

Capitolul 8

Tulburările de limbaj și comunicare

Carolina Bodea Hațegan

8.1. Definiții și caracteristici

8.1.1. Modelele explicative ale tulburărilor de limbaj

Aceste modele reprezintă cadre generale de abordare a tulburărilor de limbaj. Având în vedere că Organizația Mondială a Sănătății (OMS) în Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății – CIF, (2004) propune drept principal model de abordare a tulburărilor și dizabilităților, modelul medical, este important să avem în vedere și câteva modele specifice, prezentate de literatura de specialitate, în raport cu problematica tulburărilor de limbaj și comunicare.

8.1.1.1. Modelul sistemic

Acest model plasează accentul asupra contextului mai larg în care se realizează actul comunicational. În aceste condiții, componenta de mediu și cea culturală au o valoare mai crescută în vederea proiectării intervenției (Nelson, 1998; Prizant, Wertheby, 2005 *apud* Paul, 2007). Cercetătorii susțin faptul că efectele intervenției în sfera limbajului și a comunicării pot fi semnificativ îmbunătățite în condițiile implementării perspectivei acestui model sistemic de abordare. Pentru a explicita modul în care modelul se materializează poate fi oferit următorul exemplu:

R. este un copil de 8 ani, diagnosticat cu întârziere severă în achiziția limbajului expresiv. Cauza acestei întârzieri este de natură neurologică, copilul fiind diagnosticat cu afazie congenitală la vârsta de 4 ani. A urmat terapie logopedică pentru o scurtă perioadă de timp (aproximativ 2 ani), terapia logopedică a fost derulată din momentul înscrierii copilului în grădiniță. Achizițiile în sfera limbajului expresiv sunt importante, progresul copilului este vizibil, însă tulburarea de limbaj este însoțită și de o serie de tulburări din sferă comportamentală. Presupunem că izbucnirile violente ale copilului se datorează

frustrării pe care o resimte în condițiile în care nu poate exprima ceea ce are nevoie. Din perspectiva modelului sistemic, abordarea în acest caz ar trebui focalizată asupra modificării mediului în așa fel încât să asigurăm copilului șansa de a-și exprima nevoile.

8.1.1.2. Modelul categorial

Modelul categorial plasează accentul asupra abordării tulburărilor de limbaj și comunicare în relație cu tablourile etiologice pe care le subsumează. În baza acestui model se pot delimita următoarele tulburări de limbaj și comunicare (Paul, 2007):

- tulburări de limbaj asociate cu dizabilitatea intelectuală;
- tulburări de limbaj asociate cu dizabilitatea auditivă;
- tulburări de limbaj asociate cu tulburările din spectru autist;
- tulburări de limbaj asociate cu alte tulburări de dezvoltare;
- tulburări de limbaj asociate cu tulburări comportamentale și emoționale;
- tulburări de limbaj pe fondul etiologiei neurologice;
- tulburări de limbaj pe fondul microsechelarității cerebrale (afazia congenitală, disfazia).

8.1.1.3. Modelul tulburărilor specifice

Spre deosebire de modelul categorial, modelul tulburărilor specifice de limbaj plasează accentul asupra diferențelor interindividuale chiar și la nivel categorial. Prin urmare, Paul (2007) delimitează două teorii care explicitează tulburările de limbaj:

- *teoria deficitului de procesare auditivă* – care plasează accentul asupra input-ului auditiv, cu importanță decisivă în procesarea stimulilor verbali și în achiziția limbajului;
- *teoria capacității limitate de procesare* – care evidențiază faptul că tulburările mnexice sunt răspunzătoare pentru anumite forme de tulburări de limbaj.

8.1.1.4. Modelul descriptiv al nivelului de dezvoltare

Acest model a fost delimitat de Naremore (1980, *apud* Paul, 2007). Lahey (1988) denumește acest model ca fiind abordarea comunicational-verbală. Potrivit modelului, tulburările de limbaj sunt abordate în termenii evidențierii nivelului de dezvoltare a abilităților expresive și receptive ale persoanei, pe toate componentele limbajului: fonetic, morfologic, semantic, sintactic, pragmatic. Bloom și Lahey (1978) au divizat procesul de comunicare în trei secțiuni generale: formă, conținut și utilizare. Acest model operaționalizează abilitățile implicate în procesul de comunicare, fiind un important reper în structurarea instrumentelor de evaluare, precum și a celor de stimulare a limbajului și a comunicării, în contexte patologice.

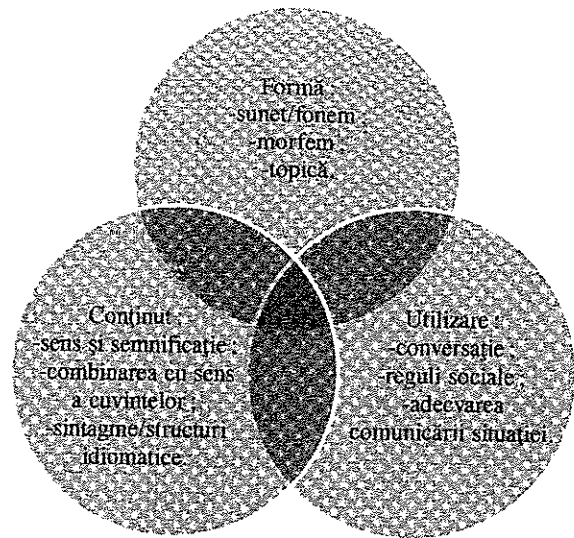


Figura 8.1. Dimensiunile implicite în mod interrelat în procesul de comunicare (după Bloom și Lahey, 1978)

Aspectele lingvistice implicite în procesul de comunicare sunt studiate de câteva discipline, ele constituind elementele structurale ale acestora. În figura următoare se va ilustra modul de interrelaționare a științelor care au drept obiect de studiu abilitățile operaționalizate prin modelul adaptat.

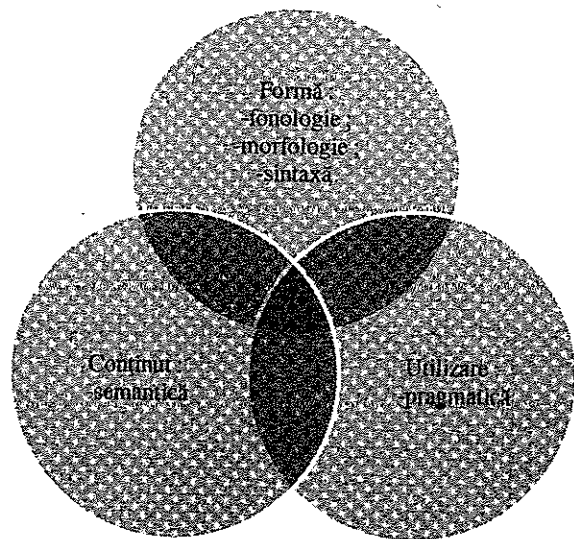


Figura 8.2. Disciplinele care studiază problematica dimensiunilor comunicării (după Bloom și Lahey, 1978)

Fonologia, morfologia și sintaxa sunt considerate componentele, subdiviziunile formei. Fonologia se referă la sunetele limbii. Acestea se găsesc într-un număr limitat, ele fiind identificate, în cadrul fiecărei limbi, prin utilizarea metodei „perechilor minimale” (Anca și Hațegan, 2008). Metoda presupune identificarea unor perechi de structuri lingvistice cu sensuri diferite care se deosebesc la nivelul formei doar printr-un singur sunet, pe care îl denumim fonem. În evaluarea limbajului și comunicării unui copil este nevoie să investigăm:

- abilitatea de articulare a fiecărui fonem;
- abilitatea de discriminare și diferențiere a fonemelor;
- abilitatea de identificare a fonemelor în structuri lingvistice complexe: silabă, cuvânt;
- abilitatea de coarticulare a fonemelor;
- abilitatea de divizare a structurilor lingvistice în fonemele constituente;
- abilitatea de deliție, adăugarea a unui sunet sau grup de sunete și de refacere a cuvântului din punct de vedere fonologic.

