „Scoate!”), recompensa socială („Bravo!”, „Excelent!” etc.) și materială (după ce termina de cusut întreaga formă, A. se juca 1 minut cu forma respectivă).

Activități de manipulare/utilizare a clamelor

În cadrul acestor activități s-au folosit clame de plastic de diferite culori și un vas de plastic rotund. Cu ajutorul prompt-erilor verbali („Strânge!” și „Pune!”), a modelării A. și indicilor spațiali (vasul era întors cu partea liberă către A.) a învățat să manipuleze clamele și să le așeze pe marginea vasului.

Activităților de construire a unui turn

S-au folosit cuburi din lemn de diferite culori cu diametrul de 4 cm. Inițial s-a recurs la modelarea comportamentului. Terapeutul stătea în spatele copilului, cu mâinile sale peste mâinile copilului și în acest fel se realiza acțiunea de a pune un cub de-asupra celuilalt. Observându-se progresul copilului în activitate, prompt-erul total (modelarea) era diminuat. Activitățile au avut un grad de complexitate crescândă, desfășurându-se de la ușor la greu: de la 2 la 10 cuburi. La sfârșitul activităților, cuburile erau răsturnate (inițial de terapeut, iar apoi de copil). Acestea intrând în contact cu suprafața mesei făceau zgomot, fapt care era o recompensă pentru A.

Coborârea și urcarea scărilor

Premergătoare activităților în cadrul cărora s-a învățat coborârea și urcarea individuală a scărilor, au fost exercițiile desfășurate cu ajutorul unui scăunel potrivit înălțimii unei scări. A. sprijinindu-se în mâinile terapeutului, se urca pe scăunel în picioare (fiind cu fața la terapeut), se întorcea (terapeutul rotindu-se după preferințele copilului – stânga sau dreapta), iar apoi cobora de pe scăunel. În realizarea acestor activități de un considerabil ajutor au fost prompt-erii verbali („Urcă!”, „Întoarce-te!”, „Coboară!”) și recompensa socială (de ex., „Bravo!”, „Foarte bine!”, „Excelent!”, „Aplauze!”).

Săritura pe loc

De asemenea, atât modelarea, cât și recompensa verbală au fost folosite în cadrul activităților în care s-a încercat însușirea de către copil a comportamentului de a sări pe loc. Copilul era luat în brațe de către intervenient, executând împreună ridicarea/săritura de pe sol.

b. Autonomie personală

Prin însușirea unor comportamente și anume: utilizarea lingurii în contextul hrănirii, folosirea unei căni cu o singură toartă, dezbrăcarea jachetei o dată ce aceasta a fost deschisă, deschiderea scaiului de la adidași și utilizarea oliței, s-a urmărit dezvoltarea abilităților de autonomie personală și autoservire, aceasta ocupând un loc important în intervenție.

Utilizarea lingurii și a căni

Deoarece copilul prefera iaurtul, utilizarea linguriței s-a început cu ajutorul acestuia. Copilul a fost învățat să utilizeze lingurița mâncând iaurtul. Aceasta s-a efectuat cu ajutorul prompt-erilor tactili și verbali („Apucă lingurița!”, „Ridică lingurița!”, „Bagă lingurița în gură.” etc.). De asemenea, s-a utilizat recompensa verbală, care este de un real folos în cazul copilului de față. Din momentul în care s-a introdus folosirea individuală a linguriței de către copil pentru a mânca iaurtul și ceilalți membrii ai familiei au procedat la fel, oferindu-i lingurița o dată cu iaurtul. Acest comportament s-a extins și la alte feluri de mâncare care necesitau utilizarea linguriței/lingurii.

O dată introdusă cana cu o singură toartă, copilului nu i s-a mai oferit nici un alt fel de tip de cană, atât în cadrul activităților, cât și înafara acestora.

Spălatul pe mâini

Pentru însușirea deprinderii de spălare a mâinilor s-a apelat la strategia analizei secvențiale, învățarea deprinderii fiind învățată pe pași: deschiderea apei, udarea mâinilor, săpunirea mâinilor, clătirea mâinilor, închiderea robinetului și ștergerea mâinilor. Recompensa socială a fost cea mai des folosită.

Dezbrăcarea jachetei și deschiderea scaiului

Atât dezbrăcarea jachetei o dată ce aceasta a fost descheiată, cât și deschiderea scaiului de la adidași au fost învățate în contextul dezbrăcării și schimbării încălțămintei pentru a putea intra în clasa grupei de grădiniță. Inițial s-a folosit modelarea comportamentelor, prompt-erii verbali, recompensa fiind colegii lui de grupă (nu intra în sala de clasă până nu realiza cele două comportamente). Acest comportament s-a extins și când ajungea acasă de la grădiniță, fiind necesară dezbrăcarea și descălțarea pentru a se putea așeza la măsuță și mânca iaurtul (în acest context, iaurtul reprezentând recompensa).

