

CZU: 159.922.762:616.89-008.484

ASPECTE PSIHOSOCIALE ALE COPILULUI CU AUTISM**Aurelia GLAVAN, Silvia VRABIE***

Universitatea de Stat din Tiraspol

*Institutul de Științe ale Educației

Articolului de față ia în discuție procesul de evaluare, diagnosticare și de intervenții multimodale a copiilor care suferă de autism. Ideea principală este ca autismul să fie diagnosticat cât mai timpuriu posibil, ținând cont de faptul că, printr-o intervenție precoce, de către o echipă multidisciplinară, rezultatele pot fi ameliorate pe termen lung, experiența practică demonstrând că terapia autismului se bazează în primul rând pe educație.

Cuvinte-cheie: autism, tulburare, comportament, psihodiagnostic, incluziune, intervenții multimodale.

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF THE CHILD WITH AUTISM

This article discusses the process of evaluation, diagnosis and multimodal intervention for children suffering from autism. The main idea is that autism should be diagnosed as early as possible, considering that the outcomes can be improved over the long term through an early intervention of a multidisciplinary team, and the practical experience demonstrated that autism therapy is primarily based on education.

Keywords: autism, disorder, behaviour, psych diagnostic, inclusion, multimodal interventions.

Introducere

Autismul este o tulburare definită comportamental, caracterizată prin modificări calitative ale comunicării, interacțiunii și imaginației sociale, prin restrângerea ariei de interese și, adeseori, prin manierism și comportări repetitive stereotipe. Hipo- sau hipersensibilitatea senzorială față de mediu reprezintă trăsături frecvent întâlnite [1]. Experiența practică a identificat o categorie aparte de copii care prezintă dificultăți de comunicare și relaționare cu cei din jur, instabilitate emoțională, asociate sau nu cu deficiențe de intelect, comportament stereotipic și repetitiv, având relevanță în desfășurarea normală a activităților educative și de socializare a acestor copii, mai ales în primii ani de viață [2].

În literatura de specialitate sunt făcute o serie de diferențieri între termenul *autism*, descris de E.Bleuler încă în 1911 și reluat ulterior de E.Minkowski, H.Ey și O.Binswanger, care considerau această tulburare un simptom secundar schizofreniei, unde se observă o predominanță a vieții interioare și detașarea activă de lumea exterioară, și termenul *autism infantil* definit anterior.

Conceptul de autism infantil a fost lansat de Leo Kanner în 1943 și definit de A.S. Reber ca un sindrom patologic, apărut în copilărie, caracterizat printr-o stare de înstrăinare, retragere, o lipsă de răspuns social și interes față de cei din jur, dificultăți de comunicare și de limbaj, prin imposibilitatea de a dezvolta un atașament normal și existența unor căi bizare de a răspunde la stimulii din mediul înconjurător. Este important să recunoaștem că autismul este o tulburare cu simptomele sale unice și caracteristicile care o diferențiază de retardarea mintală, instabilitatea emoțională, psihoze și afazie. În realitate, copiii autiști pot deveni instabili emoțional ca urmare a unei întârzieri în dezvoltarea socială, emoțională și de personalitate [3].

Cauzele apariției autismului

Cauzele care determină apariția acestor tulburări nu sunt clar precizate, dar se presupune că poate exista fie o predispoziție ereditară, fie un complex de factori care determină o serie de afecțiuni la nivelul creierului. Se presupune și existența unui determinism de natură psihogenă, mai ales la copiii lipsiți de confortul afectiv în primii ani de viață, ca o reacție la atitudinea și comportamentul părinților față de nevoile lor. De asemenea, literatura de specialitate menționează în explicarea autismului și așa-numita teorie comportamentală [4]. Potrivit acestei teorii, respectivul sindrom comportamental care influențează toate sferile personalității subiectului (afectivă, cognitivă, acțională, volitivă, motivațională, limbajului etc.) apare ca urmare a unui șir de comportamente învățate și care se formează în urma unor serii de recompense și situații, aparent întâmplătoare. Cercetările efectuate nu permit încă o departajare clară între originea organică și cea psihogenă a autismului, ambele fiind valabile datorită imposibilității de diferențiere în perioada primilor ani de

viață între componenta somatică și cea psihică. Criteriile de diagnosticare a autismului se regăsesc în clasificarea internațională a bolilor, a zecea revizuire (ISD-10) și în Manualul de Statistică și Diagnostic al Afecțiunilor Mentale (DSM-V) [5, 6]. În primul rând, cu toate că este definit comportamental, autismul este recunoscut, în prezent, ca fiind rezultatul mai multor etiologii organice, care includ: - afecțiunile prenatale, cum ar fi infecția rubeolică; tulburările metabolice netratate (ca fenilcetonuria); leziunile localizate (de tipul sclerozei tuberoase); - infecțiile postnatale (cum este encefalita). Și totuși, numai la un număr redus de persoane cu autism (6-10%, în funcție de studiu) s-a constatat existența unei cauze medicale specifice, prezentă deseori la cei cu probleme serioase de învățat.