Morfologia, cel de-al doilea element, se referă la cele mai mici unități cu sens, și anume la morfeme. Aceasta presupune combinarea fonemelor în structuri precum: prefixe, sufixe, desinențe care delimitează conținutul gramatical. Desinențele se referă la număr, persoană, gen, caz, mod verbal, timp verbal.

Sintaxa se referă la regulile de combinare a cuvintelor în sintagme și propoziții. Regulile acestea au un număr finit, aspect foarte important de analizat întrucât topica, chiar dacă în limba română nu este fixă, poate avea semnificație datorită funcției predicative a intonației (Anca și Hațegan, 2006).

Deși sintaxa studiază regulile de combinare a cuvintelor, este important de subliniat faptul că propozițiile sunt rezultatul combinării aspectelor morfosintactice cu cele semantice. Sensul cuvintelor este cel care poate să impună constrângeri din punctul de vedere al combinării adecvate, cu semnificație, a cuvintelor. Astfel că, deși elaborez o propoziție de tipul: „Am văzut lacul zburând peste cal”, o propoziție corectă din punct de vedere sintactic, sintaxa nu îmi asigură un sens acestei structuri. La acest nivel este important de subliniat distincția competență lingvistică – competență comunicațională. În timp ce competența lingvistică presupune acele abilități de elaborare corectă a unor structuri cu valențe gramaticale, competența comunicațională presupune dobândirea unor abilități de folosire contextuală a limbii, înglobează competența lingvistică și aduce în plus dimensiunea funcțională, pragmatică, făcând diferența între limbaj (sistem de simboluri), vorbire (activitate de producere de structuri lingvistice) și comunicare (activitate de adevăare a discursului contextului, pe baza indicatorilor pragmatici – loc, timp și persoană). Astfel, prin introducerea elementelor suprasegmentale în procesul corectiv-compensator se urmărește tocmai configurarea acestei competențe, singura care asigură utilizatorului unui anumit sistem lingvistic șansa de a deveni un vorbitor competent (Hațegan, 2009; 2011). Acest aspect al limbajului este denumit de Bloom și Lahey (1978) conținut.

În vederea evaluării conținutului trebuie urmărite aspecte ce țin de:

- vocabular – volumul, mărimea acestuia;
- capacitatea de a grupa în categorii semantice cuvintele după anumite criterii;
- capacitatea de combinare cu sens a cuvintelor;
- capacitatea de a stabili legătura între evenimente și etichetele lingvistice prin care acestea sunt denumite.

Ultima secțiune prin care se întregeste perspectiva celor doi cercetători asupra limbajului este cea de uzanță, materializată la nivel științific prin pragmatică. Swanson și Watson (1989, p. 151) delimitează acest aspect drept „limbajul din contextele variabile”. Slama-Cazacu, încă din anul 1959, accentuează asupra nevoii de abordare terapeutică, dar și teoretică lingvistică

... pornind de la cadrul general explicativ al tulburărilor de limbaj, precum și de la factorii etiologici și de risc ai tulburărilor de limbaj și comunicare, literatura de specialitate delimitează următoarele categorii și subcategorii de tulburări de limbaj, coagulate pe baza următoarelor criterii clasificatorii (Guțu, 1975; Anca, 2002):

Astfel, la nivelul comunicării, vorbitorul trebuie să fie capabil:

- să își adecveze discursul atunci când nu este înțeles de covorbitorul lui;
- să folosească limba în registre diferite atunci când vorbește cu persoane din grupuri diferite (colegi, adulți, membri ai familiei);
- să folosească limbajul în mod funcțional (să inițieze, să mențină sau să încheie o conversație).

Prin această perspectivă asupra limbajului și a comunicării se subliniază importanța nivelului ultim, integrat al limbajului, nivelul pragmatic, cel prin care se delimitează competența de comunicare, acea capacitate de a comunica adecvat contextului comunicării, cu un scop sau având un motiv bine delimitat (Hymes, 1971; Heward și Orlansky, 1992, apud Paul, 2007).

Potrivit modelului descriptiv al nivelului de dezvoltare, Rapin și Allen (1987, apud Paul, 2007) delimitează următoarele categorii de tulburări de limbaj:

- agnozia auditiv-verbală (aceasta se caracterizează prin dificultăți de comprehensiune a limbajului, în timp ce copilul nu are dificultăți de înțelegere a gesturilor, limbajul verbal este limitat sau chiar absent);
- dispraxia verbală (comprehensiunea este adecvată, producția verbală este limitată, caracterizată prin dificultăți articulatorii și tranșe sonore scurte: toate aceste dificultăți nu se datorează tulburărilor motorii și de coordonare de tip dizartric);
- deficitul de programare fonologică (producția verbală este fluentă, pot fi delimitate fraze complexe, dar cu o inteligibilitate foarte scăzută; nu sunt tulburări de comprehensiune);
- deficitul fonologic-sintactic (tulburări de pronunție, tulburări de ritm și fluentă, structuri verbale scurte cu multe erori gramaticale, dificultăți de comprehensiune, în special în ceea ce privește cuvintele complexe din punct de vedere fonologic sau cuvintele abstracte);
- deficitul lexical-sintactic (nu apar dificultăți articulatorii, în schimb apar dificultăți de tipul anomiei, dificultăți de a structura enunțuri verbale corecte în context conversațional sau narativ, componenta sintactică este deficitară, comprehensiunea cuvintelor abstracte este semnificativ alterată);
- deficitul semantic-pragmatic (propozițiile sunt formulate corect, abilitățile articulatorii sunt funcționale, conținutul semantic este neadecvat; poate fi prezentă ecolalia, abilitățile de comprehensiune sunt deficitare, utilizarea limbajului poate fi interpretată ca fiind diferită, bizară, din cauza modului în care copilul produce structuri verbale, fără însă a putea transmite informație interlocutorului, fără a se putea angaja într-un real act comunicational; prin urmare, asumarea rolurilor în context conversațional se realizează cu dificultate).

8.1.2. Clasificarea tulburărilor de limbaj – criterii și taxonomii

Pornind de la cadrul general explicativ al tulburărilor de limbaj, precum și de la factorii etiologici și de risc ai tulburărilor de limbaj și comunicare, literatura de specialitate delimitează următoarele categorii și subcategorii de tulburări de limbaj, coagulate pe baza următoarelor criterii clasificatorii (Guțu, 1975; Anca, 2002):

- criteriul anatomo-fiziologic;
- criteriul componentei lingvistice afectate;
- criteriul periodizării.

Primul criteriu de clasificare a factorilor de risc pentru tulburările de limbaj se referă la factorii relaționați cu componenta organică afectată, la componenta anatomo-fiziologică. Localizarea centrală sau periferică a afectării organice delimitează la rândul său alte tablouri patologice specifice. Din acest punct de vedere, Guțu, (1975) și Anca (2002) identifică următoarele patru categorii de tulburări de limbaj rezultate în urma acționării factorilor patogeni:

- tulburări de limbaj localizate la nivelul analizatorului verbo-motor:
 - central;
 - periferic.
- tulburări de limbaj situate la nivelul analizatorului verbo-auditiv:
 - central;
 - periferic.

Elementul antinomic al componentei organice este componenta funcțională, sau afectarea funcțională. Din acest punct de vedere, tulburările de limbaj pot fi delimitate ca fiind tulburări funcționale, cu cauze localizate atât la nivelul analizatorului verbo-auditiv, cât și la nivelul analizatorului verbo-motor.

În figura de mai jos sunt condensate direcțiile de prevenție și diagnostice coagulate de Guțu (1975) sub problematica criteriului clasificator al componentei anatomo-fiziologice.