Utilizarea oliței

Pentru a învăța utilizarea oliței, inițial, copilul era întrebat frecvent dacă are nevoie la toaletă și așezat pe oliță de câteva ori pe zi, chiar dacă acesta nu se afirma ca având nevoie. După mai multe luni, copilul era doar întrebat frecvent dacă dorește la toaletă. Iar în cazurile în care spunea că dorește, copilul era așezat pe oliță, iar în timpul cât stătea pe oliță (doar pentru a urina), ca recompensă i se ofereau obiecte preferate de acestea pentru a se juca cu ele timp de 30-60 secunde.

Exerciții în oglindă

Aceste exerciții s-au realizat în scopul identificării și denumirii corecte a segmentelor propriului corp. În prima etapă a exercițiilor, intervenientul stătea în spatele lui A., amândoi cu fața la oglindă. Prin modelare, intervenientul lua mâna lui A. și atingea un segment al corpului, denumindu-l în același timp. În a doua etapă, intervenientul întreba: „Unde este piciorul?” și A. trebuia să îl arate. S-a utilizat recompensa socială și prompt-erii verbali.

c. Dezvoltarea comunicării și a limbajului

Învățarea cuvintelor noi

S-au desfășurat activități în cadrul cărora s-au învățat cuvinte noi. Copilului i s-au prezentat imagini ale unor obiecte diferite (obiecte uzuale: periută de dinți, pahar, pat, scaun,

geacă, mănuși etc.) în același timp cu denumirea acestora spusă de terapeut. În următoarea etapă a activităților, copilului i se arătau imaginile și era întrebat „Ce este aceasta?” și se aștepta răspunsul copilului. S-au utilizat indici verbali: prima silabă din cuvântul care denumea obiectul din imaginea arătată și recompense materiale și sociale.

Activități ludice

S-au desfășurat jocuri cu mingea („Mingea dura dura”), activități muzicale simple și combinate cu activități motrice („Cântecul degetelor”).

d. Diminuarea stereotipiilor

Strategia utilizată pentru a se atinge acest obiectiv a constat în adaptarea mediului. Pe cât posibil, s-au eliminat factorii care declanșau stereotipiile motorii. S-au eliminat din mediul lui A. obiectele de formă rotundă, draperiile erau trase într-o parte (fiind draperii verticale), ușile dulapurilor erau închise cu cheia. În momentul apariției legănatului, A. era atenționat verbal să înceteze comportamentul, iar atenția îi era orientată spre altă acțiune sau activitate.

În cazul stereotipiilor verbale s-a utilizat semnul lacătului la gură și atenționarea verbală „Șșșșșttttt!”.

IV. Evaluare de progres

Evaluarea finală s-a realizat la 12 luni după începerea programului de intervenție. Această evaluare s-a realizat cu ajutorul Programului Portage. Conform Programului Portage s-au înregistrat următoarele progrese :

1. Socializare: privește persoana care îl strigă pe nume, întinde o jucărie unui adult și îl lasă pentru ca acesta să îl ia, participă la un joc în compania altui copil, duce în brațe o jucărie, imită gesturi care îi amuză pe adulți pentru a le atrage atenția, prezintă o carte unui adult pentru a o răsfoi împreună, încearcă să atragă atenția altei persoane pentru ca aceasta să vină să vadă un obiect sau o acțiune, este capabil să aștepte satisfacerea unei nevoi, se conformează exigențelor părinților în 50% din cazuri, ascultă muzică timp de 5-6 minute, spune „mulțumesc” și „te rog” la cerere și efectuează o alegere la cerere.
2. Limbaaj: în cadrul acestui domeniu de dezvoltare s-au înregistrat mici progrese și anume: răspunde cu „da” sau „mai târziu” (în loc de „nu”) la întrebările care cer un răspuns afirmativ sau negativ, indică cu ajutorul cuvintelor nevoia de a merge la toaletă („Pișu,

pișu”), recunoaște mai multe obiecte familiare, își indică vârsta folosindu-și degetele. Recită o poezie („Rică”).

3. Autoservire și autonomie personală: mănâncă singur cu o lingură, bea din cana sa ținând-o cu o singură mână, rămâne așezat pe oliță timp de 5 minute, își scoate haina o dată ce aceasta a fost descheiată, arată că vrea să meargă la toaletă cu ajutorul cuvintelor și a gesturilor, mănâncă singur folosind o lingură și o cană, făcând mici stricăciuni, ia un șervețel care îi este întins de către un adult și îl folosește pentru a-și șterge mâinile și fața, își controlează saliva.
4. Cognitiv: împinge 3 cuburi aliniate unul după altul pentru a imita un tren, găsește un obiect ascuns sub un recipient oarecare, construiește un turn cu ajutorul a 3 cuburi (la cerere), arată cu degetul ilustrații despre care a fost întrebat, desemnează prin numele lor, obiecte reprezentate în 4 ilustrații simple.
5. Dezvoltarea motorie: folosește un turn folosindu-se de 3 cuburi, se ghemuiește apoi revine în poziția inițială, sare pe loc, aruncă o minge adultului care se află la aproximativ 1.60 m de el, astfel încât adultul să nu fie nevoit să se deplaseze pentru a prinde mingea, dă o lovitură cu piciorul unei mingi care se rostogolește spre el, întoarce una câte una paginile unei cărți, separă obiecte care sunt prinse împreună, apoi le adună laolaltă, deșurubează jucării care intră una în alta, inserează 5 popice din 5 într-un stativ special.

