

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE**  
**„CAROL DAVILA”, BUCUREȘTI**  
**ȘCOALA DOCTORALĂ**  
**DOMENIUL PSIHIATRIE**

**TEZĂ DE DOCTORAT**

**Conducător de doctorat:**

**ACAD. PROF. DR. ȘTEFAN MILEA**

**Doctorand:**

**IONELA CIOCAN STĂNESCU**

**2018**

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
„CAROL DAVILA”, BUCUREȘTI  
ȘCOALA DOCTORALĂ  
DOMENIUL PSIHIATRIE**

**TERAPIA MULTIFOCALĂ LA COPILUL AUTIST  
REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT**

**Conducător de doctorat:**

**ACAD. PROF. DR. ȘTEFAN MILEA**

**Doctorand:**

**IONELA CIOCAN STĂNESCU**

**2018**

*Motto:*

*“Nu există artă mai frumoasă decât arta educației; pictorul și sculptorul fac doar figuri fără viață, dar educatorul creează un chip viu.*

*Uitându-se la el, se bucură și oamenii, se bucură și Dumnezeu”*

*Ioan Gură de Aur*

## CUPRINS

<b>INTRODUCERE .....</b>	<b>3</b>
<b>I. PARTEA GENERALĂ .....</b>	<b>5</b>
<b>1. DEFINIȚII DESPRE AUTISM.....</b>	<b>5</b>
<b>II. CONTRIBUȚII PERSONALE .....</b>	<b>16</b>
<b>4. IPOTEZA DE LUCRU ȘI OBIECTIVELE GENERALE .....</b>	<b>16</b>
<b>5. METODOLOGIA GENERALĂ A CERCETĂRII.....</b>	<b>16</b>
<b>5.1 Ipoteza de lucru și obiective specifice.....</b>	<b>17</b>
<b>5.2 Material și metode.....</b>	<b>17</b>
<b>STUDIU DE CAZ .....</b>	<b>23</b>
<b>CONCLUZII ȘI CONTRIBUȚII PERSONALE.....</b>	<b>48</b>
<b>BIBLIOGRAFIE .....</b>	<b>50</b>

## LISTA CU LUCRĂRILE ȘTIINȚIFICE PUBLICATE

1. Revista de neurologie și psihiatrie a copilului din România, vol. 21, nr. 1/martie 2015. Titlul articolului: “Prezentare de caz - terapie multifocală n tulburările de limbaj la copilul autist”;

2. Revista de neurologie și psihiatrie a copilului din România, vol. 22, nr.4/decembrie 2016. Titlul articolului: “Tehnici de recuperare a disfuncțiilor motorii la copilul autist, forma severă, în vederea pregătirii însușirii limbajului scris”.

## INTRODUCERE

„Are deja 3 ani și nu acceptă să fie luat în brațe, nu mă privește și nu o interesează nicio jucărie. I-aș fi cumpărat orice păpușă, dacă și-ar fi dorit-o.” Sunt propoziții comune oricărui părinte de copil autist. Mi-am dat seama de importanța cuvântului „a dori”, care era rostit cu multă suferință. Părintele a sesizat lipsa de interes față de jucării și neputința acestuia de a ajunge să se joace cu propriul copil, folosind o jucărie, deși ei au acasă o multitudine de jocuri și jucării, dar care, spre nemulțumirea părinților, nu intră în sfera lor de interes.

Când au început discuțiile libere cu părinții, despre relația dintre ei și copii, toți au exprimat, aproximativ în aceleași cuvinte, neputința de a se apropia de ei, lipsa contactului vizual și întârzierea în dezvoltarea limbajului.

În intervalul de 1 an, conform Inventarului de abilități Portage (Bluma S., Shearer F. și Hilliard J. 1976) copilul își îmbrățișează mama, sărută persoane cunoscute, zâmbește celui care îi zâmbește; la copilul autist, aceste gesturi reprezintă o lipsă care blochează construirea relației armonioase părinte-copil. Sunt primele semne care-l sperie pe părinte și-l determină să înceapă diferite investigații.

Ce poate fi mai dureros pentru o mamă tânără, care și-a dorit un copil, decât să se simtă respinsă? Cum se simte un tată lângă propriul copil care nu-l recunoaște, nu-i răspunde afectiv la gesturile de alint, la dorința de a se juca cu el?

Sunt aspecte care dor, pe care nu le vor uita, chiar și atunci când se va mări, iar copilul va reduce din disfuncțiile apărute în diferite arii de funcționalitate.

Peste ani, când acești copii iubesc, vorbesc, se joacă, privesc în ochii celuilalt, folosesc achiziții intelectuale în rezolvarea diferitelor sarcini educative și școlare, ele își simt rolul de mamă acceptat în protecția, grija și educarea pe care o exercită asupra propriului copil, iar tatăl își vede continuitatea în următoarea generație.

Așa a început intervenția terapeutică psihopedagogică și logopedică, desfășurată pe parcursul a zece ani de acceptare, implicare, seriozitate, consecvență, pentru a putea realiza adaptarea școlară a acestor copii. Vorbim de copilul adaptat în învățământul preprimar, primar, gimnazial, și nu de integrarea sa.

Conform DEX, cuvântul „adaptat” are următoarea semnificație: ceva care a fost transformat pentru a corespunde anumitor cerințe sau pentru a fi întrebuințat în anumite

împrejurări, care a devenit apt pentru „ceva”. Pe când, despre „integrat” aflăm că înseamnă „inclus, înglobat într-un tot”, conform DEX.

De aceea, am considerat expresia „copil adaptat” ca fiind mult mai potrivită pentru răspunsul pe care îl așteaptă părintele când apelează la intervenția unui specialist.

Demersul psihopedagogic, început cu un deceniu în urmă, a dezvoltat în interiorul ființei mele o atitudine receptivă, empatică, față de familia fiecărui copil pe care l-am avut și-l am în terapia logopedică și psiho-pedagogică.

Intervenția timpurie este hotărâtoare, aceasta m-a ajutat să identific cât mai devreme dificultățile cognitive, dispraxiile și stereotipiile care fac parte din tabloul simptomatologic al copilului autist.

Activitatea terapeutică înseamnă pentru mine o experiență profundă, emoționantă, care mă face să descopăr noi dimensiuni intelectuale, afective, ale personalității fiecărui copil.

Abordarea multidisciplinară și interdisciplinară, alături de implicarea fiecărui membru al familiei ca și co-terapeut implicat direct ca prezență activă în timpul desfășurării terapiei, reprezintă ideea de bază care traversează întreg procesul de recuperare logopedică și psihopedagogică.

# I. PARTEA GENERALĂ

## 1. DEFINIȚII DESPRE AUTISM

Autismul despre care este vorba în prezenta lucrare a suferit de-a lungul timpului numeroase dispute, fapt care face să se vorbească în același timp de autismul infantil descris de L. Kanner, de tulburare pervazivă, de tulburarea autistă, de spectrul autist sau sindrom autist. Faptul se datorează numeroaselor necunoscute care înconjoară noțiunea și complexității realității clinice la care se referă.

De-a lungul timpului, noțiunii de autism i s-au formulat diferite definiții.

Termenul de „**autism**” este derivat din grecescul **auto**, care înseamnă „**sine însuși**”. A fost introdus pentru prima oară în psihiatrie de către E. Bleuler, în 1911, în lucrarea sa despre „**Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien**”(Grupul schizofrenic), pentru a desemna, la bolnavii schizofrenici adulți, pierderea contactului cu realitatea, consecința acestui fapt fiind o mare dificultate de a comunica cu semenul, viața interioară dobândind o predominanță morbidă, în dauna raportului cu realitatea. Mai târziu, alți autori vor descrie, într-un mod asemănător, autismul ca un sindrom important, deși nespecific, al schizofreniei infantile. Abia în 1943, L. Kanner introduce termenul de autism infantil precoce despre care vom vorbi în cele de față.

Pentru [1] este o stare patologică manifestată prin ruperea legăturilor psihice cu lumea exterioară și intensă trăire a vieții interioare.

La rândul său [2] el este o stare patologică caracterizată prin pierderea contactului psihic cu realitatea și trăirea intensă a unei vieți interioare.

După E. Bleuler este un sindrom constând în replierea totală asupra propriei lumi lăuntrice, mod de gândire necritică centrată pe subiectivitate și rupt de realitate, dominată de fantezii și reverii. Subiectul refuză contactul cu persoanele și obiectele externe și se refugiază în lumea sa lăuntrică, în care își satisface dorințele în plan imaginativ, se compensează afectiv prin fantasmă, care în cazuri patologice, sunt duse până la delir halucinatoriu. Autismul cunoaște diverse grade de dezvoltare între normal și patologic și apare, după A. Maslow, sunt două forme distincte: **autism agitat**, în care subiectul încearcă, în plan imaginar, experiențe ce-l terorizează sau duc la extaz și de **autism calm**, de tip contemplativ, în care subiectul se complace idilic prin iluzionare sau consolare. A este un termen aplicat



uneori situațiilor sau cazurilor de introversiune accentuată, se întâlnește destul de frecvent în momentele critice ale psihogenezei (prima copilărie și începutul adolescenței), dar poate dobândi și forme anormale [3].

**AUTISM.** Termen introdus, de E. Bleuler, în 1911, pentru a descrie un mod de a fi în lumea caracteristică schizofrenicilor și care comportă două aspecte: pierderea contactului cu realitatea, manifestată prin retragere, indiferență afectivă și dezinteres în legătură cu lumea și predominanța relativă sau absolută a vieții interioare, care explică faptul că lumea fantasmelor schizofrenicului devine cea a realității. Pentru E. Bleuler, autismul este o consecință directă a disocierii, acest ultim fenomen fiind considerat principala tulburare care explică ansamblul celorlalte simptome. Pentru E. Minkowski dimpotrivă, autismul definit ca încetarea contactului vital cu realitatea, ar fi fenomenul principal care permite explicarea disocierii.

În articolul său original „**Autistic Disturbances of Affective Contact**”, psihiatrul american L. Kanner (1943) ne descrie, sub termenul de **autism infantil precoce**, un tablou clinic diferit de cel al schizofreniei infantile și caracterizat, după părerea lui, de o incapacitate a copilului mic, constatată încă de la naștere, de a stabili contacte afective cu mediul.[ 4 ]

În descrierea sa, Kanner a izolat un anumit număr de semne clinice specifice psihozei autiste constituite:

- debutul precoce al tulburărilor, în general, în primii ani de viață;
- izolarea extremă, atitudinea copilului frapează prin indiferența și dezinteresul său total față de persoanele, cât și față de obiectele care îl înconjoară;
- nevoia de imuabilitate, nevoia imperioasă a copilului de a-și menține mediul material obișnuit într-o stare stabilă, permanența și stabilitatea reperelor constituind obiectul unor frecvente verificări, mai mult sau mai puțin ritualizate din partea acestuia;
- stereotipiile gestuale, acele gesturi reprezentate la nesfârșit, dintre care unele frapează prin ciudățenia lor - mișcarea degetelor prin fața ochilor, mersul pe vârfuri în mod mecanic, accese de învârtire pe loc, legănatul ritmic din față în spate;
- *tulburările* de limbaj constante: copilul fie nu posedă niciun limbaj, fie emite un jargon care are melodia limbajului, dar nu și semnificația lui, fie - în sfârșit - posedă un limbaj, dar cu puțină sau nicio valoare comunicativă, marcată fiind de ecolalie (repetarea în ecou a unor cuvinte ori fraze pronunțate de celălalt), de incapacitatea de a mânui pronumele personale (utilizarea lui „tu” în locul lui „eu”), de cuvinte deformate însoțite de inventarea unor neologisme. În descrierea pe care o face autismului, Kanner insistă, în plus, asupra

remarcabilei memorii a câtorva dintre acești copii și a aspectului lor inteligent, caracter diferențiat de stările de arierație descrise anterior de către psihiatrii clasici, precum E. Esquirol.