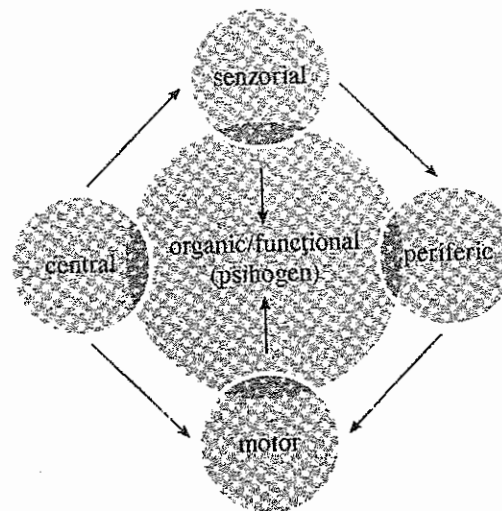


Figura 8.3. Direcții diagnostice și de prevenție a tulburărilor de limbaj și comunicare (după Bodea și Hațegan, 2013)

În tabelul de mai jos vom prezenta câteva exemplificări, stabilind o relație între componenta afectată, nivelul afectării și patologiile posibile.

Tabelul 8.1. Exemplificări ale tulburărilor de limbaj în funcție de criteriul anatomo-fiziologic

Componenta afectată	La nivel verbo-motor	La nivel verbo-auditiv
organic periferic	<ul style="list-style-type: none"> malocluzia cavităţii bucale; prognatismul; macro sau microglosie; fren lingual scurt; despicături labio-max. o-palatine; vă palatin malformat <p>Tulburarea de limbaj din această situație este dislalia mecanică sau rinolalia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> aplazia pavilionului urechii; lipsa canalului auditiv extern; malformarea oscioarelor din urechea medie; perforarea membranei timpanice. <p>Tulburarea de limbaj din această situație este dislalia senzorială.</p>
organic central	<ul style="list-style-type: none"> pareza nervului facial și trigeminal; pareza nervului h. opt. 3; pareza vălului palatin; lezarea căilor de aferență și eferență nervoasă motorie; lezarea arii motorii a limbajului (zona de protecție corticală Broca). <p>Tulburarea de limbaj din această situație este dizartria sau afazia motorie și mixtă.</p>	<ul style="list-style-type: none"> lezarea nervului auditiv; osificarea cohleei; lezarea arii auditive primare (zona de protecție corticală Wernicke). <p>Tulburarea de limbaj din această situație este dislalia senzorială pe fondul deficienței de auz sau afazia senzorială și mixtă.</p>
funcțional periferic	<p>La nivel motor, afectarea funcțională periferică se referă la o motoricitate slabă. Această motoricitate disfuncțională poate fi localizată la nivelul unor organele participante activ în producerea sunetelor: limbă, buze, musculatură facială și a maxilarului inferior, văl palatin, corzi vocale, musculatura feței și a laringelui.</p> <p>Tulburarea de limbaj din această situație este dislalia, inclusiv dislalia fiziologică. De asemenea, în aceste situații, diagnosticul poate fi și cel de tulburare de voce.</p>	<p>La nivel auditiv, afectarea funcțională periferică presupune pierderi ușoare, cel mult severe de auz, din cauza faptului că elementele componente ale urechii externe și medii prezintă deficite în exercitarea funcției lor. Astfel, în urma unor otite medii repetate, vindecate, persoana poate prezenta un tablou de deficiență de auz ușoară, moderată sau cel mult severă (în funcție de gravitatea patologiilor). În urma unei timpanoplastii, persoana poate prezenta pierderi ușoare de auz din cauza afectării elasticității membranei timpanice. În planul achiziției limbajului, consecința este de natură patologică a dislaliei senzoriale.</p>
funcțional central	<p>Afectarea funcțională la nivelul central al analizatorului verbo-motor presupune lezarea coordonării fonico-articulatorii datorate unor leziuni și unor disfuncții. Aceste disfuncții pot fi consecințe de tip microscheler apărute în urma unor patologii din perioada embrionară, patologii vindecate și încheiate în acea perioadă de dezvoltare, dar care au lăsat o serie de sechele la nivelul SNC, fără însă a putea fi identificate prin tehnicile actuale de imaginerie cerebrală.</p> <p>Tulburarea de limbaj din această situație este afazia sau dificultăți de vorbire.</p>	<p>Afectarea funcțională la nivelul central al analizatorului verbo-auditiv presupune dificultăți de procesare auditivă. Într-o terminologie logopedică, aceste dificultăți pot fi denumite și tulburări ale proceselor fonologice. În această categorie intră și tulburările de la nivelul conștiinței fonologice și deficitelor de la nivelul auzului fonematic.</p>

Tulburările de limbaj pot fi diferențiate și în funcție de *componenta lingvistică* afectată. În acest sens, tulburările de limbaj și comunicare pot fi delimitate la nivelul următoarelor categorii:

- Tulburări localizate la nivelul fonetic-fonologic (această categorie de tulburări mai este denumită și tulburări de pronunție. Aici putem enumera trei tablouri patologice: dislalia, dizartria și rinolalia).
- Tulburări localizate la nivelul componentei morfologice a limbajului. Van der Lely și colaboratorii săi (1996, 1998), Bishop și colaboratorii săi (2000, 2002, 2006) delimitează ca fiind distinctă această categorie de tulburări de limbaj, categorie pe care o delimitează fenotipic.
- Tulburări localizate la nivelul componentei lexico-semantică a limbajului. Această categorie este direct relaționată cu o funcționare cognitivă superioară, precum și cu accesul la o baie lingvistică corespunzătoare. În alți termeni, această categorie de tulburări de limbaj poate fi delimitată având în vedere extinderea câmpurilor lexicale, a câmpurilor semantice, precum și a volumului vocabularului (Hațegan, 2009).
- Tulburări localizate la nivel sintactic. Aceste tulburări sunt considerate a fi tulburări de vorbire. Din această categorie fac parte: tulburările afazice, sindromul de nedezvoltarea limbajului și disfazia.
- Tulburări localizate la nivel pragmatic a limbajului. Aceste tulburări se referă, de asemenea, la tulburările de comunicare, ținând cu precădere de aspectele de funcționalitate a limbajului și comunicării. Spre deosebire de diagnosticarea deficitului sintactic, evidențierea unei tulburări pragmatice accentuează modul în care coordonatele definitorii ale actului lingvistic loc, timp, persoană sunt corect manipulate (ne referim la adecvarea corectă a discursului în funcție de cei trei parametri pragmatici: loc, timp, persoană) (Moeschler și Auchlin, 2005). Corectitudinea gramaticală este mai puțin relevantă în ceea ce privește diagnosticarea tulburării de limbaj de tip pragmatic, aceasta fiind definitorie în relație cu tulburările localizate la nivel morfologic și sintactic (Hațegan, 2009).
- Tulburări localizate la nivelul componentei suprasegmentale a limbajului. Această componentă suprasegmentală include accentul, ritmul și intonația. Tulburările de ritm și fluență a vorbirii sunt delimitate ca având, cu preponderență, afectare la nivelul componentei suprasegmentale a limbajului (Anca, 2002).

Aceste tulburări, care sunt delimitate în funcție de criteriul componentei lingvistice afectate, se pot manifesta atât în planul limbajului oral, cât și în planul limbajului scris. Pe lângă aceste tulburări, domeniul terapiei limbajului coagulează preocupări cu privire la tulburările de voce și tulburările de înghițire. Astfel de tulburări sunt mai recent abordate și din perspectivă logopedică, ele nu presupun afectarea inițială, directă a unei componente lingvistice, ci prezintă implicații asupra tuturor componentelor lingvistice. Astfel, în contextul unei tulburări de voce este în special afectată structura fonetică, fonologică a limbajului, dar și componenta suprasegmentală. În contextul unei tulburări de înghițire, unde tulburarea motorie este mult mai serioasă, afectarea limbajului poate fi masivă, survenind chiar și imposibilitatea articulării, a producției vocale.