De asemenea, A. reușește să urce și să coboare scările doar ținându-se de balustradă, dar nealterând picioarele, își deschide scaiurile de la adidași. La cerere, recită 2 poezii a 6 versuri și cântă un cântec a 5 versuri, combinat cu gesturi motorii.

S-a observat diminuarea stereotipiilor verbale, a celor legate de deschiderea și închiderea ușilor de la dulap și a sertarelor, a mișcării draperiilor și a legănatului. Comportamentul de legănat s-a diminuat în 80% din cazurile în care factorul declanșator era prezent.

V. Concluzii și recomandări

În urma programului de intervenție aplicat, s-au observat îmbunătățiri în comportamentul lui A. Acestea au vizat atât abilitățile copilului din cadrul domeniilor de dezvoltare (limbaj și comunicare, socializare, motricitate, abilități cognitive și autonomie personală), cât și comportamentele stereotipe și indezirabile social, în cazul cărora s-a observat o diminuare. De asemenea, s-au înregistrat progrese în participarea lui A. în cadrul activităților de la grădiniță:

activități ludice în echipă sau grup, cât și activități care vizau achiziția unor cunoștințe academice.

Deoarece s-au înregistrat progrese semnificative în comportamentul lui A., se recomandă elaborarea unui nou plan de intervenție bazat pe principiile terapiei ABA, în paralel cu un program de kinetoterapie realizat într-o manieră continuă și constantă. Acesta se va stabili după o primă evaluare kinetoterapeutică a gradului de achiziții pe care copilul le are. Principalele obiective ale programului de kinetoterapie vor fi formulate în vederea dezvoltării forței musculaturii membrelor inferioare, a coordonării întregului corp și în vederea îmbunătățirii motricității generale și a achiziționării abilităților necesare unui mers și a unei alergări corecte. Se propun activități realizate într-un mediu specializat și totodată securizant, dotat cu resurse și mijloace necesare desfășurării unor exerciții din aria kinetoterapiei (diferite aparate medicale, stative pentru cățărare, spalieri etc).

Se recomandă colaborarea cu un logoped specializat în particularitățile autismului, în vederea formulării unor obiective și a elaborării unui plan de intervenție în domeniul comunicării și a limbajului sub toate aspectele: înțelegerea vocabularului, pronunția diferitelor foneme, utilizarea adecvată a tonului vocii etc, dezvoltarea abilităților de a cere și de a pune întrebări, îmbunătățirea discursului narativ etc.

Activitățile ludice și de ergoterapie sunt activități cu scop, motivante și relevante în contexte din viața de zi cu zi, desfășurate cu scopul atingerii unui potențial maxim și încurajarea unei vieți cât mai independente, motiv pentru care nu ar trebui să lipsească din programele terapeutice.

Se recomandă includerea activităților de integrare senzorială în programul individualizat de intervenție. În acest scop, se va colabora cu o persoană acreditată în realizarea terapiei de integrare senzorială (Terapie clasică de integrare senzorială Ayres).

Atât elaborarea noului program de intervenție individualizat (cuprinzând și obiective din cadrul recuperării kinetoterapeutice și integrării senzoriale) cât și monitorizarea cazului se vor efectua de către echipa multiprofesională (logoped, kinetoterapeut, specialistul în integrarea senzorială, părinți, intervenient).

Pentru o mai bună și benefică derulare a programelor de intervenție se recomandă consilierea familiei. Deoarece s-au întâmpinat dificultăți în colaborarea cu aceștia și stabilirea unor reguli spre a fi respectate, toate acestea având ca scop buna dezvoltare și recuperare a lui

A., consilierea membrilor familiei, având ca obiectiv principal conștientizarea rolului acestora în educarea și recuperarea lui A. Acest lucru, nu înseamnă întotdeauna o supraprotecție sau o afecțiune sufocantă. Uneori, ca și în cazul de față, când copilul are abilitățile necesare, acestuia trebuie să i se ofere oportunitatea de a-și dezvolta independența, de a relaționa singur cu mediul înconjurător, familia fiind doar un sprijin, un mediator între cele două părți (între copil și mediul în care acesta trăiește).