Treptat, alte afecțiuni asemănătoare autismului descris de către Kanner sunt grupate sub termenul generic de **psihoze infantile precoce**. Acestea au în comun cu autismul faptul că debutează precoce, în primii doi ani de viață, că sunt marcate de o tulburare profundă a contactului cu lumea exterioară. Diferențele sunt date de anumite particularități clinice.

Astfel, în 1957, M. Mahler a descris psihoza simbiotică, străduindu-se să-i descrie caracteristicile:

- debutul în timpul celui de-al doilea an de viață, precedat de o fază normală a dezvoltării, în cel mai rău caz marcată de o hipersensibilitate la stimulii senzoriali și prin câteva tulburări ale somnului;

- apariția sa în anumite momente cheie ale dezvoltării, care implică abandonul fuziunii simbiotice cu mama și extinderea sentimentului de individualizare.

Psihoza simbiotică este, astfel, marcată din punct de vedere clinic de o masivă angoasă de anihilare, ca răspuns la aceste experiențe de separare, extrem de curente, precum mersul la grădiniță ori o spitalizare. Ea începe prin apariția unei bruște dezorganizări a personalității, cu o pierdere evidentă a anumitor funcții, deteriorarea limbajului, manifestarea unor simptome psihotice. Mai târziu, Mahler recunoaște existența unor posibile combinații și forme de trecere între cele două tipuri de organizare, autistă și simbiotică.

Autorii francezi (Lebovici, M. Soule, D. Houzel) s-au străduit să identifice semnele foarte precoce de evoluție psihotică în cadrul diadei interacționale mamă-copil, primele semne care traduc, prin intermediul jocului somatic, o dificultate de stabilire a relației obiectale, cea dintâi amorsă a instaurării procesului psihotic. Importanța acestor semne, care permit un diagnostic precoce al afecțiunii, este evidentă: refuzul biberonului, insomniile agitate cu mișcări autoagresive ori, dimpotrivă, calmul, absența unor atitudini anticipatoare și a unei ajustări posturale ale copilului, non apariția surâsului din luna a treia și a angoasei din luna a opta, lipsa de interes față de jucării ori interesul prea excesiv pentru mișcarea mâinilor prin fața ochilor, existența unor angoase fobice masive [5].

Treptat, alte afecțiuni asemănătoare autismului descris de către Kanner sunt grupate sub termenul generic de **psihoze infantile precoce**. Acestea au în comun cu autismul faptul

că debutează precoce, în primii doi ani de viață, că sunt marcate de o tulburare profundă a contactului cu lumea exterioară. Diferențele sunt date de anumite particularități clinice.

În 1977, psihanalista de origine engleză F. Tustin a propus, în lucrarea sa „**Autism and childhood psychosis**”, clasificarea autismului în trei grupe:

- **autism primar anormal** - ar fi un fel de prelungire anormală a unui autism primar normal. Această formă, pe care autoarea o numește „amibiană”, ar fi caracterizată de faptul că la bebeluș nu există nicio adevărată diferențiere între timpul său și cel al mamei, nicio veritabilă delimitare a suprafeței sale corporale. Funcționarea mentală s-ar organiza în jurul unor senzații primitive. Această formă ar fi rezultatul unei carențe și a unei neglijențe în domeniul hrănilor esențiale;

- **autismul secundar cu carapace** - pare să corespundă autismului, așa cum a fost el descris de către Kanner. În cadrul acesteia nu ar mai exista, ca în forma precedentă, nicio lipsă de diferențiere între „eu” și „non-eu”, ci, dimpotrivă, o supraevaluare a acestei diferențe. În cazul acesta, s-ar crea o adevărată barieră autistă care formează carapacea, menită să interzică accesul la acel „non-eu” terifiant. Corpul copilului ar apărea aici, rigid, insensibil, evitând contactul fizic. Activitatea fantasmatică rămâne săracă, centrată pe anumite procese corporale, iar actul gândirii este inhibat. Tustin numește această formă „**crustacee**” și consideră că un rol important îl are hipersensibilitatea copilului la stimulii senzoriali și la depresia mamei sale;

- **autismul secundar agresiv** - se suprapune schizofreniei infantile. În această formă, după o evoluție aparent normală, ar apărea unele manifestări regresive, însoțite de retragerea copilului într-o viață fantasmatică destul de bogată, centrată pe senzațiile corporale. Pentru copil, ar exista aici un amestec și o confuzie între el și mamă, proces susținut de mecanismul identificării proiective, descrise de autorii kleinieni.

Pentru Milea (1988) autismul este simptomul central în jurul căruia se grupează o serie de manifestări, între care cele mai importante se consideră a fi tulburările particulare 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 mai bine conservate, alteori, monstruos dezvoltate. [6].

Am citat definiții care apar în diferite dicționare de specialitate.

În următoarea parte voi prezenta criteriile de diagnosticare prezente în diferite ediții ale Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale.

Până în 1980 în manualele de diagnostic și statistică medicală autismului nu i s-a recunoscut oficial statutul diferit de cel al schizofreniei.

Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale, ediția a III a (DSM-III-1980), îl include în tulburările pervazive de dezvoltare, cuprinzând:

- autism infantil;
- tulburare pervazivă cu debut în copilărie;
- autism infantil rezidual.

În ediția a III a revizuită (DSM III-R) [7] a Manualului de Diagnostic și Statistică e inclus în tulburările pervazive de dezvoltare: tulburarea autistă și tulburarea pervazivă de dezvoltare nespecifică (NOS). Termenul de autism infantil a fost înlocuit cu tulburare autistă.

În DSM IV[8]., autismul este inclus în categoria de TULBURARE DE DEZVOLTARE PERVAZIVĂ, cu următoarele criterii de diagnostic:

- 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) deteriorarea calitativă în interacțiunea socială, manifestată prin cel puțin două dintre următoarele:
    - a) deteriorarea 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 ex, prin lipsa de a arăta, de a aduce ori 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 lipsa totală a dezvoltării limbajului vorbit (neînsoțit de o încercare de a compensa prin moduri alternative de comunicare, cum ar fi gestica sau mimica);
    - b) la indivizi 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) pattern-uri stereotipe și repetitive restrânse de comportament, preocupări și activități, manifestate printr-unul din următoarele:
- a) preocupare circumscrisă la unul sau mai multe pattern-uri restrânse și stereotipe de interese, care este anormală, fie ca intensitate, fie ca focalizare;
  - b) aderență inflexibilă evidentă de anumite rutine sau situații nonfuncționale;
  - c) manierisme motorii stereotipe și repetitive (de ex, fluturatul sau răsucitul degetelor sau mâinilor ori mișcări complexe ale întregului corp);
  - d) preocupare persistentă pentru părți ale obiectelor.
- B. Întârzieri sau funcționare anormală în cel puțin unul din următoarele domenii, cu debut înainte de 3 ani:
- 1) interacțiune socială;
  - 2) limbaj, așa cum este utilizat în comunicarea socială;
  - 3) joc imaginativ sau simbolic.

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de Tulburarea Rett sau de Tulburarea dezintegrativă a copilăriei.

În DSM-5[9] apare o modificare, transformă abordarea categorială într-una dimensională, astfel tulburările din spectru autist în tulburări neurodevelopmentale.

Criteriile de diagnostic sunt:

- A. Carențe persistente în comunicarea și interacțiunea socială care survin în numeroase contexte și care se manifestă, la momentul actual, ori în antecedente, prin următoarele (exemplele sunt ilustrative, nu exhaustive, vezi textul) :
- 1) carențe în reciprocitatea socio-emoțională, care variază de la abordare socială normală și eșec în susținerea unui dialog, la un nivel redus de împărtășire a intereselor, emoțiilor sau afectelor, până la eșecul de a iniția sau a răspunde interacțiunilor sociale;
  - 2) carențe în comportamentele de comunicare nonverbale utilizate în interacțiunile sociale, care variază de la comunicare verbală și nonverbală slab integrată, la anomalii ale contactului vizual și limbajul corporal sau carențe de înțelegere și de folosire a gesturilor, până la o totală absență a expresiei faciale și a comunicării nonverbale;

- 3) carențe în dezvoltarea, menținerea și înțelegerea relațiilor, care variază de la dificultăți de ajustare a comportamentului pentru a corespunde diferitelor contexte sociale, la dificultăți de a împărtăși jocul imaginativ sau de a-și face prieteni, până la absența interesului față de colegi.

A se specifica nivelul de severitate actuală:

**Severitatea este determinată de gradul de afectare a comunicării sociale și de modelele restrictive, repetitive de comportament (vezi Tabelul 1).**

B. Modelele restrictive, repetitive de comportament, de interese sau activități, care se manifestă prin cel puțin două din următoarele, la momentul actual ori în antecedente (exemplele sunt ilustrative, nu exhaustive, vezi textul);

- 1) activități motorii, utilizarea obiectelor și vorbirea – toate cu caracter stereotip și repetitiv (e.g., stereotipii motorii simple, alinierea sau aruncarea jucăriilor, fluturarea obiectelor, ecolalia, frazele idiosincrazice);
- 2) insistența pentru uniformitate, aderența inflexibilă la rutină sau ritualizarea modelelor de comportament verbal și nonverbal (e.g., disconfort major la schimbări minore, dificultăți de adaptare, modele de gândire rigide, ritualuri de salut, nevoia de a folosi același traseu sau de a consuma aceleași alimente în fiecare zi);
- 3) interese foarte restrictive și fixate care au intensitate anormală (e.g., atașament puternic sau preocupare excesivă pentru obiecte neobișnuite, interese extrem de limitate sau de perseverente);
- 4) hiper- sau hiporeactivitate la stimuli senzoriali sau interes neobișnuit față de elementele senzoriale ale mediului înconjurător (e.g., indiferență aparentă față de durere, temperatură, reacție adversă față de anumite sunete sau texturi, mirosirea sau atingerea excesivă a obiectelor, fascinația vizuală pentru lumină sau mișcare).

A se specifica nivelul de severitate actuală:

**Severitatea este determinată de gradul de afectare a comunicării sociale și de modelele restrictive, repetitive de comportament (vezi Tabelul 1).**

C. Simptomele trebuie să fie prezente în perioada timpurie de dezvoltare (dar pot deveni complet manifeste doar atunci când solicitările sociale depășesc capacitățile limitate, iar mai târziu pot fi mascate prin strategii învățate);

- D. Simptomele provoacă afectare clinică semnificativă în domeniile social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare la momentul actual;
- E. Aceste perturbări nu pot fi explicate mai bine prin prezența dizabilității intelectuale (tulburarea de dezvoltare intelectuală) sau prin întârzierea dezvoltării globale. Dizabilitatea intelectuală și tulburarea din spectrul autismului sunt adesea comorbide, pentru a stabili ambele diagnostice de tulburare din spectrul autismului și tulburare de dizabilitate intelectuală, este nevoie ca nivelul de comunicare socială să fie inferior celui așteptat pentru nivelul general de dezvoltare.