Identificarea autismului

Nu cu mult timp în urmă, diagnosticul autismului era amânat, adeseori, până la vârsta copilăriei mijlocii, mai ales dacă nu era prezentă întârzierea limbajului. Rapoartele retrospective identifică primele semne de îngrijorare aproximativ la vârsta de 18 luni. Părinții ar putea identifica precoce trăsăturile care deosebesc copilul, diagnosticat ulterior cu autism.

Trăsăturile pe baza cărora copiii cu autism pot fi identificați precoce în perioada micii copilării sunt: absența zâmbetului social și a expresiilor faciale adecvate, lipsa de atenție, interacțiunea socială deficitară, ignorarea persoanelor, preferința pentru singurătate, absența contactului vizual, absența gesturilor adecvate ori a expresiilor emoționale, frecvența mai scăzută a privirii la ceilalți, arătutul cu mâna mai puțin frecvent, arătutul obiectelor mai rar în al doilea an de viață [7]. În primul an de viață nu există, de obicei, trăsături definitorii clare, dar este necesar ca părinții să fie vigilenți. Între al doilea și al treilea an de viață se impune investigarea promptă, de către specialiști, a următoarelor zone de interes:

- *Comunicarea*: afectarea dezvoltării limbajului, în special a înțelegerii; utilizarea neobișnuită a limbajului; răspunsul cu dificultate la propriul nume; comunicare non-verbală deficitară — de exemplu, absența zâmbetului social pentru a împărtăși buna-dispoziție și a răspunde la zâmbetul celorlalți.
- *Tulburări ale vieții sociale*: limitarea acțiunilor sau lipsa imitării lor; lipsa de interes față de cei din jur sau abordări bizare ale lor; limitarea varietății jocurilor de imaginație sau de simulare, mai ales a imaginației sociale (în propria lume); incapacitatea de a iniția jocuri simple cu ceilalți; preferințe pentru joc solitar; relații bizare cu cei din jur (prea prietenoși sau ignorându-i).
- *Tulburarea intereselor, a activităților și a celorlalte comportamente*: hipersensibilitate față de sunete sau atingeri; manierism motoriu; opoziție față de adulți; incapacitatea de a se adapta la schimbare; poate fi agresiv cu cei din jur.

Autismul, asemeni altor tulburări de dezvoltare, nu întrunește criterii pentru screening, dar este recomandată supravegherea bolii printr-un parteneriat părinți-cadre medicale-cadre didactice, precum și prin răspunsuri rapide față de preocupările ce pot să apară pe toată perioada vârstei preșcolare [8]. Referitor la copiii de vârstă școlară este necesar ca învățătorii și tot restul personalului din școală să fie alertați cu privire la posibilitatea existenței unor tulburări autiste și să declanșeze discuții cu părinții, precum și o posibilă implementare a circuitelor locale de investigații, dacă se constată prezența următoarelor trăsături, care pot identifica copiii cu autism în perioada copilăriei târzii:

- *Tulburări de comunicare*: anomalii ale dezvoltării limbajului, incluzând muțenia sau prosodia bizară ori necorespunzătoare; persistența ecolaliei; vocabular neobișnuit pentru vârstă; utilizarea limitată a limbajului.
- *Tulburări ale vieții sociale*: incapacitatea de a se alătura jocului în grup; comportamente agresive sau distructive; lipsă de aderență la normele școlare; incapacitatea de a avea relații normale cu adulții; manifestarea unor reacții extreme față de invadarea spațiului personal.

Procesul de evaluare a autismului

Scopul evaluării constă în confirmarea diagnosticului, cercetarea unei cauze subiacente, evaluarea punctelor forte și a celor slabe ale copilului, a tulburărilor de dezvoltare mentală și asociate (comorbidități), estimarea solicitărilor familiale și identificarea resurselor necesare rezolvării lor [9]. În cazul serviciilor preșcolare se fac, de regulă, trimiteri către centrul sau echipa care se ocupă de dezvoltarea copilului. Pentru cei de vârstă școlară, circuitul trimiterilor către specialiști este mult mai neclar și poate fi vorba de medici, psihologi, psihopedagogi, terapeuți. Tulburările de autism la copiii de vârstă preșcolară și școlară trebuie abordate în cadrul unor servicii specializate, de către echipe multidisciplinare în parteneriat cu familia.