Capitolul 6

CONCLUZII FINALE ȘI DISCUȚII

Citându-l pe Milea (1988), „patologia autistă reprezintă un complex simptomatologic de etiologie variată, specific patologiei psihice a copilului mic. Denumirea i se datorează autismului, simptomul central în jurul căruia se grupează o sumă de manifestări între care cele mai importante se consideră a fi tulburările de limbaj și stereotipiile plasate într-un amestec particular și bizar de forme și mijloace primitive și pervertite de exprimare a funcțiilor psihice cu altele mai elaborate, insule izolate de abilități și resurse uneori bine conservate, altele monstruos dezvoltate.”

Printre criteriile de diagnostic fundamentale în autism menționăm:

- debutul simptomatologiei înainte de 30 de luni;
- copilul cu autism are un mod particular de insuficiență profundă și generală a capacității de a dezvolta relații sociale;
- prezența unei forme de întârziere a limbajului care implică afectarea înțelegerii, vorbirea ecolalică și inabilitatea utilizării pronumelui personal la persoana I;
- comportamentul este marcat de prezența unor variate gesturi și comportamente ritualice și compulsive.

În cazul copiilor cu autism, deteriorarea în interacțiunea socială reciprocă este evidentă și susținută. Poate exista o deteriorare semnificativă în utilizarea multiplelor comportamente

nonverbale de reglare a interacțiunilor și comunicării sociale (contact vizual, mimică, postură, gesturi).

Se știe faptul că adesea deficitul emoțional urmează problemelor apărute în dezvoltare și se presupune că eșecul în a înțelege, de exemplu, stările mentale (theory of mind), va duce la confuzie și frică, aceasta ducând la inabilitatea de a interacționa cu cei din jur și la o lipsă de atașare de aceștia. Doar aceste aspecte ce țin de dezvoltarea emoțiilor prezintă deficite în cazul persoanelor cu autism, în timp ce, sentimentele reale nu sunt afectate (Jordan și Powell, 2006).

Copiii cu autism prezintă dificultăți în a-și înțelege propriile emoții, reușind cu foarte mare dificultate să vorbească despre acestea (Albano, 2005; Mureșan, 2004; Jordan și Powell, 1995). Părinții și profesorii trebuie să cunoască foarte bine gesturile sau cuvintele utilizate de către copii.

Deteriorarea în comunicare este notabilă și susținută și afectează atât aptitudinile verbale cât și nonverbale (DSM-IV-TR). Limbajul verbal este puternic afectat. Acesta fie nu se dezvoltă deloc fie se dezvoltă cu întârziere și este afectat la nivelul spontaneității, inițierii și susținerii unei conversații sau este rigid și repetitiv fie este un limbaj propriu (își formulează propriile cuvinte și expresii care pot fi înțelese doar de persoanele familiarizate cu modul de comunicare a copilului) și de cele mai multe ori este afectat la nivel paralingvistic, gramatical și pragmatic. Pot fi prezente și formele ecolalice ale limbajului (ecolalie imediată sau întârziată). De asemenea, se remarcă lipsa jocului de rol sau a jocului imitativ social corespunzător nivelului de vârstă. În vederea exprimării anumitor stări, pentru a înțelege nevoile acestora.

De-a lungul timpului s-au elaborat diverse modalități și tehnici de intervenție în sfera autismului care au vizat, în special, domeniile de dezvoltare afectate în autism dar și comportamentele stereotipe, repetitive. Dintre acestea amintim acele modalități terapeutice care au rezistat în timp și în urma aplicării lor s-au înregistrat rezultate pozitive și anume:

- PECS este un sistem augmentativ de comunicare, utilizat în cadrul populației autiste cu scopul de a stimula inițiativele de comunicare și dezvoltarea limbajului. În majoritatea cazurilor, PECS este folosit cu succes, copiii cu autism trecând de la stadiul schimbului fizic (arată o pictogramă adultului cu ceea ce dorește, iar acesta îi satisface nevoia) și ajungând în stadiul formulării de fraze elaborate.
- Programul TEACCH, elaborat de Schopler, are la bază ideea că părinții pot participa în cadrul terapiei ca și co-terapeuți ai propriilor copii, fiind învățați cum să lucreze cu

aceștia acasă. Programul pornește de la elaborarea unui plan educațional individualizat, ținându-se seama de particularitățile fiecărui copil și de varietatea patologiei autiste. Au loc evaluări periodice pentru a se monitoriza progresul și pentru modificarea obiectivelor planului personalizat de intervenție, colaborarea între părinți și specialiști fiind o condiție fundamentală pentru derularea adecvată a programului.

- Programul Lovaas, asemeni programului TEACCH, face parte din categoria metodelor de intervenție comportamentale. Programul Lovaas se bazează pe tehnicile de modificare comportamentală, la extincția și modelarea comportamentului, la recompensă și întărire, la pedeapsă, la generalizarea și la menținerea comportamentelor adecvate. Aceste tehnici vizează fie dezvoltarea, generalizarea sau menținerea unui comportament, fie creșterea sau diminuarea, după caz, a frecvenței de apariție a comportamentului.