Un alt criteriu de clasificare este cel al momentului în care survine tulburarea de limbaj. Astfel, din punctul de vedere al periodizării, pot fi delimitate trei tipuri de tulburări de limbaj, cu implicații distincte asupra procesului recuperator:

- tulburări de limbaj survenite în perioada preverbală (înainte de vârsta de 2 ani). Aceste tulburări prezintă un grad de severitate important, recuperarea realizându-se cu dificultate, uneori doar parțial. Multe dintre aceste tulburări survin în contextul unei patologii complexe, fie congenitale, fie dobândite.
- tulburări de limbaj survenite în perioada de dezvoltare a limbajului (în perioada 2-6 ani). Aceste tulburări sunt exclusiv dobândite, prognosticul în acest caz fiind dependent de

factorul etiologic. Prognosticul în cazul acestor tulburări este, în general, mult mai favorabil decât în cazul celorlalte forme de tulburări de limbaj abordate din punctul de vedere al criteriului periodizării.

- tulburări de limbaj survenite în perioada verbală (după vârsta de 6 ani). Aceste tulburări sunt, de asemenea, patologii dobândite. Prognosticul în aceste cazuri poate fi rezervat mai ales în contextul tulburărilor care presupune afectare nervoasă (afazie, dizartrie).

8.1.3. Tulburări specifice și nonspecifice de limbaj

Modelele explicative și criteriile clasificatorii pot fi reduse la un numitor comun, și anume cel al specificității sau al nonspecificității tulburărilor de limbaj și comunicare. Potrivit acestui numitor comun, literatura de specialitate internațională diferențiază între tulburările specifice și nonspecifice de limbaj, având în vedere criteriul etiologic și al comorbidității acestor tulburări (Paul, 2007). Astfel, *tulburările nonspecifice de limbaj* includ situațiile în care patologia lingvistică reprezintă o componentă derivată de la situația patologică centrală. De exemplu, o tulburare nonspecifică de limbaj survine în contextul în care persoana prezintă o dizabilitate intelectuală de un anumit grad, cu implicații în planul achiziției limbajului. Tulburările nonspecifice de limbaj sunt delimitate având în vedere criteriul categorial. În acest fel sunt explicate tulburările de limbaj ca derivate, direct dependente de tabloul de dizabilitate mai mare căruia se subsumează: dizabilitate auditivă, dizabilitate intelectuală, tulburări din spectrul autist, tulburări emoționale și comportamentale etc. Bloom și Lahey (1978, *apud* Paul, 2007) subliniază faptul că acest model categorial de explicare a unei tulburări de limbaj nu poate oferi explicații asupra diferențelor interindividuale, chiar dacă diagnosticul îi reunește la nivelul unei singure categorii.

În acest sens, poate fi oferit următorul exemplu concludent:

M. este o tânără absolventă de învățământ universitar, diagnosticată din perioada copilăriei mici cu dizabilitate auditivă, bilaterală, neurosenzorială, profundă. M. a urmat un program intens de antrenament auditiv-verbal, aceasta fiind protezată de timpuriu. La vârsta de 7 ani a fost înscrisă într-o școală de masă, pe parcursul căreia a beneficiat în continuare de ajutor specializat. Din punctul de vedere al dezvoltării lingvistice poate fi menționat faptul că M. are abilități comunicaționale funcționale, acestea putând participa activ în cadrul unor conversații chiar derulate în contexte de comunicare nefamilare (cu persoane necunoscute sau conversații focalizate pe o temă mai puțin cunoscută). Astfel, M. are șanse mari de integrare socială.

A. este o tânără absolventă de învățământ universitar, diagnosticată la fel ca și M. în perioada copilăriei mici cu dizabilitate auditivă de tip neurosenzorial, profundă, bilaterală. A. nu a fost protezată, dar a urmat un program intens de terapie verbală pe parcursul perioadei de școlaritate. A urmat, de asemenea, școala într-o instituție educațională de masă. Din punct de vedere lingvistic, A. are abilități comunicaționale reduse, nivelul înțeligeribilității vorbirii acestela fiind foarte scăzut. Prin urmare A. are șanse de incluziune socială și profesională mai reduse.

Acest exemplu atrage atenția asupra faptului că nu încadrarea diagnostică categorială poate oferi explicații pentru dezvoltarea abilităților comunicaționale, ci factorii specifici care mijlocesc achiziția limbajului și a abilităților de comunicare, aspect subliniat în documentele OMS-CIF, 2004.

Tulburările specifice de limbaj circumscriu acele situații în care afectarea lingvistică este singura condiție patologică și nu presupune o etiologie bine definită, în mod aparent. Copiii

care au tulburări specifice de limbaj încep să vorbească mult mai târziu decât ar fi trebuit, iar după apariția limbajului, prezintă importante dificultăți în organizarea cuvintelor la nivelul unor structuri lingvistice ample. Tulburările specifice de limbaj se manifestă atât la nivelul componentei receptive, cât și la nivelul componentei expresive a limbajului. În plan receptiv, semnele definitorii sunt acelea că acești copii au dificultăți în a înțelege mesajul transmis, mai ales în situația complexității lingvistice, a nefamiliarizării cu textul mesajului, precum și a complexității ideatice (de exemplu, au dificultăți în a înțelege o servență de mai multe instrucțiuni). Paul (2007) subliniază că cercetările privitoare la etiologia tulburărilor specifice de limbaj au identificat disfuncțiile cerebrale, tulburările neurologice ca fiind legate de aceste tablouri lingvistice patologice. Tehnicile de imaginerie cerebrală sunt folosite în vederea diagnosticării unui asemenea tip de tulburare. S-a invocat și o componentă genetică cu privire la mecanismul de apariție a acestor tulburări. Ca atare, Paul (2007) menționează cercetările conduse în Marea Britanie de Bishop (2002), Marcus și Fisher (2003), care au arătat că tulburările de limbaj cu fenotip gramatical sunt marcate genetic. Gena FOXP2 este direct relaționată cu tulburările de limbaj specifice. Studiile conduse de cercetătorii mai sus menționați au fost realizate la nivel transgenerațional, la nivelul unei singure familii, ceea ce înseamnă că ar mai trebui realizate cercetări viitoare cu privire la acest aspect. De asemenea, este important de menționat faptul că gena FOXP2 nu are exclusiv specificitate în raport cu tulburările specifice de limbaj, mai ales cu componenta gramaticală, în condițiile în care este răspunzătoare și de activitatea inimii, a intestinelor și a plămânilor. Această genă și acțiunea ei somatică sunt puse în evidență și la nivelul altor specii. Chiar dacă specificitatea genei în raport cu componenta gramaticală a limbajului este ușor demontabilă, este important de subliniat faptul că se cunoaște și se acceptă importanța ei în raport cu programarea genetică celulară, aceasta fiind considerată un factor executiv decisiv. În aceste condiții, importanța ei în raport cu structurarea limbajului nu poate fi contestată în totalitate. Având în vedere studiile acestea, se poate conchide că, în contextul tulburărilor specifice de limbaj, microschelaritatea cerebrală, leziunile neuronale subtile, ușoare pot fi invocate drept cauze. În acest fel, ceea ce literatura mai veche considera a fi afazie congenitală sau apraxie verbală, este denumit acum tulburare specifică de limbaj, prin prisma acestor abordări integrate.

8.1.4. Clasificarea tulburărilor de limbaj și comunicare conform DSM-5

Tulburările de limbaj și comunicare sunt divizate în următoarele subcategorii conform DSM-5: tulburări de limbaj (*speech disorders*), tulburarea sunetelor vorbirii/fonemelor (*speech sound disorder*), tulburarea de fluentă cu manifestare la copil (bălbăială) (*childhood-onset fluency disorder – stuttering*), tulburări de comunicare socială (pragmatică) (*social pragmatic communication disorder*), alte tulburări nespecificate de limbaj. Aceste tulburări sunt subsumate categoriei mari a tulburărilor neurodevelopmentale (care apar în perioada de dezvoltare, cu precădere în perioada miciei copilării, până la intrarea în clasa I, care au implicații negative în plan personal, școlar, social și profesional), alături de dificultățile specifice de învățare, tulburările din spectrul autist, deficitul de atenție și hiperactivitate, dizabilitatea motorie, dizabilitatea intelectuală și alte dizabilități neurodevelopmentale.