Autiștii și familiile lor au cerințe de îngrijire similare copiilor cu alte deficiențe de dezvoltare. Caracterul distinct al autismului este conferit de marea varietate a formelor de prezentare, de gama largă de abilități și deficiențe, precum și de rata crescută a problemelor asociate de comportament, de sănătate mentală și, adeseori subtile, de învățare – așa se explică de ce este nevoie de asistența unui număr atât de mare și divers de specialiști [10]. Au fost elaborate mai multe modalități de efectuare a anamnezei și a observațiilor bazate pe joc-interviul pentru diagnosticul autismului și, respectiv, pentru diagnosticarea tulburărilor sociale și de comunicare (ambele fiind interviuri semistructurate) și programul de observare a diagnosticului de autism (o evaluare bazată pe joc, utilizată atât în cercetare, cât și în practica clinică).

Ce se întâmplă după evaluarea psihopedagogică?

Rețeaua de servicii pune accentul pe serviciile axate pe copil și familie. După evaluare și explicații, echipa de evaluare elaborează un raport scris pentru părinți și pentru cadrele didactice. În cazul anumitor copii, se recomandă efectuarea de noi investigații. Trebuie alcătuit un plan de acțiune pentru familie, care include: accesul la informație, formarea părinților, strategii de sprijinire a familiilor, recomandarea rețelei de servicii naționale și un plan de acțiune pentru copil [11]. Părinții, de regulă, își doresc: a) egalitatea accesului și răspunsuri la preocupările legate de ghiduri simple de îngrijire; diagnostic sensibil de către specialiști competenți; informații corecte și relevante asupra procesului de învățare a copilului; b) furnizarea atât a intervențiilor educaționale și terapeutice (inclusiv strategii comportamentale) care să vizeze tulburările funcționale, cât și a unei educații care să înțeleagă efectele autismului asupra procesului de învățare a copilului; c) introducerea, cu ajutorul familiei, a unui plan de sprijin familial și a unor servicii, cum ar fi momentele de repaus și grupurile de sprijin al rudelor și apropiaților; d) desemnarea unui coordonator de îngrijiri, pentru a consilia familiile; e) acces permanent la servicii adecvate, printr-o structură de specialitate convenabilă pentru perioada copilăriei și adolescenței [12]. Chiar dacă, uneori, rezultatele cercetării susțin eficiența unor intervenții, nu există date care să evidențieze în ce măsură o anumită abordare ar avea mai mult succes decât altele. S-a pus accentul pe eficiența abordărilor de tip comportamental și educațional și apar noi dovezi care susțin că intervențiile ar trebui să înceapă cât mai de timpuriu posibil [13].

Programele educative care s-au dovedit a avea rezultate mai eficiente pentru copiii care suferă de autism au următoarele caracteristici: iau în considerare profilurile de comportament caracteristice copiilor cu autism, ceea ce demonstrează înțelegerea motivațiilor comportamentelor respective; utilizează o abordare vizuală și structurală a învățării; pun accentul pe dezvoltarea unor abilități specifice și pe ameliorarea comunicării și înțelegerii sociale, încurajează integrarea cu persoanele care prezintă afecțiuni similare.

Pentru copiii care suferă de autism a fost promovată o mare varietate de intervenții: programe Lovaas (analiza comportamentală aplicată), utilizarea desenelor pentru expresivitatea comunicării (ca în sistemul de comunicare prin schimb de desene), programe de exerciții intensive (de exemplu, Hagashi) și multe alte tehnici complementare [14]. Scenariul terapeutic trebuie adaptat fiecărei persoane în parte, în funcție de simptome și nevoi, deoarece fiecare autist prezintă particularități proprii [15]. Tratamentul poate include: terapie comportamentală, pentru a ajuta persoana să se adapteze condițiilor sale de viață și să aibă un anumit grad de autonomie personală; educație specială, care presupune învățarea, dezvoltarea aptitudinilor sociale, motorii etc. prin incluziunea într-un mediu cu copii obișnuiți; programe de integrare și socializare, care să ajute subiectul să se adapteze pe căi posibil lumii înconjurătoare (socializare); asigurarea unui mediu organizat de viață; terapie audiovizuală, pentru a-l ajuta în comunicare; controlul regimului alimentar și administrarea de vitamine și minerale, care au efecte favorabile asupra evoluției copilului; farmacoterapie; terapie fizică; terapia limbajului prin activități logopedice.