**Tabelul 1. Niveluri de severitate pentru tulburarea de spectru autist**

Nivel de severitate	Comunicare socială	Comportamente restrictive, repetitive
Nivel 3 „Necesită susținere foarte substanțială”	Deficitele severe în ceea ce privește abilitățile de comunicare socială verbală și nonverbală provoacă disfuncții severe, nivel foarte scăzut de inițiere a interacțiunilor sociale și răspuns minim la abordarea socială manifestată de alții. De exemplu, o persoană cu un discurs inteligibil sărac și care rareori inițiază interacțiunea, iar atunci când o face, folosește abordări neobișnuite și doar pentru îndeplinirea nevoilor. Răspunde numai abordărilor sociale foarte directe.	Inflexibilitatea comportamentului, adaptarea extrem de dificilă la schimbare sau alte comportamente restrictive/repetitive afectează semnificativ toate domeniile de funcționare. Trecerea de la o acțiune la alta sau de la concentrarea atenției asupra unui obiect la altul creează disconfort major.
Nivel 2 „Necesită susținere substanțială”	Deficite semnificative în abilitățile de comunicare socială verbală și nonverbală, afectări sociale evidente, chiar și cu susținere; nivel limitat de inițiere a interacțiunilor sociale și răspuns slab sau anormal la abordarea socială a celorlalți. De exemplu, o persoană care vorbește în propoziții simple, ale cărei interacțiuni sunt limitate la interese speciale și restrânse și care prezintă o comunicare nonverbală extrem de ciudată.	Inflexibilitatea comportamentală, dificultățile de adaptare la schimbare și alte comportamente restrictive/repetitive apar suficient de frecvent pentru a fi evidente observatorului întâmplător și pentru a interfera cu funcționarea în diverse contexte. Disconfort și/sau dificultate cauzate de schimbările care



		vizează starea de concentrare sau activitatea.
Nivel 1 „Necesită susținere”	În absența susținerii, deficitul în comunicarea socială produce tulburări vizibile. Dificultate în inițierea interacțiunilor sociale și exemple clare de răspunsuri atipice sau nereușite la abordarea socială a celorlalți. Poate crea impresia unui interes scăzut pentru interacțiunile sociale. De exemplu, o persoană care este capabilă să vorbească folosind propoziții complete și care se angajează în comunicare, dar ale cărei conversații cu ceilalți eșuează și ale cărei încercări de a-și face prieteni sunt ciudate și în mod tipic nereușite.	Inflexibilitatea comportamentală interferează semnificativ cu funcționarea într-unul sau mai multe contexte. Dificultăți în trecerea de la o activitate la alta. Dificultățile de organizare și de planificare afectează independența.

Tot în DSM-5 întâlnim și clasificarea tulburărilor de limbaj. Ele sunt încadrate în categoria tulburărilor de neurodezvoltare (tulburări care debutează și de manifestă preponderent în perioada copilăriei, cu implicații în plan școlar și social, au o bază biologică).

Principalele categorii de tulburări de limbaj și comunicare sunt:

- tulburări de limbaj (speech disorders);
- tulburarea sunetelor vorbirii (formelor speech sound disorder);
- tulburarea de fluentă cu manifestare la copil (bâlbâiala) (child – hood – onset fluency disorder – stuttering);
- tulburări de comunicare socială (pragmatică) (social pragmatic communication disorder);
- alte tulburări nespecificate de limbaj.

După ce am parcurs definițiile și clasificările despre autism, voi prezenta câteva semne care apar la bebeluș, copil care pare prea cuminte, nu își solicită părinții, nu plânge când pleacă părinții din cameră sau, dimpotrivă, plânge foarte mult și este greu de consolat. Doarme prea mult și pare neinteresat de ce e în jurul său sau doarme prea puțin, se trezește foarte frecvent și e sensibil la fiecare zgomot.

Contactul vizual cu părinții sau alte persoane este absent sau nesusținut, deși obiectele le privește cu atenție. Bebelușul nu pare că se bucură, nu zâmbește și nu se înviorază la apariția mamei sau a altei persoane apropiate, nu gângurește și nu chicotește ca răspuns la vocea și alintările celor apropiați. Nu întoarce capul când este strigat sau nu se uită în direcția care îi este arătată.

Prezintă dificultăți de alimentație, de exemplu mănâncă cantități mici sau doar anumite tipuri de alimente.

Nu se joacă cu jucării sau are joc stereotip, repetitiv. Preferă obiecte pe care le așază în ordine: capace, creioane, precum și jucării cu butoane, luminițe, telefoane etc

Jocul cu copiii de aceeași vârstă nu există, nu are interes natural pentru alți copii. Are un limbaj verbal foarte sărac. Mimica și gestică sunt puțin expresive, inadecvate, nu imită gesturi și acțiuni

## II. CONTRIBUȚII PERSONALE

### 4. IPOTEZA DE LUCRU ȘI OBIECTIVELE GENERALE

Asocierea chimioterapiei cu tehnicile psiho-pedagogice este superioara opțiunii unilaterale a uneia dintre intervenții, fie medicamentoasă, fie psiho-pedagogică.

La acestea s-a adăugat transformarea familiei într-un coterapeut activ, direct implicat.

#### **Ca obiective generale, mi-am propus:**

- Corectarea deficiențelor, disfuncțiilor, identificate în urma evaluării clinice și cu Testul Portage;

- Recuperarea și dezvoltarea limbajului oral expresiv și receptiv, limbajului scris;

- Adaptarea copilului la cerințele programei școlare din învățământul de masă preprimar, primar și gimnazial.

### 5. METODOLOGIA GENERALĂ A CERCETĂRII

**Selectarea lotului:** din copiii cu tulburare autistă cu vârstă de 3 ani îngrijiți după 2010 s-au selectat un număr de 10. Aceștia au fost evaluați și tratați cu tehnici psihopedagogice și medicamentoase până în anul 2017. Din numărul total de 15 copii au rămas cei 10 copii, care au îndeplinit criteriile din DSM-5.

Distribuția pe sexe a fost următoare: 9 băieți și o fată. În anamneză s-au urmărit aspectele socio-demografice (vârstă, sex, structură familială, antecedente heredo-colaterale și personale, rezultate școlare). Din eșantionul studiat toți cei zece subiecți fac parte din mediu urban și familii formate din ambii părinți. În faza inițială, a fost o perioadă de intervenție neprogramată ca cercetare științifică, a fost doar o activitate terapeutică. Apoi acești copii au fost adaptați în învățământul preprimar, unde au fost evaluați pe parcursul anului școlar, dar și evaluați cu Inventarul de abilități Portage, în cadrul Spitalului Clinic „Prof. Dr. Alexandru Obregia” București.

### **5.1 Ipoteza de lucru și obiective specifice**

- Asocierea chimioterapiei cu tehnici psiho-pedagogice este superioară obținerii unilaterale a uneia dintre intervenții, fie medicamentoasă, fie psiho-pedagogică;

- Lucru în echipă multidisciplinară și implicarea familiei în rol de coterapeut sunt indispensabile succesului;

- Intervenția precoce este esențială.

#### **Obiective specifice:**

- recuperarea limbajului oral expresiv/receptiv, a limbajului scris;

- dezvoltarea abilităților de citire;

- dezvoltarea deprinderilor de scriere;

- corectarea discontactului vizual;

- apropierea de grupul de copii, cu interacțiuni ulterioare

### **5.2 Material și metode**

Ne-am propus să luăm copii autiști cu forme severe, fără limbaj, cu discontact vizual sever, lipsa contactului social, solilocvii, ecolalii și stereotipii.

Cele de mai sus subliniază că nu am inclus în lot copii din spectru autist și nici formele ușoare.

Din observația empirică au reieșit variații, în funcție de asociere sau nu cu medicație.

De la vârsta de 3 ani, i-am avut în terapie și am observat că apar variații în diferite grade ale intervenției logopedice în funcție de medicația administrată de medicul neuropsihiatru pediatru.

O perioadă preliminară în care a fost în exces medicația nu au putut beneficia de rezultate mulțumitoare în urma intervenției terapeutice logopedice individualizate. M-am convins că ar fi necesară o combinație a terapiei tulburărilor de limbaj cu administrarea de CARBONAT DE LITIU, după ce am schimbat medicul neuropsihiatru care ne-a recomandat utilizarea acestei substanțe. [12]

Criteriile de admitere:

- debutul în primii 3 ani de viață;

-diagnostic de autism formă severă conform DSM-5.

Criteriile de excludere:

- diagnostice asociate;

- tulburări neurologice sau somatice grave;

-familie necooperantă.

Metoda de lucru:

- S-a efectuat un studiu al familiei, prin completarea unei fișe cu date socio-familiale, studiul personalităților membrilor familiei, prin discuții libere și metoda observației, pentru a puncta elementele componente din cadrul fiecărei familii, a climatului educativ-afectiv, tipul de relație familie-copil, mamă-copil, tată-copil.

- S-a efectuat și un studiu al copilului prin completarea unei fișe logopedice, conținând mai multe secțiuni:

- anamneză;

- procese psihice: gândire, memorie, atenție, imaginație, voință;

- activități psihice: limbajul și comunicarea, modul în care comunică sau se exprimă copilul în relațiile interumane;

-vocabularul: activ, pasiv, dezvoltarea însușirii vorbirii/întârzierea limbajului (fonetic, lexical, semantic, gramatical);

- deficiențe de pronunție;

- tulburări instrumentale;

- înțelegerea unui mesaj simplu sau complex rostit;

- felul în care comunică cu/prin receptare de imagini/desen/fotografii, folosind sau nu indexul;

- jocul, dacă există joc simbolic;

- comportamentul social adaptabil relației intrafamiliale, existența ambilor părinți, implicarea acestora și relaționarea cu aceștia, persoane de referință pentru el, raportarea acestora la copil;

- comportamentul copilului în familie, față de membrii familiei;

- atitudinea copilului față de sine;

- agresivitatea/autoagresivitatea;

- capacitatea copilului de adaptare la mediu și la persoane;

- nivelul de autonomie (deprinderi de autoservire, igienă personală, îmbrăcare/dezbrăcare, gradul de dependență și/sau independență față de o altă persoană, control sfincterian;

- influența părinților asupra dezvoltării copilului;

- capacitatea de a depune efort fizic și psihic, cât și gradul de fatigabilitate la efort.

- analiza litemiei a fost făcută la 3 luni.

- evaluări periodice.

În urma colectării acestor informații, comparând cu Scala Portage, s-au putut face recomandări individualizate pentru recuperarea și adaptarea copilului în învățământul de masă, ca o completare a celorlalte investigații, comparând cu obiectivele din Programele Școlare din învățământul preșcolar, primar și gimnazial.

Contribuția personală s-a reflectat în proiectul psiho - pedagogic, pe care l-am gândit pentru fiecare copil și care a fost conceput în funcție de Programa școlară din învățământul preșcolar, coroborat cu potențialul biopsihic al copilului autist.

Discuțiile sincere cu părinții trebuie să punteze decalajul dintre vârsta biologică și vârsta intelectuală. De aceea, folosind Scala de evaluare Portage, părinții vor fi informați despre ariile de dezvoltare, în funcție de vârsta biologică pe care copilul o are la momentul începerii intervenției terapeutice.

Am ales această scală de evaluare, deoarece itemii prezenți aici se regăsesc, sub alte formulări, în Programele școlare, pe care cei mici vor trebui să le asimileze, prin diferite exerciții și explicații ajutătoare, în funcție de particularitățile fiecărui copil.

Dezvoltarea psihodinamică se face prin structurarea emoțională conform obiectivelor învățământului de masă.

Precizez că toți copiii care fac parte din lotul de cercetare sunt actualmente școlarizați în învățământul de stat și nu în instituții școlare private.

În funcție de vârsta biologică și dezvoltarea intelectuală, aceștia au parcurs și parcurg Programele școlare, fără a avea Curriculum special.

Este o cercetare longitudinală, în dinamică, care a început la vârsta de 3 ani, când au început cursurile grădiniței, au urmat școala primară și acum urmează ciclul gimnazial.

M-a interesat nivelul de dezvoltare la evaluările care sunt derulate de-a lungul anilor de școlarizare.

Pe lângă diferitele forme de evaluare existente în învățământul preșcolar, au parcurs și evaluările susținute la sfârșitul clasei a II a, a IV a, a VI a.

Studiind și comparând itemii din testele de evaluare care se susțin în anii de școală amintiți, pot spune că multe din cerințele care se solicită a fi rezolvate, fac parte din activitatea terapeutică derulată în primii ani de intervenție.