În subcategoria tulburărilor de limbaj, DSM-5 reunește acele tulburări care conduc la achiziția deficitară a limbajului: vorbire, scriere, limbajul semnelor etc. din cauza unor deficite de la nivelul abilităților de comprehensiune, precum și a celor lingvistice expresive. Aceste tulburări de limbaj se semnifică încă din perioada miciei copilării prin: volum redus

al vocabularului activ, abilități morfosintactice deficitare, abilități conversaționale limitate. În condițiile în care ambele componente ale limbajului, cea impresivă și cea expresivă, sunt afectate, este important de adăugat faptul că, în contextul unei tulburări de limbaj cu predominanța unui deficit de comprehensiune, recuperarea este mult mai încetinită. Se precizează faptul că aceste tulburări apar în absența dizabilităților senzoriale, tulburărilor neurologice, a tulburărilor motorii, a dizabilității intelectuale sau a întârzierii globale în dezvoltare. Componenta genetică și ereditară a tulburării este subliniată prin caracterul familial al tulburării.

În subcategoria tulburării sunetelor vorbirii/fonemelor, DSM-5 reunește tulburările de pronunție a sunetelor vorbirii, tulburări care conduc la scăderea nivelului inteligibilității vorbirii sau chiar la imposibilitatea exprimării verbale. Tulburarea de la nivelul articulării sunetelor vorbirii/fonemelor implică atât deficite de natură fonologică, cât și abilități deficitare de coordonare a musculaturii și componentelor aparatului fon-articulator. Acest aspect al coordonării motorii deficitare este unul nou-introdus în DSM-5 (comparativ cu DSM-IV), ceea ce a condus la înlocuirea categoriei diagnostice a tulburărilor fonologice de limbaj cu categoria tulburărilor de la nivelul sunetelor vorbirii/fonemelor. Tulburarea se manifestă din copilăria mică, ea implicând deficite de relaționare socială, eșec școlar, deficite în sfera ocupațională. În vederea circumscrierii diagnostice, DSM-5 exclude ca posibile cauze tulburări/patologii precum: dizabilitatea auditivă, paralizia cerebrală sau alte tulburări cu substrat neurologic, traumatisme cerebrale, despicătura palatină sau alte patologii medicale.

În subcategoria tulburării de fluentă a vorbirii-bălbâiala, DSM-5 delimitează principalele caracteristici simptomatologice: repetarea unor sunete și silabe, prelungirea unor cuvinte, pauze neadecvate la nivelul producției verbale, tensiune fizică în actul articulator, vorbirea cu perifraxe în vederea evitării unor cuvinte considerate problematice. Toate aceste manifestări sunt specifice copilului și ele apar în absența unor cauze precum: dizabilitate motorie, tulburări neurologice, dizabilități senzoriale, dizabilitate intelectuală, tulburări psihice sau alte afecțiuni medicale. Tulburarea de fluentă la adult este cauzată de aspecte medicale, tulburări psihice sau alte condiții care nu reprezintă domeniul de interes al DSM-5, această ne fiind o tulburare neurodevelopmentală precum cea din cazul copiilor, astfel încât ea nu este tratată de DSM-5.

În subcategoria tulburărilor de comunicare socială, DSM-5 delimitează abilitățile de comunicare verbală și nonverbală deficitare, abilități care se referă la: stabilirea unei relații de comunicare pentru a obține informații, pentru a saluta, pentru a interacționa cu cineva, identificarea conținuturilor verbale și nonverbale care să se potrivească cu contextul comunicării, dificultatea de a respecta regulile într-un act conversațional (schimbarea rândului în actul dialogat, ascultarea interlocutorului etc.); înțelegerea informațiilor nonexplicite (glume, zicale, conotații etc.). Prin urmare, componenta pragmatică a limbajului este afectată, aceasta referindu-se la cei trei parametri ai limbajului: loc, timp, interlocutor. Tulburarea se manifestă din perioada copilăriei mici, dar se materializează clar în momentul în care apare necesitatea interacțiunii comunicaționale. Diagnosticul se stabilește în absența tulburărilor din spectrul autist, dizabilității intelectuale, dizabilităților senzoriale, întârzierii globale în dezvoltare, tulburărilor neurologice.

Se poate observa că DSM-5 reorganizează perspectiva asupra limbajului și comunicării, oferind tulburărilor de comunicare o pondere semnificativă, având în vedere cupola sub care se delimitează întregul tablou al tulburărilor de limbaj și comunicare, respectiv cupola tulburărilor neurodevelopmentale.

Ultima diviziune a DSM-5 se referă la tulburările nespecificate de comunicare, categorie prin care se desemnează orice tulburare care nu se potrivește cu criteriile tulburărilor de mai sus sau care nu se potrivește cu categoria tulburărilor neurodevelopmentale. În cazul în care clinicianul optează să nu stabilească cauza tulburării, să nu-i confere un element specificator,

aceasta poate opta pentru această încadrare diagnostică, în situațiile în care nu sunt îndeplinite criteriile diagnostice pentru tulburările descrise mai sus.

8.2. Etiologie

Literatura de specialitate delimitează ca fiind cei mai frecvenți următorii factori de risc relaționați cu dezvoltarea tulburărilor de limbaj și comunicare: *istoricul familial care evidențiază existența unor patologii de limbaj, genul masculin al copilului, nașterea prematură și greutatea mică la naștere* (Wankoff, 2011).

În mod evident sunt și o serie de alți factori care pot conduce la tulburări de limbaj, factori care pot interveni și în mod coarticulat, mixat, ceea ce face foarte dificilă diagnosticarea, dar mai ales stabilirea diagnosticului diferențial. În acest sens putem oferi un exemplu pentru a face mai facilă înțelegerea impactului factorilor care se materializează combinat. Acești factori mai sunt cunoscuți în literatura de specialitate sub numele de comorbidități.

Părintele unui copil în vârstă de 6 ani solicită un consult logopedic, în vederea stabilirii diagnosticului și a cauzelor care au condus la întârzierea majoră a achiziției limbajului în cazul propriului copil. Părintele precizează că perioada de sarcină a fost intens monitorizată de medici deoarece sarcina s-a instalat cu dificultate, după aproximativ 8 ani de tratamente de fertilizare susținute. Problemele sesizate de medici în timpul sarcinii și pe parcursul primului an de viață au fost minore. Copilul a înregistrat o serie de achiziții în primul an de viață, achiziții care se referă exclusiv la componenta motorie (la 6 luni, copilul putea sta în poziție șezândă, primii pași realizați în mod independent au avut loc la vârsta de 11 luni). În ceea ce privește componenta lingvistică, părintele precizează că apariția găngurii a fost întârziată, aceasta începând să fie simțită în jurul vârstei de 11 luni, în timp ce lalația canonică simplă și reduplicată s-a manifestat după vârsta de 15 luni. Părintele precizează că, după vârsta de 17 luni, când i s-a administrat vaccinul ROR, copilul a înregistrat un vizibil regres, chiar și în plan motor. La vârsta de 6 ani, achizițiile motorii sunt adecvate vârstei, în timp ce dezvoltarea cognitivă și dezvoltarea limbajului sunt foarte întârziate. Din punct de vedere logopedic s-a stabilit diagnosticul de sindrom de nedezvoltare a limbajului.

Alți factori etiologici și de risc pentru tulburările de limbaj și comunicare grupați după criteriul perioadei de acțiune (Hațegan, 2011):

- factori prenatali: infecțiile din timpul sarcinii, incompatibilitatea de Rh, expunerea mamei la radiații, administrarea de medicație teratogenă, alte îmbolnăviri ale mamei în timpul sarcinii, consumul abuziv de substanțe cu impact asupra sarcinii (alcool, droguri);
- factori perinatali: travaliul prelungit, hipoxia sau anoxia, traumatismele din momentul nașterii, manevrele medicale greșite;
- factori postnatali: bolile copilăriei mici, pusee febrile necontrolate, accidente și traumatisme cerebrale, intoxicațiile cu medicamente și alte substanțe care pot afecta în mod ireversibil sistemul nervos (dioxid de carbon, droguri, alcool), expunerea la radiații, meningita.

diagnostic. Scara cuprinde domeniul abilităților sociale și emoționale, al abilităților de comunicare, domeniul stilurilor cognitive, al intereselor specifice, al abilităților motrice precum și o parte rezervată altor caracteristici care pot fi prezente.