Terapia ABA – la care am apelat și în cercetare are la bază principiul clasic al învățării și condiționării operante elaborate de Skinner. Modelul ABC este aplicat pentru întărirea sau extincția oricărui tip de comportament. În cadrul acestei terapii, copilul cu autism este abordat într-o manieră individualizată, învățarea diferitelor comportamente realizându-se într-un mediu structurat, eliberat de factori distractori. Generalizarea este un concept cheie în programele ABA, referindu-se la capacitatea copilului de a transfera anumite comportamente masterate într-un mediu structurat și în cadrul altor situații cotidiene și în preajma altor persoane. Predarea se realizează într-o manieră de 1 la 1, programele derulându-se pe parcursul a mai mulți ani. Efectele terapiei ABA se resfrâng atât asupra copilului cu autism, cât și asupra familiei și a mediului în care trăiește.

Cercetarea de față și-a propus stabilirea nivelului de eficiență a programelor terapeutice adaptate și individualizate aplicate în cazul unor copii cu autism. În acest scop, procedura de lucru s-a bazat pe psihodiagnosticul dinamic-formativ care s-a desfășurat în trei etape și anume *evaluarea inițială* (pre-test), *training-ul* (aplicarea și implementarea programelor de intervenție elaborate) și *evaluarea progresului* (post-test), realizat prin intermediul studiilor de caz longitudinale, urmărite pe diferite perioade de timp și anume: 12 luni, respectiv 8 luni.

Evaluarea prin intermediul instrumentelor selectate (Scala ECA III, Scala de Evaluare a Autismului Infantil Eric Schopler, Ghidul de intervenție timpurie Portage, Indicateurs d'observation et d'apprentissage pour enfants handicapés (*Indicatori de observare și învățare*

pentru copiii deficienți) și Gilliam Autism Rating Scale (GARS)) a permis surprinderea particularităților fiecărui copil în parte ceea ce facilitează și permite conceperea unor planuri de intervenție adecvate și eficiente. Rezultatele obținute la aceste evaluări stau la baza obiectivelor educaționale propuse și a alegerii tehnicilor de intervenție specific din cadrul programelor terapeutice elaborate. Ca urmare, se confirmă ipoteza numărul 1.

În urma aplicării planurilor de intervenție adaptate și individualizate bazate pe modalități de intervenție specifice utilizate în terapia copiilor cu autism, s-au constatat progrese atât în ariile de dezvoltare psihică, cât și în cea comportamentală în cazul tuturor participanților la cercetare, aspecte certificate de rezultatele obținute în cadrul evaluării de progres, fapt prin care se confirmă ipoteza numărul 2.

Ca urmare, realizarea unor evaluări corecte și prin intermediul unui instrumentar specific permite elaborarea unor programe de intervenție individualizate care se pliază pe dezvoltarea atipică a copiilor cu autism. Implementarea acestor programe conduce atât la achiziționarea de noi abilități în sfera ariilor de dezvoltare psihică și comportamentală, cât și la ameliorarea simptomelor cuprinse în sfera autismului, aspecte relatate și în literatura de specialitate.

BIBLIOGRAFIE

1. Aarons, M., Gittens, T. (2003). *The Autistic Continuum. An Assessment and Intervention Schedule*, Berkshire: NFER-Nelson Publishing Co ltd Darville House.
2. Albano, B. (2003). *Through Different Eyes: How People with Autism Experience the World*, www.serendip.brynmawr.edu.
3. Allott, R. (2001). *Autism and the Motor Theory of Language, The Great Mosaic Eye: Language and Evolution*, Lewes: Book Guild.
4. American Psychiatric Association (2003). *Manual de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale, a 4-a ediție revizuită*. București: Asociația Psihiatrilor Liberi din România.
5. Anderson, S.R., Avery, D.L., Kipietro, W.E., Edwards G.L., Christian, W.P. (1987). *Intensive home-based early intervention with autistic children*, *Education and Treatment of Child*, 10, p. 352-366.