Am început să gândesc etapele de intervenție psihopedagogică și logopedică, punând în paralel dizabilitățile care perturbă actul de învățare - accesele de furie extrem de violente, obiceiurile ciudate: fluturatul permanent al mâinilor, răsucitul roților, adunatul în mod

obsesiv al scamelor de pe covor sau de pe hainele celorlalți – cu momentele în care aceștia au de executat o sarcină și, din cauza dificultății pe care o simt, le este distrasă atenția și apare unul din comportamentele enumerate mai sus.

Aceste stereotipii motrice trebuie corectate în activitatea educativă desfășurată acasă, pentru că ele însoțesc copilul și în grădiniță. Aici este mai dificil de intervenit, deoarece există și ceilalți copii care pot fi deranjați de accesele de furie sau comportamentele bizare.

De aceea, se recomandă parcurgerea de către specialiști a conținutului Programelor școlare, pentru a se familiariza cu obiectivele generale și operaționale care se vor găsi în activitățile zilnice ale copiilor.

Foarte importante sunt explicațiile pe care specialistul le acordă copilului, în cât mai multe moduri, pentru a-l familiariza cu diferite concepte - orientare spațială și temporală; diferite categorii: animale, păsări, legume, fructe; mijloace de transport; caracteristici ale anotimpurilor. Aceste teme se vor repeta, an de an, cu informații suplimentare.

Spre exemplu, un copil între 3 și 4 ani trebuie să știe să numere până la 3. Informația ține de domeniul activității matematice, dar i se poate cere și să numere 3 părți ale corpului uman, enumerându-le pe degete. Astfel, se face referire la informații despre sine, dar se dezvoltă și motricitatea fină, prin ridicarea celor 3 degete. Este un efort fizic și psihic, pe care trebuie să-l facă, fiind la început ajutat de terapeut ca, după un număr de exersări, să fie capabil să execute doar cu explicații verbale și după model. În aceste situații, pot apărea stereotipiile motrice.

Aceste disfuncții pot apărea ca obstacole în intervenția educativă propriu-zisă. De aceea, ele trebuie recunoscute de terapeut și transmise și părinților, pentru a le putea elimina din comportamentul cotidian al acestor copii.

Pentru ca un copil autist să poată învăța achizițiile care sunt inexistente la o anumită vârstă biologică, el este integrat într-un proces personalizat de intervenție, bazat pe explicații sub formă de joc și nu ca funcție de evaluare. Astfel, metodele de evaluare au fost folosite ca exerciții de recuperare, preluate din Curriculum pentru educația timpurie. Aici se precizează că în intervalul de vârstă 3-5 ani se pot parcurge cel puțin 4 din cele 6 mari teme din învățământul preprimar.

Organizarea pe teme se face astfel: cine sunt/suntem?, când, cum și de ce se întâmplă?, cum este, a fost și va fi aici pe pământ?, cum planificăm/organizăm o activitate?, cu ce și cum exprimăm ceea ce simțim?, ce și cum vreau să fiu? [13]

Conținutul acestor teme se poate folosi cu succes în activitatea de recuperare a copiilor autiști, deoarece cuprinde totalitatea informațiilor necesare unei adaptări armonioase la activitățile școlare și îi ajută să iasă din „lumea lor”.

Ca semnele de recuperare să fie din ce în ce mai mari, lucrăm cu un copil autist, individual, pentru a corecta discontactul vizual, pentru a-l învăța prin imitație forma corectă de exprimare a fiecărui simț.

Am prezentat aspectele normale specifice vârstei biologice și psihologice ale copilului pentru a evidenția și mai clar dificultățile pe care le vom întâlni în intervenția terapiei logopedului la copilul autist. Se observă că începând cu vârsta de doi ani, copilul solicită adultul pentru a se juca activ cu el, pentru a obține reacții de la acesta și pentru a putea descoperi împreună lucruri, noțiuni noi. Este perioada când pentru copiii atipici, cei care vor fi diagnosticați, vor începe să apară primele semne: nu mai răspunde când este strigat, apare discontactul vizual, comportamentele neobișnuite și repetitive cresc în intensitate și se constată, fie lipsa limbajului, fie numărul redus de cuvinte din vocabularul pasiv. Doresc să fie singuri, au dificultăți în a arăta sau a primi afecțiune.

Pornind de la această observație, m-a preocupat timp de peste zece ani, ideea cum aș putea ajunge să colaborez cu un copil autist, să-l scot din lumea lui și să-l adaptez cerințelor vieții sociale și școlare, în care va trebui să participe activ și independent.

**Doresc să fac o observație care ține** de definiția cuvântului **autism**. În DEX [1] – avem “stare patologică manifestată prin ruperea legăturilor psihice cu lumea exterioară”, iar în NODEX [2] – avem “stare psihologică caracterizată prin pierderea contactului psihic cu realitatea...”

Aceste două verbe mă determină să-mi ridic un semn de întrebare, la care să găsesc și un răspuns. Dacă a fost o pierdere, din ce cauză a apărut și ce factori au influențat această pierdere?

Un copil autist trăiește și se dezvoltă într-un univers familial, care ar trebui să fie și familiar, în care implicarea afectivă, ajutorul direct din ambele părți, ar trebui să fie constant, încurajator și apreciativ.

În literatura de specialitate, întâlnim date și informații interesante despre profilul psihologic al mamei și al tatălui.

S-a scris despre mame că simt un sentiment de neîmplinire, de frustrare, un gol interior. Ele nu se simt mulțumite cu propriul sine și, prin urmare, starea lor emoțională, în timpul terapiei, oscilează, fiind doar o prezență fizică, mecanică, fără impact afectiv. Vor trebui să



învețe, pe parcursul anilor de activitate terapeutică, cum să-și dozeze impulsurile, cum să-și echilibreze emoțiile și trăirile, pentru a deveni un sprijin real pentru propriul copil.

Transformarea începe de la a schimba atitudinea critică, față de orice neputință a copilului, la a-l înțelege în demersul de schimbare prin care acesta trece. Să aibă un nivel de expectație conform stadiului real psiho-fizico-intelectual în care se află copilul și nu să-l compare cu alți copii.

Personalitatea tatălui ne este creionată prin adjective care se vor răsfrânge negativ asupra echilibrului emoțional al copilului. E un tip de om tăcut, închis în sine, cu toleranță scăzută față de manifestările deranjante și obositoare ale copilului autist. E preocupat, obsesiv, de latura profesională, rigid și autoritar, lipsit de simțul umorului.

De aceea, se recomandă, la începutul terapiei, discuții libere despre importanța implicării emoționale, afective, în demersul de recuperare. O implicare echilibrată, prietenoasă, a părinților, reprezintă prima recomandare, pe lângă cele care au legătură cu explicațiile și îndrumările educative.

Pentru a-l ajuta pe copil să depășească neputințele, atât în exprimarea verbală, cât și în exprimarea scrisă, prezența caldă, încurajatoare, blândă a celor doi părinți, este imperios necesară a fi interiorizată de aceștia. Astfel, se elimină mai ușor senzația de frustrare, atitudinea ostilă, și se evită decompensarea copilului prin țipete prelungite, loviri în masă, aruncarea instrumentului de scris, a fișei pe care o are de rezolvat.

Recuperarea terapeutică depinde, în primul rând, de puterea pe care o au părinții de a se transforma în co-terapeuți emoționali, informați, înțelegători și susținători reali în anii de transformare prin care vor trece împreună.

Atitudinea afectivă în relația logoped-autist, părinți-autist, reprezintă starea emoțională pe care trebuie să o simtă copilul.

Examinarea copilului se face prin metoda observării, prin discuții detaliate despre acțiunile motrice pe care le poate realiza copilul. E recomandat ca acestea să se deruleze pe o perioadă mai îndelungată, observându-l în diferite medii sociale, de la extinderea mediului familial către alte medii, locuri de joacă, spații în aer liber.

Astfel, se pot observa modificările cantitative și calitative care apar, stereotipiile motrice și solilocviile.

Obiectivele educaționale sunt particularizate în funcție de gravitatea diagnosticului, de vârsta biologică de la care se începe intervenția.

Fiecare părinte își dorește, de la copil, rezultate în terapie care să-i permită adaptarea la cerința educativă din grădiniță.

**Spre exemplificare, redau un studiu de caz al unui copil autist care a parcurs toate formele de învățământ: preprimar, primar și gimnazial.**

## STUDIUL DE CAZ

Fetiță născută la 29.12.2004 cu vârsta actuală de 10 ani și 2 luni, din mediul urban. Este înscrisă în clasa a IV a la o școală clasată în primele cinci ale orașului, la care face față cerințelor școlare fără curriculum individualizată. Fără antecedente patologice pre-și perinatale. Născută la termen, cu greutatea de 3,200 gr. Diagnosticat cu autism infantil precoce formă gravă conform DSM 5.

Face parte dintr-o familie nucleară, bine organizată. Părinții sunt tineri, cu nivel socio-cultural ridicat, bine pregătiți din punct de vedere socio-ocupational. Ambii părinți au studii universitare, fiind implicați și în prezent în diferite cursuri de perfecționare.

Atmosfera și climatul familial sunt afectuoase, civilizate, destinate. Mai are încă doi frați, unul mai mare, în clasa a X a și o soră mai mică în clasa I. Relațiile dintre frați sunt afectuoase, de încurajare, în prezent. Cu ani în urmă, înaintea diagnosticării, existau conflicte între fetiță și ceilalți frați, din cauza agresivității acesteia.

Condițiile de viață și de studiu ale fetei sunt foarte bune, fiecare dintre frați, beneficiind de camera lui, de jucăriile și jocurile lui, de cărți. Acum, când fetița este în clasa a IV-a, își manifestă dorința de a lucra, de a privi diferite emisiuni la televizor, de a se juca cu diferite jucării în oricare dintre camere. Precizează în care cameră dorește: a fratelui, a mamei, în camera roz. Își dorește anumite jocuri, anumite jucării, fiind interesată de acestea în mod constant.

Prezența asupra fetei din partea părinților au fost și sunt constante. Încă de la început, ambii părinți au fost alături de fetiță, încercând tot felul de explicații ale refuzului pe care aceasta le avea când aceștia o luau în brațe, încercau să-și demonstreze afecțiunea când ea plângea sau țipa, aparent, fără nici un motiv. După vârsta de doi ani și jumătate părinții s-au îngrijorat deoarece au început să scadă contactul vizual, achizițiile anterioare au început să dispară, interacțiunile nonverbale cu membrii familiei.

Fetița nu vorbea, nu răspundea nici când este strigată, nu este interesată de jucării. Emitea niște sunete ascuțite, se rotea când auzea anumite zgomote produse de aparate electrocasnice(de exemplu: mașina de spălat), avea un fluturat din mâini foarte accentuat; se dezbrăca în pielea goală, nu era interesată nici de cei apropiați ei, nu te privea în ochi, lăsa impresia ca este refugiată într-o lume a ei. Alteori prezenta crize nemotivate de agitație psiho-motrică, prefera doar alimente de o singură culoare, refuzând combinarea lor.

Ca urmare, la împlinirea vârstei de 3 ani, părinții au apelat la un medic neuropsihiatru pentru o evaluare.

Primirea diagnosticului de autism a fost pentru familie devastatoare.

I s-a recomandat o schemă de tratament: ABILIFY și MILGAMMA, pe care l-a a urmat timp de trei luni, fără niciun efect terapeutic favorabil, copilul devenind mai agitat, amplificând stereotipurile.