10.4. Intervenții psihopedagogice

După cum susține Catherine Milcent (1990), orice educație începe prin evaluarea nivelului de dezvoltare al diferitelor substructuri ale persoanei, pentru cunoașterea stadiului de la care se pornește în terapie și în educație. Scopul educației copilului cu autism este de a-l face să atingă un nivel acceptabil de autonomie personală care să-i permită acomodarea satisfăcătoare la mediul în care trăiește.

Milcent (1990) ia în considerare mai multe aspecte ce vizează o abordare cât mai corectă a unui copil cu autism, în scopul de a-i oferi un ajutor educațional și terapeutic eficient. Acestea sunt:

- *Filtrarea a ceea ce este pertinent*

Atenția selectivă a copiilor autiști este profund perturbată, ceea ce explică mișcările fără încetare sau, dimpotrivă, completa lor pasivitate, în ambele cazuri timpul fixării atenției fiind foarte scurt. Doar unele activități stereotipe par a fi căutate sau par să focalizeze atenția, ocupând întregul câmp al conștiinței. Dar tocmai aceste stereotipii și obsesii sunt prețioase pentru practician.

- *Asigurarea înțelegerii: simplificarea limbajului*

Informațiile pertinente sunt prezentate una câte una, gata selectate, în funcție de stadiul atins în dezvoltare și, chiar și atunci când subiectul a ajuns la verbalitate, se utilizează imagini, fotografii, etichete care să prezinte simultan scopul final al acțiunii și procedura secvențială care permite atingerea acestui scop. În orice moment, copilul autist trebuie să înțeleagă ceea ce se dorește de la el, ce reprezintă și cât timp va dura activitatea. Dacă activitatea nu este în sine o sursă de plăcere, ea trebuie să fie însoțită în momentul încheierii de felicitări pronunțate cât mai empatic posibil și urmată imediat de o destindere: jocul cu sforicele favorite, învățarea unei farfurii.

- *Multiplicarea intereselor, motivarea*

Orice „artificiu” care poate amuza copilul va fi utilizat pentru reținerea atenției. Orice activitate terminată va fi „sărbătorită” prin exprimarea satisfacției, prin mângâieri verbale, uneori prin mici recompense.

- *Coerența, necomplicarea vieții*

Una dintre dificultățile cognitive ale copiilor autiști este capacitatea lor limitată de a forma reprezentări, imagini și de a extrage concepte, prototipuri, reguli sau legi. La copiii cu autism, limbajul înseamnă mai mult „senzație” decât concept; este deci mai dificil uneori pentru interlocutor să-și dea seama ce a fost reținut în afara contextului de codare.

- *Extragerea și aplicarea regulilor*

Conceptul presupune absența obiectului, el impunând deci formarea și memorizarea unei reprezentări, a poziției sale în raport cu categoriile deja formate, legate de semnificația formă sau consonanță.

Generalizarea implică nu numai conceptualizare, ci și recunoașterea conceptului în alte situații. La copilul cu TSA, când memoria de lungă durată ajunge să fie activată, ea reduce informațiile extracontextuale ca atare. Limbajul este perceput fără înțelegerea

analogiilor, metaforelor, deci în absența dimensiunii figurate. Dificultatea de analiză, de extragere a figurii din context, considerat ca fond, și capacitatea de a efectua operația inversă, atribuirea unui sens datorită contextului determină ca la copilul autist generalizarea și particularizarea să fie considerate „eroice”.

- *Cum pot fi/deveni spațiul sau timpul „semnificative”?*

Trebuie să se asigure o recurență a spațiului, o stabilitate care să-l facă previzibil. La copilul cu TSA, spațiile funcționale trebuie să fie foarte bine folosite: spațiul de lucru, de destindere, de joacă. Copilul cu TSA va trebui să învețe foarte bine ce se așteaptă de la el în aceste spații, convenționale pentru alții, dar nu și pentru el. Progresiv, spațiul va deveni astfel funcțional în loc să fie confuz și haotic.

Ca și spațiul, timpul va trebui să fie perceput corect. Conceptele, categoriile lui vor fi semnificate prin: hârtițe lipite, cercuri în jurul zilelor săptămânii. Din moment ce percepția copilului cu TSA produce aranjamente diferite de ale noastre, esențială este simplificarea noțiunilor, la care se subliniază doar ceea ce este important pentru scopul urmărit.

Copilul cu autism nu bombardează cu întrebări asemenea celui normal și de aceea este deseori subalimentat cu informații. Aceasta nu înseamnă că el nu trebuie să beneficieze de o baie informațională adaptată capacității sale de percepere.

- *Dezvoltarea limbajului*

Când este vorba de autism, este indispensabil ca evaluarea comprehensiunii și expresiei verbale să fie efectuată de persoane competente, deoarece limbajul ecolalic dă întotdeauna iluzia unei stăpâniri superioare celei existente de fapt.

Orice program de dezvoltare trebuie să înceapă printr-o cântărire riguroasă a înțelegerii fine a conceptelor, a categoriilor gramaticale (verbe, adjective, prepoziții), a sensului contextual al limbajului și a gradului de conversație. Copilul cu TSA verbal repetă „pachete” de cuvinte nesegmentate sau rău segmentate, care nu au adesea decât un raport foarte îndepărtat cu sensul lor. Deseori, aceste fraze par bine elaborate din punct de vedere sintactic, chiar dacă sunt bizare prin inversările pe care le propun.

În general, copiii cu TSA verbal reușesc să achiziționeze un număr mare de substantive desemnând obiecte concrete (hrană, mobilier), dar verbele apar mai greu. Adjectivele sunt rareori izolate și nu-și dobândesc valoarea reală decât mult mai târziu. Chiar dacă vocabularul este relativ înșușit, copilul cu TSA utilizează greu contextul pentru a-și verifica ipotezele. În afara sensului intrinsec al cuvintelor, specialistul va trebui să verifice, atât pentru limbajul vorbit, cât și pentru cel scris, dacă nu există o hiperlexie fără comprehensiune (utilizarea unui vocabular aparent bogat, dar fără semnificație).

Pentru a-l putea ajuta pe copil să codeze un cuvânt în mod corect, trebuie în primul rând să pătrunzi în lumea lui ca să știi ce a văzut, cum a perceput obiectul sau/și ce l-a interesat în legătură cu acesta; în același timp, trebuie să rămâi vigilent, căci obișnuința de

• *El înțelege pe copilul cu TSA se dobândește rapid, ca și adaptarea la acest nou limbaj, omițându-se corectarea greșelilor, fapt care duce la stagnare.*

- *Să-l ajutăm să „fie” și să „trăiască”*

Se fac deseori confuzii între lipsa sociabilității și afectivitate. De fapt, la copiii autiști nu lipsește dorința socială și cu atât mai puțin afectivitatea, în afara primului an de viață în care sugarul manifestă fie indiferență, fie anxietate ca răspuns la solicitarea umană.

Afectivitatea funcționează însă într-o manieră arhaică, după legea aceluși „totul sau nimic”, fără nici o modelare. Copilul cu TSA trebuie ajutat tocmai de aceea să-și identifice propriile trăiri emoționale și să le recunoască la alții. Emoția poate fi analizată cu

ajutorul unor portrete, expresii, se poate realiza chiar o mică bandă desenată în care contextul determină veselie sau tristețe a personajului. Mimicile trebuie amplificate prin jocuri de rol, atrăgându-se atenția copilului că „ne prefacem că...”. De fiecare dată,

emoțiile vor fi numite cu toată gama de nuanțe pe care o poate înțelege copilul până la completa lor înțelegere.