Experiența practică demonstrează că terapia autismului se bazează în primul rând pe educație. În prezent, școlile au o percepție adecvată a cerințelor holistice de învățămînt ale copilului, incluzând dezvoltarea personalității și a statusului emoțional, împreună cu oportunitățile de lărgire a experiențelor, indiferent de gradul de apreciere a progresului înregistrat în procesul de dezvoltare [11]. Toți copiii au dreptul la un învățămînt și o terapie care să vizeze ameliorarea calității vieții sau potențialului lor [16]. Pe baza cercetărilor în domeniu, s-a dovedit că elevii cu autism se descurcă mult mai bine când sunt incluși în clase normale. Principalul argument favorabil pentru teoria incluziunii este faptul că acești copii cu autism vor avea în fața lor modele mult mai bune de urmat, crescând posibilitatea lor de interacțiune socială [17]. Argumentele împotriva se bazează pe ideea unei posibilități reduse de antrenament social, precum și a unui control mult mai strict asupra structurii și factorilor de bază din viața socială a copilului autist.

Concluzii

Se poate spune că problematica autismului se referă la dificultatea copilului de a comunica și de a parcurge în mod firesc amplul proces de socializare. În acest sens, savanții afirmă că principala dificultate a copilului cu autism constă în a reacționa corespunzător față de persoanele și obiectele din jur. Autismul, asemenea altor tulburări de dezvoltare, nu întrunește criteriile pentru screening, dar este recomandată supravegherea bolii printr-un parteneriat părinți-cadre medicale-cadre didactice. Experiența practică demonstrează că terapia autismului se bazează în primul rând pe educație. Intervențiile terapeutice în cazul autiștilor poartă caracter multidisciplinar. Pe baza cercetărilor în domeniu, s-a dovedit că elevii cu autism se descurcă mult mai bine când sunt incluși în clase normale. Principalul argument favorabil pentru teoria incluziunii este faptul că acești copii cu autism vor avea în fața lor modele mult mai bune de urmat, crescând posibilitatea lor de interacțiune socială.

Referințe:

1. WING, I., LEEKAM, S.R., LIBBY, S.J., GOULD, J., LARCOMBE, M. The diagnostic interview for social and communication disorders: background, interrater reliability and clinical use. In: *J. Child Psychol. Psychiatry*, 2002, 43:307-25.
2. HOWLIN, P. Practitioner review: Psychological and educational treatments for autism. In: *J. Child Psychol. Psychiatry*, 1998, 39:307-22.
3. RAPIN, I. Appropriate investigations for clinical care versus research in children with autism. In: *Brain Dev.*, 1999, 21:152-6.
4. BUCUN, N. Modernizarea și implementarea curriculumului școlar din perspectiva școlii prietenoase copilului. In: *Univers Pedagogic* (Chișinău), 2011, nr.1, p.63-73.
5. CHARMAN, T., BAIRD, G. Practitioner review: diagnosis of autism in 2-3 year old children. In: *J. Child Psychol. Psychiatry*, 2002, 3:289-306.
6. BABAN, A. *Consiliere educațională*. Cluj-Napoca, 2001.
7. *Manualul de Statistică și Diagnostic al Afecțiunilor Mentale (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM — V)*, 2013.
8. COCHRANE, A., HOLLAND, W. Validation of screening procedures. In: *Br. Med. Bull.*, 1969, 27:3-8.
9. BUICA, C. *Bazele defectologiei*. București: Aramis, 2004.
10. RACU, A., POPOVICI, D.V., DANIL, A. *Educația incluzivă*. Chișinău: Universul, 2009.
11. ALBU, A., ALBU, C. *Asistența psihopedagogică și medicală a copilului deficient fizic*. Iași: Polirom, 2000.
12. GHERGUȚ, A. *Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale. Strategii diferențiate și incluziune în educație*. Iași: Polirom, 2006.
13. GHERGUȚ, A. *Sinteze de psihopedagogie specială*. Iași: Polirom, 2007.
14. *Clasificarea internațională a bolilor, a zecea revizuire (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ISD-10)*, 1992.
15. SZATMARI, P. The causes of autism spectrum disorders. In: *BMJ*, 2003, 326:173-4.
16. FOMBONNE, E. The epidemiology of autism: a review. In: *Psycho Med.*, 1999; 29:769-86.
17. CRISTEA, S. *Dicționar enciclopedic de psihopedagogie*. București: Editura Didactică și Pedagogică, 2015. 680 p.

Date despre autori:

Aurelia GLAVAN, doctor în psihologie, conferențiar cercetător, Universitatea de Stat din Tiraspol.

E-mail: glavan_aurelia@yahoo.com

Silvia VRABIE, doctorandă, Institutul de Științe ale Educației.

E-mail: silvia.vrabie@gmail.com

Prezentat la 24.01.2020