S-a considerat necesară o intervenție logopedică, moment în care ni s-a prezentat la consultație. Cu această ocazie s-a efectuat un examen complex. Au fost vizate și evaluate cu ajutorul interviului cu părinții și a testului PORTAGE: cogniția, limbajul, motricitatea, socializarea, autoservirea, jocul. S-a constatat ca pe toate planurile, scorurile au fost sub cele corespunzătoare vârstei biologice de un an; absența totală a comunicării verbale și a jocului spontan; prezența unor manierisme și stereotipe motorii(fluturatul mâinilor, încordări ale întregului corp).

După observare și evaluare, am alcătuit un program individualizat de intervenție logopedică.

Rezultatele obținute la testare având scorul cel mai mic, fiecare domeniu din cele enumerate anterior , nu ne-au ajutat în detalierea intervenției logopedice. Lipsa totală a dezvoltării limbajului vorbit, a jocului spontan și manierismele motorii stereotipe și repetitive, cât și discontactul vizual nu au fost corectate în urma administrării schemei de medicamente.

A fost evaluat și aparatul articulator, examinându-se integritatea funcțională și organică a acestuia: simetria, integritatea, mobilitatea și forța sistemului labio-comisural, forma, mușcătura aparatului dentar, forma mandibulei, forma arcurilor maxilare, existența prognatismelor, forma, mobilitatea, mărimea, fixarea, frenul limbii, mobilitatea limbii, forma și mărimea palatului moale, mobilitatea palatului, integritatea, așezarea omușorului.

Examinarea a fost dificilă, deoarece fetița nu păstra contactul vizual cu mine, nu urmărea mișcarea buzelor mele, care eram în fața oglinzii logopedice, pentru a o putea ajuta

să execute anumite exerciții (ale limbii, ale buzelor, ale obrazilor), nu întorcea capul ca să urmărească de unde se aud anumite sunete.

În aceste condiții, prezența mamei a fost un ajutor foarte mare pentru mine, deoarece intervenea continuu, ajutând fetița fiindu-i aproape în orice moment al terapiei. Am insistat, de la început asupra prezenței părinților pe parcursul terapiei, cunoscându-și fetița, cu particularitățile ei, cu limitele inițiale începerii unui program terapeutic. După plecarea de la mine, ei continuau terapia tulburărilor de limbaj în același mod, zi de zi. De multe ori feedback-ul terapiei îl primeau părinții, spunându-mi că fetița a executat anumite exerciții de câteva ori ,după finalizarea intervenției logopedice împreună cu mine.

Am început recuperarea logopedică cu exerciții de respirație, apoi cu cele ale aparatului articulator. Exercițiile vizează deplasarea limbii, ridicarea și coborârea vălului, mișcarea mandibulei, a buzelor, a obrazilor etc. Observasem variații în terapia logopedică, încă de la început, făcând trimitere și la medicamentele pe care le avea prescrise. Agitația psiho-motrică, nervozitatea și lipsa de cooperare, fie cu mine, fie cu mama, în fața oglinzii, sau privind în ochii persoanei cu care lucra, sau avea o altă formă de interacțiune în intervale foarte scurte, de câte o secundă, m-au determinat să oprim schema medicamentoasă veche și să apelăm la o altă evaluare neuro-psihiatrică.

Acesta a confirmat diagnosticul, dar a considerat că este necesar o intervenție multifocală: medicamentoasă: CLOPIXOL (2 picături, dimineață și prânz) și CARBONAT DE LITIU (300 mg pe zi). S-a efectuat și litemia, care avea valoarea sub 0.

Precizez că rezultatele favorabile au apărut în momentul în care starea emoțională a copilului s-a schimbat, în bine ,tratamentul medicamentos a ameliorat contactul cu copilul și a permis introducerea unor programe terapeutice, în ședințe de două ori pe săptămână, dublate de continuarea activităților de către părinți, în principal de mama.

Astfel, recomand implicarea familiei, în mod activ, în programul terapeutic, pentru a puncta în detaliu aspectele fie de stagnare, fie de ameliorare a intervenției.

Au fost făcute și se fac și în prezent, analize, periodic pentru stabilirea litemiei, pentru a putea fi ținută sub control, observând oscilațiile care au apărut la nivelul valorilor, în funcție de anotimp, solicitare și implicarea copilului în diferite activități. De-a lungul anilor, schimbările comportamentale, modul în care au fost făcute achizițiile, au avut legătură și cu gradul de asimilare al litiului în organism. Au variat și dozele de CLOPIXOL, în funcție de gradul de solicitare a programului terapeutic și de integrare în diferite medii sociale ale copilului: grădiniță, mergând neînsoțită, chiar de la început, locuri de joacă, parcuri.

Astfel, intervenția logopedică și susținerea psihologică au condus spre rezultate și progrese rapide: la vârsta de 4 ani a fost integrată într-o grădiniță cu program normal. A fost nevoie de insistențe pentru a fi acceptată mama însoțind-o doar o săptămână. S-a integrat lent, progresiv.

Primele exerciții pe care am reușit să le fac împreună cu fetița, nu doar la nivel de exerciții ca exemplu, fără implicarea ei, bucurându-mă de cooperarea ei, au fost cele ale aparatului fonoarticulator:

- pentru mobilitatea feței: exerciții de clipire a ochilor, concomitent, apoi alternativ, umflarea obrazilor, prin lovire, implicând-o și pe ea în a-mi lovi și mie obrazii și eu ei, trecerea aerului dintr-o parte în alta, suptul obrazilor;

- pentru gimnastica maxilarelor am făcut exerciții de închidere și deschidere a gurii, liber și cu rezistență, exerciții de împingere înainte și apoi de retragere a maxilarului inferior, mușcătura;

- pentru gimnastica buzelor: sugere cu buzele, strâns lipite, țuguiera buzelor, imitarea râsului, acoperirea buzelor, prin schimbare, buza de jos peste buza de sus și invers, suflatul în baloane de săpun, unui fulg, suflatul unor bucățele de hârtie aflate în palmă, la diferite distanțe, suflatul în lumânare, care la început i-a creat o stare de neliniște, fluieratul, vibrarea buzelor;

- pentru gimnastica limbii: scoaterea și retragerea limbii, limba în formă de săgeată, de lopată, mișcarea limbii în sus și în jos și invers, ștergerea buzelor, a dinților cu limba, atingerea dinților de jos și de sus cu limba, limba în formă de jgheab în interiorul gurii, aici ajutorul mamei a fost foarte important, deoarece fetița nu îmi permitea apropierea de gură, de buze, zbatându-se și țipând foarte tare;

- pentru palatul moale, mușchii laringelui: exerciții de căscare, cu retragerea limbii și maxilarului inferior, de deglutiție, de imitare a tusei, a sforăitului.

Exercițiile acestea au fost făcute timp de 1 an de zile, cu repetări cotidiene, accentuându-se fiecare organ, fiecare modalitate de execuție fiind urmărită și corectată, pentru a fi însușită corect, în vederea eliminării dislaliei care putea apărea ulterior, prin rostirea alterată a sunetelor. Toate aceste exerciții mi-au fost de un real folos atunci când am învățat-o fiecare sunet, care ulterior a fost dublat de literă (aici folosindu-mă de exerciții pentru dezvoltarea motricității generale).

Au urmat exercițiile pentru auzul fonematic, pentru a o ajuta la diferențierea sunetelor, a percepției câmpului silabic și, apoi, perceperea cuvântului:

a) exerciții de imitare a sunetelor din natură (onomatopee), care la început au fost rostite cu voce șoptită, apoi cu voce tare, în ritmuri diferite

- șarpele: s-s-s-s, însoțit acest sunet și de mișcarea imitativă a mersului șarpelui, prin rotirea degetului arătător, împreună cu rotirea mâinii din încheietură.

Când se reproducea sunetul, fetița avea și imaginea șarpelui în față, pentru a percepe și aspectul, forma încolăcită a șarpelui.

- albina: bzz! bzz! Explicațiile verbale, în fața oglinzii, sau ochi în ochi (logoped – logopat) erau însoțite și de explicații ale sunetului “b”, prin exerciții de acoperire a buzelor, prin apropierea obrazului logopedului de cel al logopatului, punerea unei palme pe laringele copilului și mâna copilului pe laringele logopedului, pentru a simți vibrațiile sunetului. În același timp se făceau și exerciții pentru sunetul “b”, fiind pusă să sufle în lumânări, fulgi, să facă baloane de săpun, fără vibrații.

În timp ce sufla, îi închideam gura, buzele, mai precis la intervale scurte, succesive, cu ajutorul degetului mare și arătător, până emitea corect sunetul.

Se umflau obrații, lovindu-se lateral în ei, astfel fiind și un joc, nu doar o imitare de exerciții.

- trenul: ș-ș-ș-ș. I-am precizat modalitatea de execuție a sunetului “ș”.

Buzele sunt rotunjite și scoase înainte puțin. Dinții sunt ușor întredeschși. Vârful limbii, lat este ridicat în spatele gingiei de sus, fără să atingă cerul tare al gurii. Împreună cu cerul tare al gurii, limba formează o îngustare. Marginile limbii ridicate se alipesc strâns de dinții molari superiori. Partea posterioară a dosului limbii este ridicată și împreună cu cerul gurii formează o a doua îngustare, iar pe limbă se formează o cupă. Aerul, trecând prin glotă, apoi prin cavitatea bucală, produce în ea o rezonanță, care se mărește cu ajutorul pânzei buzelor, formând sunetul “ș”.

Fetiței i se prezenta, pe diferite etape, formarea acestui sunet, accentuându-se fiecare detaliu, cu repetiții pe un anumit interval de timp, făcându-se și mici pauze;

- pisica: miau, miau. Și aici s-a luat fiecare sunet separat, explicându-i-se modalitatea de execuție, individual, prin imitație, fiind ajutată la diferite mișcări ale buzelor;

- oaia: beee, beee

- vaietul: vai! vai! vai!

- gâsca: ga! ga! ga!

- broasca: oac – oac – oac. Explicațiile legate de formarea sunetelor au fost însoțite și de gestul motric al imitării săritului broaștei.

- rața: mac – mac – mac. După explicațiile legate de sunete, se făceau și exerciții cu mâinile, ale corpului, pentru a imita mișcarea raței.

- vaca: mu – mu – muu. După emiterea sunetelor se imitau cornițele de la vacă, folosind cele două degete arătător, ca și cum ar avea cornițele la nivelul tâmpelor;

- exerciții de pronunțare a unor serii de silabe opuse, luate din cuvinte paronime, pentru a antrena analizatorul auditiv. Vor fi sunete apropiate sub aspectul sonor: p, b, d, t, s, z, f, v etc;

- exerciții pentru diferențierea consoanelor surde de cele sonore:

p – b

pun – bun

pupă – bubă

pată – bată

pompă – bombă

paie – baie

pară – bară

pile – bile

t – d

tata – data

toamnă – doamnă

cot – cod

roate – roade

etc.

Limbajul propriu-zis a apărut în jurul vârstei de 5 ani. Evoluția acestuia a fost de la an la an mult mai bine configurată, fiind dublată și de implicarea emoțională atunci când rostea anumite cuvinte. I-au fost introduse diferite categorii de animale, păsări, fructe, legume, deci substantive care erau susținute de suport intuitiv, pentru a conștientiza și mai mult cuvântul pe care învăța să-l rostească, apoi să arate pe o anumită imagine, un animal, o pasăre, o legumă, mai târziu să o poată numi. După o perioadă au fost introduse și adjectivele, cerându-i fetei să spună cum este mărul: roșu, mare, mic, dar strugurele: rotund, galben.