10.4.1. Programele educațional-comportamentale

Sunt cele care și-au demonstrat eficacitatea în cazul educației copiilor cu autism, ele conținând trei elemente de bază:

- a) *Principiile învățării structurate*: diverse grade de structurare a mediului/clasei pentru a ajuta copilul să dea un sens lumii confuze și pentru minimizarea stresului (dificultățile de organizare a informațiilor senzoriale pot să îi facă incapabili să prevadă ce urmează să se întâmple și să devină anxioși, având manifestări nedorite, chiar accese de furie), pentru potențarea învățării și sporirea independenței de funcționare; structurarea predării-învățării (folosirea suportului vizual, instrucțiuni sistematice, clare și ușor de înțeles date copilului, repetiție, predictabilitate și formarea de rutine, adaptarea materialului didactic/crearea materialelor didactice adecvate de sprijin al învățării, materiale didactice vizualizate, sisteme alternative de comunicare, cum ar fi *Pictures Exchange Communication System* – PECS, sau altele), oportunități suficiente de învățare, individualizare (planuri educaționale individualizate, ore individualizate vizualizate).
- b) *Aplicarea unor strategii comportamentale pentru managementul problemelor comportamentale*: după o analiză funcțională și stabilirea funcției respectivului comportament-problemă, trebuie realizat un plan comportamental pentru fiecare copil, plan care să prevadă strategii clare de abordare a problemelor de comportament și care trebuie aplicat consecvent la școală, acasă, în comunitate, de către toți cei implicați în vreun fel sau altul în creșterea și educarea copilului.
- c) *Aplicarea unor terapii complementare*:
 - terapie de limbaj și comunicare specifice;
 - terapie ocupațională;
 - terapie fizică și de integrare senzorială, acolo unde există o disfuncționalitate a sistemului de integrare senzorială, adică unul sau mai multe simțuri sunt supra- sau subreactive la stimuli.

Astfel de probleme senzoriale pot fi principala cauză a unor comportamente prezente la copiii cu autism, cum ar fi legănatul, învârtitul în jurul axului sau fluturatul din mâini.

Pentru a fi eficiente, programele educaționale pentru copiii cu autism ar trebui să înceapă cât mai de timpuriu cu putință și să vizeze în mod prioritar formarea abilităților de bază preșcolare, indispensabile pentru învățarea viitoare.

Importante sunt următoarele cerințe:

- să se ia în considerare tiparele comportamentale caracteristice copiilor cu autism și să fie înțelese cauzele acestor comportamente (analiza funcțional-comportamentală);
- să fie centrate pe dezvoltarea de abilități specifice vârstei, dar și pe sporirea comunicării sociale și pe înțelegerea socială;
- să favorizeze integrarea în medii în care sunt copiii obișnuți de aceeași vârstă;
- programele să fie aplicate cel puțin 15-20 de ore pe săptămână de către profesioniști formați în autism;
- să fie oferit suport adecvat în procesul de învățare (suport vizual, mijloace alternative de comunicare, management adecvat al clasei, terapii specifice individualizate sau de grup mic) și să se acorde o atenție deosebită perioadelor mai puțin structurate, dar care au un rol deosebit în educația copilului cu autism, de exemplu, pauzele de gustare, masa de prânz;
- să existe informare la nivelul întregii școli privind copiii cu autism, cursuri de formare în autism pentru toți profesioniștii și să existe o planificare educațională pentru fiecare copil în parte;

să fie cunoscute și să se țină seama de nevoile specifice ale fiecărui copil cu autism în plan perceptiv, senzorial, motor, al abilităților de viață de zi cu zi și de autoîngrijire, de joacă sau recreere;

să se țină seama de nevoile și reacțiile emoționale ale copilului;

să existe oportunități de formare/practicare a abilităților sociale (deficitare la toți copiii cu autism, indiferent de vârstă și de abilități cognitive sau de altă natură), individual și în grupuri mici, potrivit nevoilor fiecărui copil în parte, care să fie planificate în prealabil (de exemplu, în cadrul unor cluburi sociale de recreere, extrașcolare, în comunitate);

să se pună accentul, într-un mod permanent și continuu, pe comunicare (un alt domeniu deficitar la copiii cu autism), indiferent de abilitățile copilului de a folosi limbajul oral;

să existe o legătură permanentă, consistentă și reală între școală, părinți și profesioniștii care se ocupă de copil în cadrul altor servicii de sprijin comunitare, pentru a asigura consistența abordărilor alese în cazul respectivului copil, acasă, la școală și în orice alt mediu din comunitate;

să existe așteptări pozitive și înalte, dar realiste față de copil (Peeters, 2009).

O condiție esențială pentru ca programele educaționale să fie eficiente și să ducă la o cât mai mare independență de funcționare a copilului cu autism este aceea ca profesioniștii să cunoască și să înțeleagă bine problematica autismului și a copilului cu autism cu care lucrează, să cunoască strategii educaționale specifice pentru tulburările din spectrul autismului, iar aceste programe să fie adaptate la nevoile individuale ale persoanei, să fie flexibile și reevaluate periodic pentru a fi îmbunătățite.

Condiția pentru buna cunoaștere de către profesioniști a copiilor cu autism este să existe o formare inițială, dar și oportunități de dezvoltare profesională continuă în problematica autismului, a strategiilor educaționale specifice, aspecte care lasă de dorit deocamdată în România. Acesta este motivul pentru care accesul copiilor cu autism la o educație adecvată nevoilor lor specifice este total deficitar.

Datorită faptului că profilele de funcționalitate ale copiilor cu autism sunt foarte diferite, de la dificultăți severe de învățare până la abilitățile școlare normale, programele educaționale individuale ar trebui stabilite pe baza evaluării abilităților copilului și a potențialului din ariile de funcționare și să țină seama de interesele acestuia și de prioritățile familiei. Mulți copii cu autism în ciclul primar și gimnazial ar avea încă nevoie să învețe deprinderi de bază pentru viața de zi cu zi. Unii copii cu autism înalt funcțional sunt capabili să dobândească abilități școlare asemănătoare celor pe care le deprind toți copiii obișnuți, dar este nevoie de strategii specifice de învățare la clasă, pentru a rezolva problemele de comunicare verbală care apar, tip de comunicare pe care se bazează educația tradițională (<http://www.autismromania.ro/>).

Aspectul ludic al activităților adecvate vârstei copilului reprezintă o necesitate care se înscrie în sfera stimulării interacțiunilor dintre copil și adultul care îl îngrijește.

Așadar, copiii cu tulburări din spectrul autist pot să fie educați:

- în clase obișnuite din școlile de masă, integrați individual, parțial sau total, dar cu suport adecvat;
- în clase obișnuite din școlile de masă, integrați în grupuri de 3-4 copii cu nevoi speciale alături de copiii obișnuți, dar cu un efectiv mai mic de elevi și cu suport adecvat;
- în clase speciale pentru copii cu autism integrate în grădinițe/școli obișnuite sau speciale;
- pot fi integrați individual în clase eterogene, cu suport adecvat din școli speciale;
- școlarizați la domiciliu, cu servicii terapeutice acordate tot la domiciliu;
- în centre de îngrijire sau rezidențiale în cazuri foarte severe, atunci când părinții solicită acest lucru.

... în aceste condiții, nu este necesară o singură programă specială pentru copiii cu autism, ci trebuie gândite soluții și alternative educaționale care să vină în întâmpinarea nevoilor fiecărui copil în parte, iar părinții trebuie să aibă posibilitatea să opteze pentru cea mai potrivită variantă.

10.4.2. Programele de stimulare precoce

Au o importanță covârșitoare pentru dezvoltarea ulterioară a copiilor cu tulburări din spectrul autist în măsura în care sunt adaptate pentru fiecare caz, în funcție de particularitățile individuale și de mediul în care trăiește fiecare copil.