6. Baer, D., Wolf, M. & Risley, T. (1968). *Some current dimensions of applied behaviour analysis*. Journal of Applied Behavior Analysis, 1, 91-97.
7. Baer, D., Wolf, M. & Risley, T. (1987). *Some still-current dimensions of applied behavior analysis*. Journal of Applied Behavior Analysis, 20, 313-327.
8. Bailey, A., Phillips, W., Rutter, M. (1996). *Autism: Toward and integration of clinical, genetic, neuropsychological and neurobiological perspectives*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, 89-126.
9. Baker, J. (2001). *The Autism Social Skills Picture Book – Teaching Communication, Play and Emotion*, Arlinton, Future Horizont, Inc.
10. Baron-Cohen, S. (2004). *Autism: Research into causes and intervention*. Pediatric Rehabilitation, 7, 73-78.
11. Baron-Cohen, S. (2005). *Autism*. In Hopkins, B., Cambridge Encyclopaedia of Child Development. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
12. Baron-Cohen, S. & Bolton, P. (1993). *Autism The facts*, New-York: Oxford University Press.
13. Baron-Cohen, S., Allen, J., Gillberg, C. (1992). *Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack and the CHAT*, British Journal of Psychiatry, 161, 839-843.
14. Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., Frith, U. (1985). *Does the autistic child have a "theory of mind"?*, Cognition, 21, 1, 37-46.
15. Barthelemy, C., Hameurz, L., Lelord, G. (1995). *L'autisme de l'enfant. La therapie d'echange et developpement*, Paris: Expansion Scientifique Francaise.
16. Bărbuți, D. & Giurgiu, M. (2004). *Autism – generalități în Ghidul îndrumător pentru integrarea școlară a copilului autist*, pag. 2-4. Timișoara, Asociația „Casa Faenza”.
17. Benga, O. (1997). *Modele etiopatogenice în autism*, Creier. Cognitione. Comportament, 1, 1, 99-124.
18. Bondy, A. & Frost, L. (2001). *The Pictures Exchange Communication System*, Behavior Modification, 25, 125-746 .

19. Bondy, A. & Frost, L. (2002). *The Pictures Exchange Communication System Training Manual*, Newark, Pyramid Educational Consultants.
20. Brandsborg, K. (2002). *Blindness and autism: What is the relationship between blindness and autism-like difficulties in children?*, www.icevi.org.
21. Carr, E. G., Kemp, D.C. (1989). *Functional equivalence of autistic leading and communicative pointing: Analysis and treatment*, *Journal of Autism and developmental Disorders*, 19, 561-578.
22. Cîrneai, D. (2004). *Demascarea secolului: Ce face din noi creierul? Introducere în neuroștiințele dezvoltării*, Cluj-Napoca, Editura Eikon.
23. Charlop, M.H. & Trasowech, J.E., (1991), Increasing Autistic Children's Daily Spontaneous Speech. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 747-761.
24. Charlop, M.H. & Walsh, M.E., (1986). Increasing Autistic Children's Spontaneous Verbalizations of Affection: An Assessment of Time Delay and Peer Modeling Procedures. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 19, 307-314.
25. Charlop-Christy, M., Carpenter, M., Le, L., LeBlanc, L. & Kellet, K. (2002). Using the Picture Exchange Communication System (PECS) with children with autism: assessment of PECS acquisitions, speech, social communicative behavior and problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35, 213-231.
26. Chiang, H-M., Carter, M., (2008), *Spontaneity of Communication in Individuals with Autism*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 693-705.
27. Cooper, J., Heron, T. E., Heward, W. L. (2007). *Applied Behavior Analysis*, 2nd Edition, New-Jersey: Pearson Merrill Prentice Hall.
28. Dahlgren, S.O. & Gillberg, C. (1989). *Symptoms in the first two years of life: A preliminary population study of infantile autism*, *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 238, 169-174.
29. Eikeseth, S. (1999). *Intensive school-based behavioral treatment for four to seven year old children with autism: One year follow up*. In „Putting Research Into Practice” conference, London.

30. Fenske, E.C., Zalenski, S., Kratz, P., McClannahan, L. (1989). *Age at intervention and treatment outcome autistic children in a comprehensive intervention program*, Analysis and Intervention in Developmental Disabilities, 58.
31. Fouse, B. & Wheeler, M. (1997). *A treasure chest of behavioral strategies for individuals with autism*, Dallas, Editura Future Horizons.
32. Fritt, U. (1989). *Autism: Explaining the enigma*, Oxford, UK: Blackwell.
33. Gense, M. & Gense, D. (2002). *Autism Spectrum Disorder in learners with blindness/vision impairments. Comparison of characteristics*, www.focusfamilies.org.
34. Griffin, R. (2002). *Social learning in the non-social: imitation, intentions, and autism*. University of Cambridge, UK: Blackwell Publishers.
35. Hancock, T. B., Kaiser, A., P. (2002). *The Effects of Trainer-Implemented Enhances Millieu Teaching of the Social Communication of Children with Autism*, TECSE 22, 1, 39-54.
36. Hess, L. (2006). *I would like to play but I don't know how: a case study of pretend play in autism*. Child Language Teaching and Therapy, 22, 97-116.
37. Hollander, E. & Anagnostou, E. (2007). *Clinical Manual for the Treatment of Autism*, Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
38. Ingsholt, A. (2002). *Blindness, mental retardation and-or autism*, www.icevi.org.
39. Jamieson, S (2004). *Creating an educational program for young children who are blind and who have autism*. Rehabilitation Education for Blindness and Visual Impairment, 35, 165-177.
40. Jordan, R. & Powell, S.(1995). *Understanding and Teaching Children with Autism*, West Sussex, UK: John Wiley & Sons Ltd.
41. Jones, E. A., Feeley K. M., Takacs J. (2007). *Teaching Spontaneous Responses to Young Children with Autism*. Journal of Applied Behavior Analysis, 40, 565-570.