S-au introdus astfel culorile, dar și figurile geometrice. Jocul “LOGI II” i-a fost de mare ajutor, învățând simultan despre figuri geometrice, culori, dimensiuni, aspect: gros, subțire, neted, aspru, având posibilitatea să pipăie figurile geometrice, să le prindă între degete pentru a le putea așeza pe fiecare la locul potrivit. Prin astfel de exerciții, am activat și mușchii mici ai mâinii, pregătind pensa pentru activitatea grafică. Se fac o serie de exerciții

care vizează coordonarea motrică-vizuală: se pun boabe de fasole, apucându-se bobul cu primele trei degete, într-o sticlă, care este ținută cu cealaltă mână; se face un ghem înșirând sfoara pe acel ghem, care înainte a fost o hârtie, care a fost mototolită, cu o singură mână, fără a fi ajutată de cealaltă mână sau sprijinită pe picior.

Se imită dansul picăturilor de ploaie, fie cu o mână, fie cu două, simultan sau separat. Aceste jocuri vor fi necesare în activitatea grafică propriu-zisă. Ele vor preceda, de fiecare dată, începerea acțiunii grafice.

După exercițiile amintite, am inclus în programul de recuperare și elementele grafice care sunt necesare în învățarea literelor și cifrelor, în mod conștient [20,21,22].

Copilul autist se ajută foarte bine de fiecare element grafic component al unei litere sau cifre atunci când îl învață.

De exemplu, pentru învățarea literei „A” de tipar, întâi s-au învățat liniile verticale. S-a pornit de la linia verticală formată din puncte | |, s-a continuat cu unirea celor două puncte : : , s-a învățat desenarea unui gard ^^^. Litera a fost făcută și din bețișoare înclinate, din plastilină, în cutia cu nisip, în aer, cu degetul, apoi cu creionul.

De fiecare dată, s-a verbalizat modul de efectuare a literei și din ce elemente grafice este alcătuită.

Între perioadele de scriere se făceau pauze pentru relaxare musculară, prin diferite jocuri: “Bate vântul frunzele!”, “Podul de piatră”, insistându-se pe atingerea și fixarea degetelor de la mâna stângă cu dreapta; „Morișca” - prin rotirea corectă a încheieturii mâinii.

După însușirea literei și a sunetului „A”, se alcătuiău cuvinte care încep cu litera „A”.

S-au prezentat planșe care aveau cuvinte în care litera „A” se afla în diferite poziții: inițială, mediană, finală. Se despărțeau, apoi, aceste cuvinte în propoziții. Astfel, folosind metoda fonetico-analitico-sintetică pentru fiecare sunet și literă din alfabetul limbii române, fetița și-a însușit cuvintele care sunt specifice competenței de comunicare din învățământul preprimar, cât și primar.

Mergând în paralel cu Programa preșcolară și cea din învățământul primar, posibilitățile de adaptare la grădiniță și școală, pe cele 2 planuri: bio-psihiologic și planul activității instructiv-educative, demersul terapeutic de-a lungul celor 5 ani de terapie a fost încununat de rezultate cuantificate în PREMIUL I la sfârșitul clasei I și LOCUL I la Concursul Școlar SMART, ediția XIV: 2011-2012.

Formele de adaptare: senzorială, mentală și socială s-au produs treptat, începând din grădiniță. Fetița a mers la grădiniță de la vârsta de 4 ani, fără însoțitor.



La școală în clasa I a fost însoțită de mamă, facilitându-i acomodarea cu cerințele fiecărei discipline. Acum, în clasa a II-a, putem vorbi de o adaptare școlară în concordanță cu obiectivele din fiecare unitate de învățământ. Pe lângă temele din manuale, fetița face exerciții și din diferite auxiliare, reușind să facă trecerea de la o carte la alta, pe parcursul aceleiași ore, fără a refuza sau a avea un comportament indezirabil.

Doar la ora de matematică au apărut mici refuzuri de a lucra în funcție de cerințele doamnei învățătoare. Ea își alege fie doar manualul, fie doar culegerea, refuzând să le folosească pe amândouă în aceeași oră.

Tocmai de aceea, am început acasă să lucrăm pe cerințe asemănătoare de la școală, începând să devină mai cooperantă.

A acceptat, cu dificultate, apropierea doamnei învățătoare de banca ei atunci când era solicitată să dea un răspuns. Erau momente când o deranja și un anumit fel de a vorbi al doamnei învățătoare. Tonalitatea vocii, păstrarea unei anumite distanțe față de fetiță, când o solicita, au fost discutate și explicate, ca și impact asupra fetiței, cu doamna învățătoare, explicându-i-se ieșirile nervoase pe care le-a avut la anumite ore.

Răspunsurile pe parcursul orelor unde au fost situații problemă au început să fie favorabile, constatându-se ameliorări progresive, prin menținerea CARBONATULUI DE LITIU în schemă alături de CLOPIXOL, făcând-o mai prezentă și mai interesată în a-i cere chiar și ajutor doamnei învățătoare. Acest aspect a apărut în semestrul al II-a al clasei a II-a, când fetița este singură la școală. Ea urmează cursurile unei școli generale de masă din Constanța, fără curriculă specială, fără persoană de sprijin în nici o parte a programului școlar, cu acceptarea particularităților de către cadrul didactic.

Recuperarea se bazează pe obiectivele din fiecare programă școlară (clasa I, clasa a II-a), alături de construirea treptată a autonomiei: mergi singură la baie, la terenul de joacă din curtea școlii: “cu colegii mei”, așa cum se exprimă, își cumpără de la magazinul școlii ceea ce vrea să mănânce; își încheie și descheie singură hainele.

La începutul școlarității, echilibrul fiziologic era perturbat de stări nervoase, având consecințe negative asupra activității de instruire școlară.

Mobilizarea zilnică și concentrarea, activitatea grafică care necesită o anumită viteză la scris: dictări, efectuări de exerciții într-un anumit interval temporar, toate acestea sunt realizabile printr-o combinație atentă între măsurile psiho-pedagogice și schema medicamentoasă. În tot acest proces de recuperare, familia activă, care luptă cu toate

greutățile, cu momentele de cădere, inerente într-un context ca acesta, are rolul de a susține și înțelege fiecare pas din demersul pe care l-am început acum 5 ani!

Precizez că este un studiu longitudinal cu o intervenție liniară și o susținere permanentă din partea familiei de la vârsta de 3 ani. Aceasta a acceptat sacrificii de timp, dar și materiale. Terapiile sunt individuale dar necesită prezența familiei pe timpul desfășurării terapiei .

În prezent, a acceptat și diversitatea mâncării, reușind să-și pregătească ghiozdanul pentru a doua zi.

Se mai păstrează în prezent, la școală, stereotipii de mișcare de intensitate scăzută. Eu am constatat că stările de încordare apăreau la introducerea unui exercițiu, a unei cerințe noi, așa că pregătim acasă lecțiile care urmează la școală, explicându-i folosind cat mai multe situații, anumite noțiuni pe care nu le înțelege. Astfel se evită tensiunile care pot apărea pe parcursul programului școlar.

De la an la an , progresele sunt din ce în ce mai apropiate de cerințele programei specific fiecărui an școlar. Pe timpul vacanțelor fixăm informațiile care nu au reușit să fie înțelese de-a lungul programului școlar zilnic.

Adaptarea emoțională și școlară sunt din ce în ce mai aproape de normalitatea colegilor de clasă.[29].

În continuare prezint câteva fișe din caietul de scriere din clasa I:

Fig.1 – Vârsta biologică este de 7 ani și 6 luni, fiind înscrisă în clasa I

### Cuvântul format dintr-o silabă

Denumeste animalele din imagini.  
Desparte cuvintele în silabe.



\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

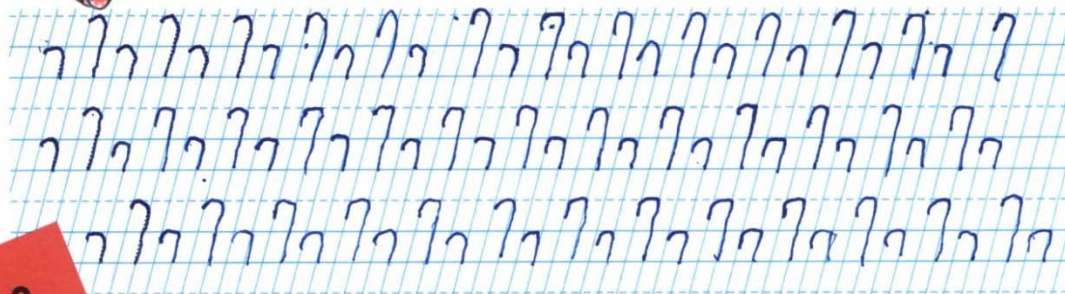
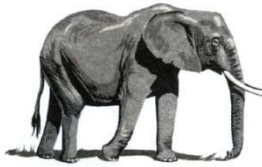


Fig. 2 – Vârsta biologică este de 7 ani și 9 luni, fiind înscrisă în clasa I

### Sunetul "e"

Denumește imaginile și însemnează cu X de câte ori rostești sunetul "e".



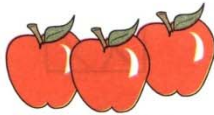
○ — ● — ● — ● — ● — ● — ●



● — ○ — ● — ● — ● — ● — ●



● — ● — ● — ● — ● — ● — ●



● — ○ — ● — ● — ● — ● — ●



● — ● — ● — ● — ● — ● — ●



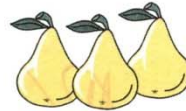
● — ● — ● — ● — ● — ● — ●



● — ○ — ● — ● — ● — ● — ●



○ — ● — ● — ● — ● — ● — ●



● — ○ — ● — ● — ● — ● — ●



Handwriting practice lines with slanted strokes for tracing.

Handwriting practice lines with slanted strokes for tracing.




Fig. 3 – Vârsta biologică este de 7 ani și 9 luni, fiind înscrisă în clasa I

Handwriting practice on blue-lined paper:

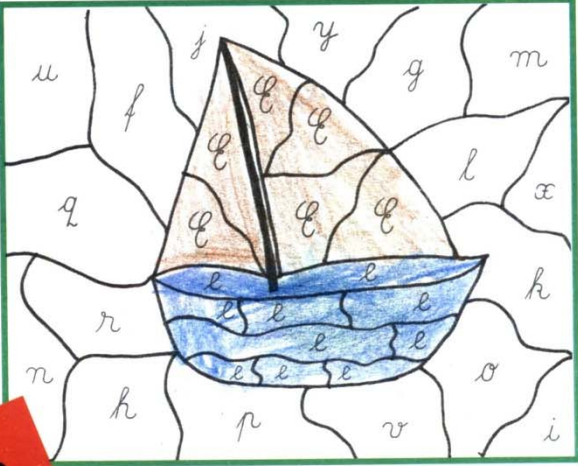
- Row 1: A series of lowercase 'e' characters.
- Row 2: A series of lowercase 'e' characters, with some in red and some in blue.
- Row 3: A series of lowercase 'e' characters, with some in red and some in blue.
- Row 4: The word "Ema" repeated five times in blue cursive.
- Row 5: The word "Ene" repeated seven times in blue cursive.

**Transcrie!**



- nume → nume nume
- nenea → nenea nenea
- mine → mine
- mame → mame mame
- Ene → Ene Ene

**Ne jucăm!**



**Colorează:**

- Blue arrow → e
- Brown arrow → E

30



Fig. 4 – Vârsta biologică este de 7 ani și 11 luni, fiind înscrisă în clasa I

b b b b b b b b b b b b b b  
b b b b b b b b b b b b b b b  
B B B B B B B B B B B B B B B  
B B B B B B B B B B B B B B B

banca banca banca banca  
alba alba alba alba alba alba alba  
Bianca Bianca Bianca Bianca

**Transcrie propozițiile:**



**Barbu este la bunici.**

Barbu este la bunici.

**Suntem tare bucuroși.**

Suntem tare bucuroși.

**Balonul tău este albastru?**

Balonul tău este albastru?

**Tu ai bomboane?**

Tu ai bomboane?