42. Juhel, J. (1997). *La déficience intellectuelle: Connaître, comprendre, intervenir*, Les Presses de l'Université Laval Chronique Social.
43. Kalmeyer, D. (1997). *An introduction to Applied Behavior Analysis*, www.ctfeat.org.
44. Koegel, R., O'Dell, M.C., Koegel, L.K. (1987). *A natural language paradigm for teaching nonverbal autistic children*, *Journal of Autism and developmental Disorders*, 17, 187-199.
45. Koegel, L. K. & LaZebnik, C. (2004). *Overcoming Autism*, New York, Penguin Books.
46. Kristoff, B., Fuentes, F. (1991). *Changes in cognitive and language functioning of preschool children with autism*, *Journal of Autism and developmental Disabilities*, 21, 281-290.
47. McEachin, J. (1998). *Applied Behavior Analysis (ABA): What is it?*, www.ctfeat.org.
48. Larsen, K. (2002). *The BMA-a model to improve development and prevent problems in blind children with mental disorders and autism*, www.icevi.org.
49. Layartigues, A., Lemonnier, E. (2005). *Es troubles autistiques. Du repérage précoce à la prise en charge*, Paris: Ellipses.
50. Laxer, G. (1997). *De l'éducation des autistes déficitaires*. Ramonville Saint Agne: Erès.
51. Loftin, M. (1999). *Pervasive developmental disorders in children with visual impairments*, www.tsbvi.edu.
52. Lovaas, O.I. (1987). *Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, p.3-9.
53. Magiati, I. & Howlin, P. (2003). *A pilot Evaluation Study of the Picture Exchange Communication System (PECS) for Children with Autistic Spectrum Disorders*, *Autism*, 7, 297-322.
54. MacKenzie, H. (2008). *Reaching and Teaching the Child with Autism Spectrum Disorder*, London: Jessica Kingsley Publishers.

55. Malandraki G. A. & Okalidou, A. (2007). *The Application of PECS in a Deaf Child With Autism: A case study*, Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 22, 23-34.
56. Maurice, C. (1996). *Behavioral Intervention for Young Children With Autism*, Austin: Pro-Ed An International Publisher.
57. Milne, E., Swettenham, J., Hansen, P., Campbell, R., Jeffries, H. & Plaisted, K. (2002). *High motion coherence thresholds in children with autism. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 255-263.
58. Mirenda, P. (2001). *Autism, augmentative Communication and Assistive Technology: What Do We Really Know?*, Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 16, 141-153.
59. Moor, J. (2008). *Playing, Laughing and Learning with Children on the Autism Spectrum*, London and Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers.
60. Morrison, R., Sainato, D., Benchaaban & Endo, S. (2002). *Increasing play skills of children with autism using activity schedules and correspondence training. Journal of Early Intervention*, 25, 58-72.
61. Muraru-Cernomazu, O. (2005). *Aspecte generale ale patologiei autiste*, Suceava, Editura Universității.
62. Mukaddes, N., Kaynak, N., Kinali, G., Besikci, H. & Issever, H. (2004). *Psychoeducational treatment of children with autism and reactive attachment disorder. Autism*, 8, 101-109.
63. Mureșan, C. (2004). *Autismul infantil. Structuri psihopatologice și terapie complexă*, Cluj-Napoca, Presa Universitară Clujeană.
64. Myles, B., Cooper Swanson, T., Holverstott, J., Moore Duncan, M. (2007). *Autism Spectrum Disorders – A handbook for Parents and Professionals*, vol.1, Westport, Connecticut: Greenwood Publishing Group, Inc.
65. Notbohm, E. & Zysk, V. (2004). *1001 Great Ideas for Teaching and Raising Children with Autism Spectrum Disorder*, Arlington, Futurre Horizons, Inc.