Fig. 5 – Vârsta biologică este de 8 ani și 1 lună, fiind înscrisă în clasa I

10 Pel  
p p p p p p p p p p  
p p p p p p p p p p  
pe-ne pene  
pe-li-san pelican  
E-le-na Elena  
Pi-cu Ricu  
Elena e cu Ricu.  
Ea are un peneș.  
Capacul are pe el un  
pelican.  
El are aripile mari.



Fig. 6 – Vârsta biologică este de 8 ani și 1 lună, fiind înscrisă în clasa I

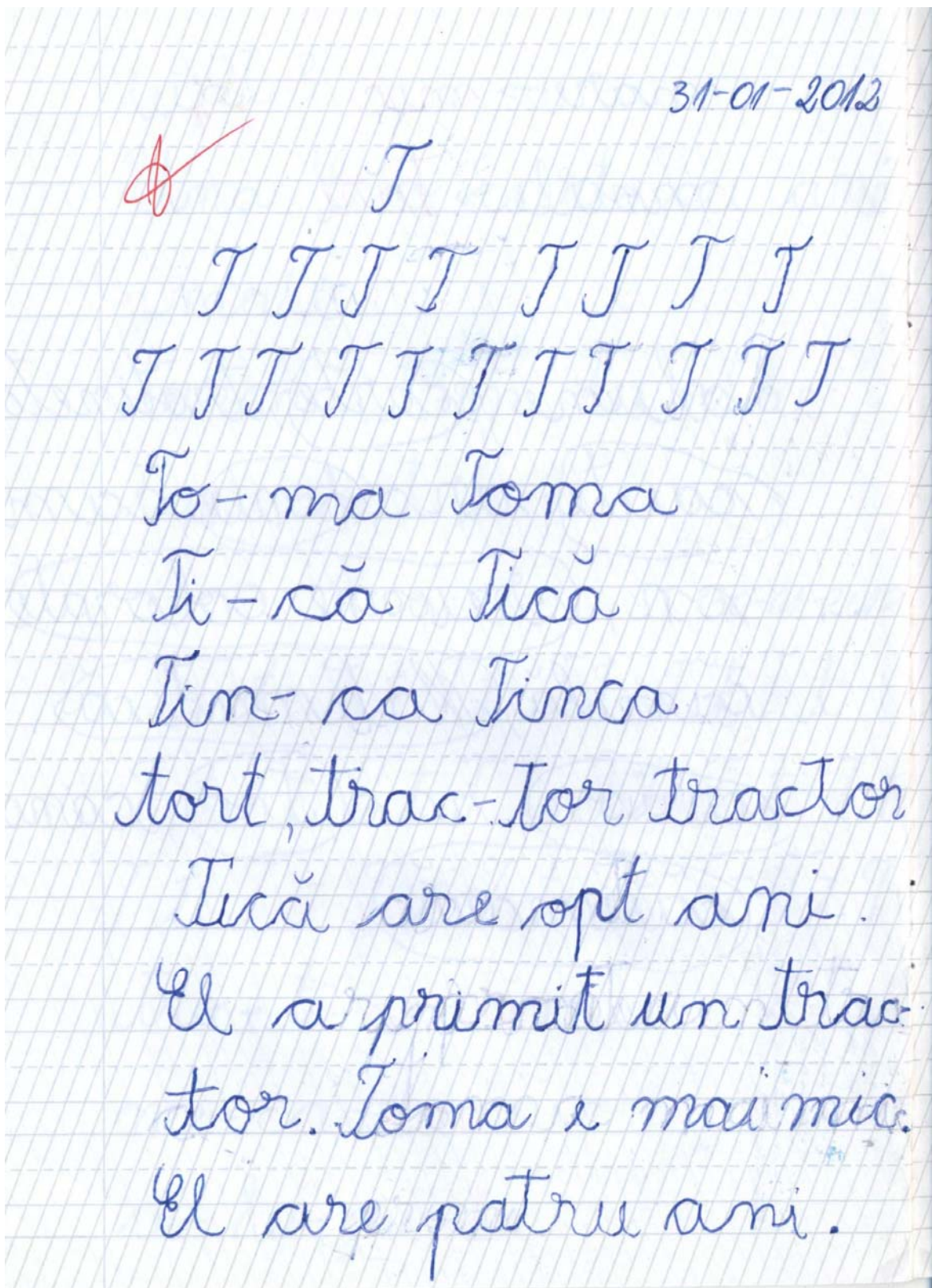




Fig. 7 – Vârsta biologică este de 8 ani și 1 lună, fiind înscrisă în clasa I

✓ Tinca a ornat tortul.

10/1000) 31-01-2012

Tarna

Am sosit la munte.  
Muntele este minunat.  
Este ninsoare mare.  
Omătul este imaculat.  
Cosmina cu Cătălin  
sunt cu sania. Ea  
stă acum răsturnă-  
tă. Ei sunt iar sus. Nu  
se mai sature!

Fig. 8 – Vârsta biologică este de 8 ani și 3 luni, fiind înscrisă în clasa I

Ghe ghe



ghe Ghe

ghe ghe ghe ghe ghe ghe ghe ghe  
Ghe Ghe Ghe Ghe Ghe Ghe Ghe Ghe

1. Scrie pe spații ce reprezintă imaginile:



înghețată ghem ghete ghuare

2. Încercuiește grupurile de litere ghe, ghe în cuvintele de mai jos:

gheară Gheorghe gheghef ghemotoc  
ungher înghețat gheață baghetă  
privighetoare ghepard înghesuit

3. Transcrie cuvintele:

înghețat ghemotoc ghepard  
Anghel Gheorghe privighetoare  
Anghel Gheorghe privighetoare

74



Fig. 9 – Vârsta biologică este de 8 ani și 4 luni, fiind înscrisă în clasa I

Copiii au adus jeluiri.

Copiii le trebuie mult curaj și  
pricepere ca să înfrunte valorile.

28-03-2012

Fapte bune

de Victor Tulse

Poti să treci fără să strici

Muzuroiul de furnici!

Poti de coadă să nu tragi

Pisoișii mici și dragi. ✓

girafă, gigel, gicu, gina, frigider

hangiu, gimnie, lunzi, fragi,

frigider, geamgii, dragi. ✓

Fig. 10 – Vârsta biologică este de 8 ani și 4 luni, fiind înscrisă în clasa I

Graba strică treaba.

Gulerul rămăși este tare.

Gândacul este o vietate mică

Gardul este proaspăt reșit.

06-03-2012

ce ce

ce ce ce ce ce ce ce

ce ce ce ce ce ce ce

Ceasul este ora opt.

Cerbul este un animal sălbatic.

A primit cereai de la tata.

Maria și Adina beau o ceașcă cu  
ceai.

Fig. 11 – Vârsta biologică este de 8 ani și 4 luni, fiind înscrisă în clasa I

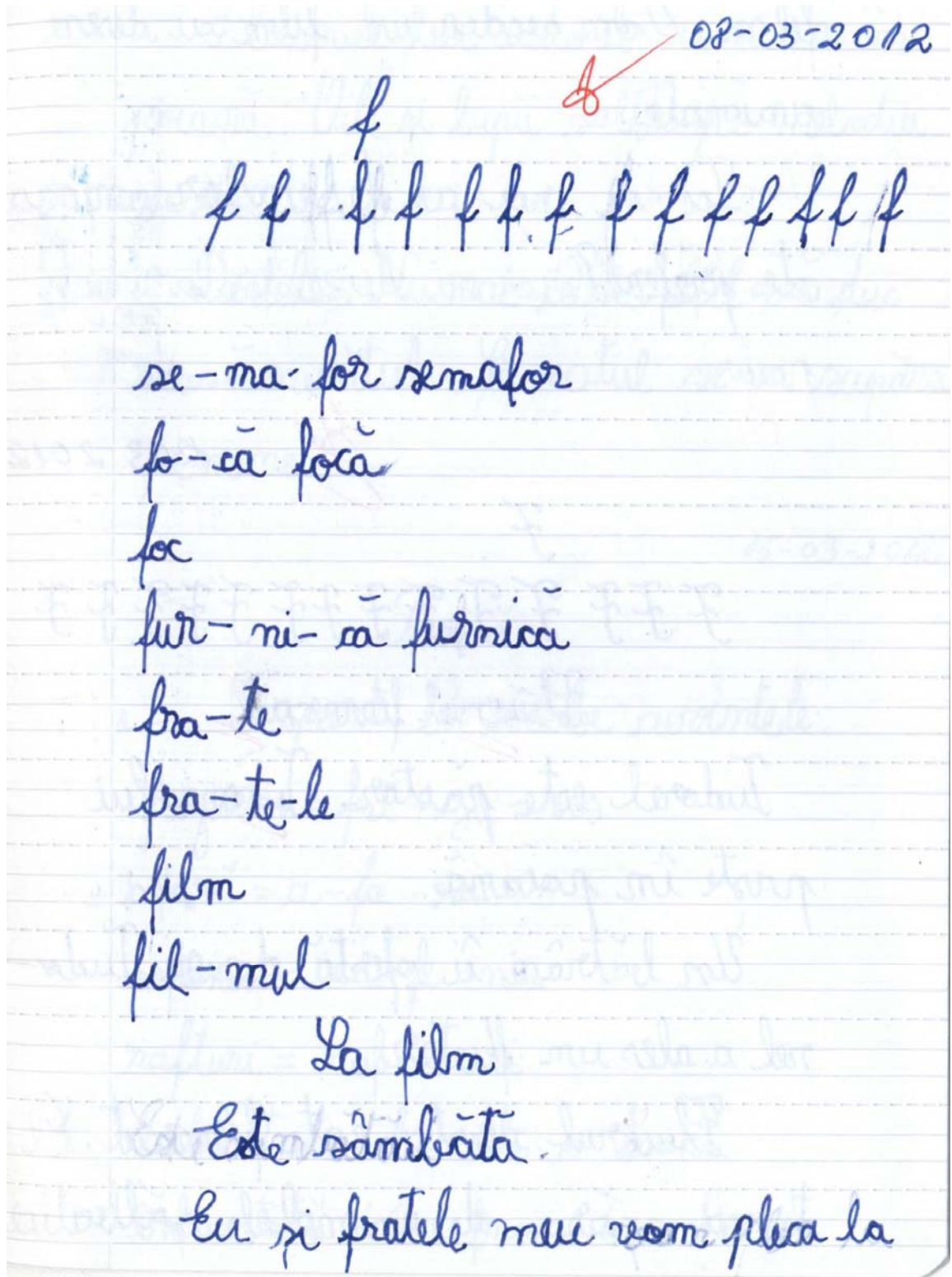




Fig. 12 – Vârsta biologică este de 8 ani și 4 luni, fiind înscrisă în clasa I

Mikai este prietenul meu.

Ana este în parc cu Mikaela. ✓

22-03-2012

9

H

H H H H H H H H H H

H H H H H H H H H H

Haiduc

Floria a venit la bunici. A adus  
cu el un câine mic. Numele lui  
este Haiduc.


Mihnea este vărul lui Floria.  
El are un câine ciobănesc. Se nu-  
mește Ursu.

Haiduc se joacă pe lănci.

Fig. 13 – Vârsta biologică este de 8 ani și 5 luni, fiind înscrisă în clasa I

## Poveste

Bunicul îi spune o poveste  
lui Barbu.

Trăia odată un împărat.  
El avea trei  Împăratul  
era tare bătrân. Barba și ple-  
tele lui erau albe.

Copilele sale îl iubeau mult.

Eu te iubesc ca sarea în bu-  
cate.

Am încălecat pe o roată  
și am spus povestea toată.  
Era odată.