66. Ozonoff, S., Cathcart, K. (1998). *Effectiveness of home program intervention for young children with autism*, Journal of Autism and Developmental Disorders, 28, p.25-32
67. Pawletko, T. (2002). *Autism and visual impairment*. The journal concerning Optic Nerve Hypoplasia&Septo Optic Dysplasia, www.tsbvi.edu.
68. Pawletko, T. & Rocissano, L. (2000). *Examples of symptom presentation in blind/autistic children in contrast to blind/non-autistic children a la DSM-IV criteria*, www.tsbvi.edu.
69. Pawletko, T. & Rocissano, L (2000). *Autism in the visually impaired child*, www.tsbvi.edu.
70. Powel, S. & Jordan, R. (1998). *Autism and Learning: A guide to Good Practice*, London, David Fulton Publishers.
71. Preda, V. (2005). *Caracteristici comportamentale și intervenții educative în cazul copiilor cu autism*, Revista de psihopedagogie, 1, 70-85.
72. Preda, V. (2006). *Programe de intervenție timpurie și practice educative destinate copiilor cu dizabilități și cu întârzieri în dezvoltare*, revista de psihopedagogie, 1, 77-96.
73. Preda, V. (2008). *Les fondament de la stimulation et de l'intervention precoce pour les enfants avec besoins educatifs particuliers*, Studia Universitatis Babeș-Bolyai, Psychologia-Pedagogia, 1.
74. Preda, V. (2009). *Educația și formarea parental pentru intervenția timpurie asupra copiilor cu dizabilități*, în M. Anca (coord.): *Tendențe psihopedagogice modern în stimularea abilităților de comunicare*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, 7-15.
75. Preda, V. (2010). *Intervenția comportamentală timpurie intensivă la copiii cu tulburări din spectrul autist*, în M. Anca (coord.): *psihopedagogia special între practică și cercetare*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, 123-131.
76. Preis, J. (2006). *The effect of Picture Communication Symbols on the verbal comprehension of commands by young children with autism*. Focus on autism and other developmental disabilities, 21, 194-210.
77. Schechtman, M. (2007). *Scientificallly unsupported therapies in the treatment of young children with autism spectrum disorders*. Journal of Pediatric Annals, 36, 497-505.

78. Schopler, E., Lansing, M., Waters, L. (1993). *Activités d'enseignement pour enfants autistes*, Paris: Masson.
79. Schopler, E., Mesibov, G. & Hearshey, K. (1995). *Structured teaching in the TEACCH System*, in E. Schopler & G.B Mesibov, *Learning and Cognition in autism*, 243-268, New-York: Plenum.
80. Secară, O. (2004). *Intervenții educaționale în tulburările pervasive de dezvoltare*. În Ghidul îndrumător pentru integrarea școlară a copilului autist, pag. 12-17. Timișoara, Asociația „Casa Faenza”
81. Secară, O. (2006). *Sindroame psihopatologice în perioada copilăriei și adolescenței, sindroame ale nedezvoltării* în T., Mircea, *Tratat de psihopatologie a dezvoltării copilului și adolescentului*, pag. 286-319. București, Artpress.
82. Secară, O. (2007). *Creierul social. Autism, neuroștiințe, terapie*, Timișoara, Artpress.
83. Shah, A. & Frith, U. (1993). *Why do autistic individuals show superior performance on the block design task?*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1351-1364.
84. Sheinkopf, S.J., Siegel, B. (1998). *Home-based behavioral treatment of young children with autism*, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 15-23.
85. Shore, S. M. & Rastelli, L. G., (2006). *Understanding Autism for Dummies*. Indianapolis, Wiley Publishing. Inc.
86. Sigman, M. & Capps, L. (2000). *Children with Autism. A developmental Perspective*, 2nd Edition, London: Harvard University Press.
87. Sigman, M., Dijamco, A., Gratier, M., Rogza, A. (2004). *Early Detection of Core Deficits in Autism*, *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 10, 221-233.
88. Sparrevohn, R. & Howie, P.M. (1995). *Theory of mind in children with autistic disorder: Evidence of developmental progression and the role of verbal ability*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 249-263.

89. Stone, F. (2004). *Autism – The Eighth Colour of The Rainbow. Learn to Speak Autistic*, London: Jessica Kingsley Publishers.
90. Stoner, J.B., Beck, A. R., Bock, S., Hickey, K., Kosuwan, K., Thompson, J. (2006). *The Effectiveness of the Picture Exchange Communication System with Nonspeaking Adults*, Remedial and Special Education, 27, 154-167.
91. Sulzer-Azaroff, B. & Mayer, R. (1991). *Behavior analysis for lasting change*. Fort Worth, TX: Holt, Reinhart & Wistin, Inc.
92. Tincani, M. (2004). *Comparing the Picture Exchange Communication System and Sign Language Training for Children with Autism*, Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 19, 152-165.
93. Wellman, H.M. (1990). *The child's theory of mind*. Cambridge, MA: MIT Press/Bradford Books.
94. Wing, L. (1997). *The hystory of ideas on autism: Legends, myths and reality*. Autism, 1, 1-13.
95. Wolfberg, P. & Schuler, A. (1999). *Fostering peer interaction, imaginative play and spontaneous language in children with autism*. Journal of Child Language Teaching and Therapy, 15, 41-52.
96. www.en.wikipedia.org/wiki/Applied_Behavior_Analysis.
97. <http://www.autisme-montreal.com/home.php?page=48.1>
98. <http://www.autismspeaks.org/what-autism/treatment/applied-behavior-analysis-aba>
99. <http://www.autismweb.com/teacch.htm>
100. http://www.autism-india.org/afa_aboutautism.html