Fig. 14 – Vârsta biologică este de 8 ani și 4 luni, fiind înscrisă în clasa I

21-03-2012

Adunarea și scăderea nr.  
formate din zeci și unități

$\begin{array}{r} 43+ \\ 3 \\ \hline 46 \end{array}$	$\begin{array}{r} 56+ \\ 2 \\ \hline 58 \end{array}$	$\begin{array}{r} 69- \\ 5 \\ \hline 64 \end{array}$	$\begin{array}{r} 46- \\ 3 \\ \hline 43 \end{array}$	$\begin{array}{r} 75+ \\ 3 \\ \hline 78 \end{array}$	$\begin{array}{r} 57- \\ 6 \\ \hline 51 \end{array}$
$\begin{array}{r} 74+ \\ 4 \\ \hline 78 \end{array}$	$\begin{array}{r} 26+ \\ 3 \\ \hline 29 \end{array}$	$\begin{array}{r} 42+ \\ 7 \\ \hline 49 \end{array}$	$\begin{array}{r} 55+ \\ 3 \\ \hline 58 \end{array}$	$\begin{array}{r} 26+ \\ 2 \\ \hline 28 \end{array}$	
$\begin{array}{r} 41+ \\ 3 \\ \hline 44 \end{array}$	$\begin{array}{r} 52+ \\ 5 \\ \hline 57 \end{array}$	$\begin{array}{r} 83+ \\ 4 \\ \hline 87 \end{array}$	$\begin{array}{r} 92+ \\ 6 \\ \hline 98 \end{array}$	$\begin{array}{r} 87- \\ 3 \\ \hline 84 \end{array}$	$\begin{array}{r} 49- \\ 5 \\ \hline 44 \end{array}$
$\begin{array}{r} 68- \\ 4 \\ \hline 64 \end{array}$	$\begin{array}{r} 77- \\ 6 \\ \hline 71 \end{array}$				

La suma nr. 24 și 12, adaugă  
diferența nr. 28 și 27.

$$\begin{array}{r} (24+12) + (28-27) = 37 \\ \underbrace{\quad\quad} \quad \underbrace{\quad\quad} \\ 36 \quad \quad \quad 1 \quad \quad \quad = 37 \end{array}$$



Fig. 15 – Vârsta biologică este de 8 ani și 4 luni, fiind înscrisă în clasa I

10. Andrei are 9 ani, fratele lui, Mircea, are 2 ani mai puțin, iar tatăl lor are cu 24 de ani mai mult decât Mircea.

Câți ani are tatăl? Câți ani vor avea împreună, tatăl și fiul său, peste 3 ani?

Andrei  $\rightarrow$  9 ani

Mircea  $\rightarrow$  2 ani

Tatăl  $\rightarrow$  (+) 24 decât Mircea

} Câți ani are tatăl?

} Câți împreună tatăl + fiul peste 3 ani?

1. Câți ani are Mircea?

$$9 - 2 = 7 \text{ (ani)}$$

2. Câți ani are tatăl?

$$7 + 24 = 31 \text{ (ani)}$$

3. Câți ani are Andrei peste 3 ani?

$$9 + 3 = 12 \text{ (ani)}$$

## **Concluzii**

Am prezentat exemple de activități din grădiniță, care necesită dezvoltarea competențelor motrice, pentru a accentua importanța cunoașterii acestor obiective măsurabile, fără de care nu putem vorbi de recuperare la copilul autist, atunci când acesta este integrat într-o grădiniță cu program normal.

Intervenția și tratamentul trebuie să fie individualizate, în funcție de simptomele asociate, care pot să apară.

Fiecare copil acceptă, cu dificultate elementul de noutate, are deficiențe specifice, care ne obligă să procedăm la diversificarea abilităților.

Tehnicile mă ajută să dezvolt și cognitivul, dar nu reprezintă un obiectiv general, ci unul operațional. Diferitele jocuri se reiau la diferite intervale de timp, atunci când se observă fie oboseala mușchilor mici ai mâinii, fie o execuție corectă a pensei în timpul actului grafic.

Evaluăm abilitățile într-un fel, însă recuperarea așa cum am precizat anterior, este individualizată, în funcție de dinamica interioară a fiecărui copil.

Implicarea familiei ca și co-terapeut în activitățile instructiv- educative reprezintă cheia funcționării optime a intervenției psiho-pedagogice.

Fetița este în tratament neuropsihiatric: CLOPIXOL, CARBONAT DE LITIU, RISATARUN, LECITHIN 1200 MG, SECOM KAL, BIOCEBRAL.

## CONCLUZII ȘI CONTRIBUȚII PERSONALE

1. Este o cercetare longitudinală, începută cu peste 10 ani în urmă și încă este în derulare.
2. Acceptarea de către familie a mai multor evaluări și investigații, cum ar fi: pediatic, psihiatric, neurologic, ORL, oftalmologic, endocrinologic, gastroenterologic, testare genetică, psihologic, logopedic.
3. Este bine cunoscut faptul că tulburarea autistă în formele sale severe nu are un tratament satisfăcător. De aceea ne-am propus abordarea precoce, pe baza unei intervenții multifocale. Aceasta înseamnă:
  - Abordarea în echipă multidisciplinară : psihopedagog, pedopsihiatru, educator și foarte important, familia copilului.
  - Asocierea recuperării psihopedagogice cu medicație individualizată.
  - Intervenția precoce (de la vârsta de trei ani), susținută și de foarte lungă durată.

Pentru aceasta am selectat un număr de 10 copii cu diagnosticul de autism infantil formă severă (conform DSM 5), care au fost tratați timp de 10ani, evaluați periodic și integrați în învățământul preșcolar și școlar primar și gimnazial.

4. În acest scop:
  - a) S-au evaluat 15 familii cu copii cu autism;
  - b) S-au selectat 10 cazuri cu autism infantil sever, dar
    - fără afecțiuni asociate și fără leziuni neurologice
    - cu familii cooperante transformate în coterapeuți;
  - c) S-au transformat 10 familii în coterapeuți informați și implicați direct în actul terapeutic;
  - d) S-a intervenit de la vârsta de 3 ani cu un program terapeutic multidisciplinar, multifocal și continuu;
  - e) Copiii au fost evaluați periodic;

- f) Personalul educativ școlar a fost abordat, informat asupra programului terapeutic și format astfel încât să fie implicat în acesta;
  - g) Copiii au fost pregătiți astfel încât să se adapteze la programa preșcolară și școlară fără o curiculă specială.
5. Programul psihopedagogic și logopedic aplicat și prezentat în lucrare e personalizat și în bună parte propriu. M-a preocupat, în special, căutarea tuturor verbelor care fac parte din sarcinile didactice zilnice, pentru a le explica fiecărui copil. Am reușit, astfel, să elimin faza de opoziție și nesiguranța în fața unor sarcini școlare care ar putea declanșa anumite stereotipii. Acestea sunt: colorează, observă, unește punctele, continuă modelul, încercuiește, observă modelul și scrie, observă și continuă șirul, colorează literele.
  6. Tratamentul medicamentos asociat a fost individualizat de specialistul pedopsihiatru. S-a recurs în principal la CARBONAT DE LITIU sub controlul periodic al concentrației plasmatică, și la clopixol destinate corectării instabilității psihomotorii, stereotipiilor, agresivității și discontactului social.
  7. Copii au fost adaptați curiculei preșcolare și apoi școlare primare și gimnaziale, dar ei continuă să prezinte anumite particularități vizibile, motiv pentru care este necesar a lucra și cu colegii de clasă care trebuie învățați să-i accepte și să-i înțeleagă.
  8. Studiul a permis și evidențierea unor aspecte aparte și anume:
    - durata mare a intervenției;
    - costul, care nu poate fi ignorat;
    - faptul că unele medicamente, ca de exemplu CARBONATUL DE LITIU, nu sunt accesibile
    - necesitatea specialiștilor în domeniu

## BIBLIOGRAFIE

1. *Dicționar Explicativ al Limbii Române*, Editura Univers Enciclopedic Gold, București 2012;
2. *NoDex*, Editura Litera Internațional, 2008;
3. *Dicționar de psihologie*, Editura Albatros, București 1978;
4. *Dicționar de psihologie*, Editura Humanitas, București 1999;
5. *Marele Dicționar al Psihologiei*, Editura TREI, București 2006;
6. Ștefan Milea, *Sindromul autist. Tratat de Psihiatrie* (6), 341-346, Ed red, 1988;
7. *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders Third Edition, Revised* (D.S.M - III - R) American Psychiatric Association, Washington D.C 1994;
8. *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Revised* (D.S.M - IV) American Psychiatric Association, Washington D.C 1994;
9. *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders Fifth Edition*, (D.S.M – 5<sup>TM</sup>) American Psychiatric Association, Washington D.C 2013;
10. Guțu M. *Curs de logopedie*, curs litografiat, Cluj-Napoca: Universitatea Babeș – Bolyai, 1974;
11. Bodea Hațegan, C. *Tulburările de limbaj și comunicare în Roșan A* (coord.). Psihopedagogia specială. Evaluare și intervenție, Editura Polirom Iași 2015;
12. Ștefan Milea – *Farmacoterapia tulburării autiste*, Revista Româna de Psihiatrie, vol. I;
13. *Aplicarea Noului Curriculum pentru educație timpurie – o provocare?*, Editura Diana Pitești;
14. Adina Grigore, „*Colecția semne grafice 3-4 ani/ 4-5 ani/ 5-6 ani/ clasa pregătitoare*”, Editura Ars Libri, Costești, județul Argeș, 2012;
15. Temple Grandin, „*Gândesc în imagini: autismul și viața mea*”, Editura Punkt, 2013;
16. Catherine Maurice, „*Las-mă să-ți aud glasul*”, Editura Curtea Veche, 2008;
17. Liviu Predescu, „*Cu autismul la psiholog*”;

18. Steve Silberman, „*Neurotriburi. Istoria uitată a autismului*”, Editura Frontiera, 2016;
19. Amy L. Jablonski, Stephen R. Anderson, Marcus Thomeer, Vicki Madaus Knapp, „*Abilități de autoservire la persoanele cu autism. O metodă sistematică de predare*”, Ed. Frontiera, 2013;
20. Irinel Beatrice Nicoară, „*Creionul magic – exerciții grafice pentru clasa pregătitoare*”, Editura Litera, București, 2015;
21. Maria Verdeș, „*Învăță grafismele cu iepurașul Țup*”, Editura Caba, București, 2014;
22. „*Jocuri cu degețelele 2-4 ani*”, Editura Litera, București, 2015;
23. Estera Ținteșan, Elena Mura Nedelea, „*Primii pași spre scriere - Caiet de antrenament grafic*”, Editura Roxel Cart, București, 2014;
24. Alice Nichita, „*Descoperim tainele scrisului – Caiet pentru clasa pregătitoare*”, Editura Aramis, București, 2014;
25. Valeria Cincă, „*Rățușca învață alfabetul – Educarea comunicării orale și scrise, Caiet de lucru pentru 5-6 ani*”, Editura Caba, București, 2014;
26. Maria Anca, „*Logopedie*”, Presa Universitară Clujeană, 2007;
27. Carolina Bodea Hațegan, „*Logopedia. Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise*”, Editura Trei, 2016;
28. *Planificare Calendaristică, proiectarea unităților de învățare, modele orientative*, Editura Euristica 2012;
29. *Revista de neurologie și psihiatrie a copilului din România*, vol 21, nr. 1/martie 2015. Titlul articolului: „*Prezentare de caz - terapie multifocală în tulburările de limbaj la copilul autist*”;
30. Laura Hărdălău, Loredana Bejan, *Oul vorbăreț palatograme*, Editura Jucării vorbărețe;
31. Laura Hărdălău, *Culegere de jocuri logopedice*, Editura Primus, Oradea 2011;
32. Viorica Pârâială, Dumitru D. Pârâială, Cristian-George Pârâială, *Abecedar Caietul elevului - Scrierea – clasa I*, Editura Euristica, Iași 2010.