10.4.2.1. Intervenție și programe terapeutice de stimulare precoce la copiii cu autism sau cu sindrom Asperger

Tabelul 10.2. *Categorii și variante de intervenție* (după Schopler, Lansing și Waters, 1993; Barthelemy, Hameury și Lelord, 1995; Perry și Condillac, 2003; Magerotte, 2002; Carlier și Doyen, 2002)

Categoria de intervenție și de programe	Variante de intervenție și de programe
1. Intervenție senzorio-motorie	Terapia de integrare senzorială (<i>Sensory Integration</i>) (Schopler, Lansing și Waters, 1993) Reeducarea auditivă (<i>Auditory Integration Training</i>) Terapii vizuale Exerciții de imitație, percepție, motricitate generală, motricitate fină și de coordonare ochi-mână (activități din programul TEACCH)
2. Intervenții bazate pe limbaj și comunicare	Comunicarea augmentativă Sistemul de comunicare prin imagini (<i>Picture Exchange Communication System</i>) Abordarea comportamentului verbal (<i>Verbal Behaviour Approach</i>) Comunicarea facilitată Modelul de dezvoltare social-pragmatic (<i>Developmental Social-Pragmatic Model</i>) (Wertherby, Schuler și Prizant, 1997) Modelul SCERTS – o abordare personalizată pentru dezvoltarea capacității de comunicare (Prizant, Wertherby și Rydell, 2005)
3. Intervenții prosociale și bazate pe joc	Povestirile sociale Antrenamentul bazat pe scenarii sociale Antrenamentul bazat pe <i>Theory of Mind</i> Intervenția bazată pe dezvoltarea relațiilor
4. Programe pentru achiziția abilităților generale	Antrenamentul comportamental Structurarea mediului: – temporal – eșalonarea evenimentelor în timp; – precizarea etapelor unei activități sau relația elementelor cu evenimentele sau persoanele; – spațial – furnizarea informațiilor legate de organizarea mediului; – favorizarea stabilirii unor raporturi care permit exercitarea unui control asupra mediului. Pictograme

5. Psihoterapii de expresie	Terapii prin mediere artistică: meloterapie; terapie prin dans; terapie de expresie plastică (desen, pictură, modelaj, colaj, asamblaj); terapia cu măști; basmele terapeutice.
6. Programele comportamentale cu viziune globală	TEACCH (<i>Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children</i>) – activități pentru: imitație, percepție, motricitate generală și fină, coordonare ochi-mână, performanță cognitivă, competență verbală, autonomie, sociabilitate și comportament (auto-mutilare, agresivitate, comportament distructiv) (Schopler, Lansing și Waters, 1993) Intervenție comportamentală intensivă (<i>Intensive Behavioural Intervention</i>) Analiza comportamentală aplicată (<i>Applied Behaviour Analysis</i>) (Lovaas, 1987) Modelul bazat pe dezvoltare, diferențe individuale și relații (<i>Developmental, Individual, Difference, Relationship Model</i>) (Greenspan și Wieder, 1997)
7. Intervenții propuse în cazul unor comportamente dificile	Strategiile comportamentale care vizează: – îmbunătățirea comportamentului dezirabil (strategii de ameliorare a comportamentului); – reducerea comportamentului indezirabil; – predarea unor abilități (strategii educative); – prevenirea unor probleme de comportament prin modificări ale mediului (strategii eco-comportamentale). Strategiile comportamentale pozitive (metode noninuzive) (<i>Positive Behaviour Support</i>) – (Koegel et al., 2006).
8. Intervenții biomedicale	Tratament biochimic (medicamente neuroleptice/antipsihotice) Alte abordări biomedicale (administrarea unor hormoni, regimul alimentar)

10.4.2.2. Comunicarea augmentativă și alternativă

Se referă la orice formă de comunicare care înlocuiește sau lărgeste vorbirea. Comunicarea augmentativă este un multisistem de componente integrate – verbale, gestuale și pictografice. Cu cât tulburarea de vorbire este mai severă, cu atât copilul va avea nevoie de mai multe mijloace și tehnici augmentative, pentru a potența comunicarea oral-reziduală. Când vorbirea lipsește complet și se apelează la simboluri gestuale sau pictografice, avem de-a face cu comunicarea alternativă, cu singură modalitate de interacțiune prin coduri. Un sistem de comunicare augmentativă mijlocită (*aided communication*) este Sistemul de Comunicare prin Schimb de Imagini (*Picture Exchange Communication System*), care a fost dezvoltat pentru a ajuta persoanele cu autism să dobândească rapid un mijloc de comunicare funcțională, prin folosirea pictogramelor.

10.4.3. Programele educaționale

Principiile învățării structurate se referă la: structurarea clară a mediului pentru a ajuta copilul să dea sens lumii confuze și pentru minimizarea stresului; structurarea predării-învățării (folosirea suportului vizual, instrucțiuni sistematice, clare și ușor de înțeles date copilului, repetiție, predictabilitate și formarea de rutine), învățare, individualizare (planuri educaționale individualizate).

O condiție esențială pentru ca programele educaționale să fie eficiente și să ducă la o cât mai mare independență de funcționare a copilului cu autism este ca profesioniștii să

iar aceste programe să fie adaptate nevoilor individuale ale copilului, să fie flexibile și reevaluate regulat pentru a fi îmbunătățite.

Suportul familial este o altă componentă esențială în tratamentul copiilor cu autism și cuprinde câteva elemente de bază:

- suport psihoeducațional: oferirea de informații de bază despre autism și despre metodele de intervenție;
- training pentru părinți: pentru o mai bună înțelegere a comportamentului copilului, strategiile de modificare comportamentală, pentru formarea de abilități de comunicare alternativă, pentru managementul tulburărilor alimentare și de somn ale copilului, pentru dezvoltarea abilităților de lucru și de joc;
- consiliere pentru a-i ajuta pe părinți să facă față impactului emoțional pe care îl are existența unui copil cu autism în familie.

10.4.3.1. Activități de terapie educațională

În ultimii ani, aplicarea programelor educațional-terapeutice a avut în vedere caracterul complex și integrativ al acestora, organizarea lor în perspectiva școlii incluzive și a principiilor educației integrate și valorificarea resurselor de învățare conexe, oferite elevilor cu cerințe speciale de către școală, familie și mediul social (constituit din contextul actual și ulterior învățării). Acest demers oferă o largă deschidere spre normalitate, ceea ce, în viziunea contemporană, înseamnă a oferi copiilor cu cerințe educative speciale modele și condiții de viață cât mai apropiate de condițiile și modurile de viață obișnuite. Normalizarea trebuie percepută ca un proces reciproc de acceptare a copiilor cu dizabilități de către comunitate și de participare a acestora la viața comunității.

Dintre terapiile mai importante menționăm:

- terapia ocupațională (participarea persoanelor la diverse activități, cu scopul de a facilita dobândirea unor abilități necesare adaptării și a sentimentului de apartenență activă în cadrul societății);
- meloterapia (este utilizată muzica în scopuri practice pentru recuperarea personalității decompensate a copiilor);
- terapia de expresie grafică și plastică (ajută copilul să se exprime prin modelaj, desen, pictură, sculptură);
- terapia cognitivă este un proces complex de echilibrare mentală prin organizarea specifică a cunoașterii la copiii cu autism;
- ludoterapia (relațiile dintre copil și lumea obiectelor se stabilesc în cadrul jocului);
- terapia și educația psihomotricității (activități de recuperare, ameliorare, dezvoltare și antrenare a conduitelor și structurilor perceptiv-motrice);
- organizarea și formarea autonomiei personale și sociale.

10.4.3.2. Programul TEACCH

Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children este un proiect educativ individualizat pentru copiii cu autism și alte tulburări de dezvoltare.

Este un sistem de intervenție ce furnizează o gamă largă de servicii pentru persoanele cu autism și familiile lor, de-a lungul vieții. Din 1972, acest sistem, finanțat de stat, a funcționat în cadrul departamentului de psihiatrie al Universității din Carolina de Nord, Chapel Hill (Peeters, 2009).

Cuprinde un program vast de pregătire și este implementat în diferite zone ale SUA și în alte părți ale lumii. Eric Schloper, cel care a condus acest program, este de mult timp o persoană foarte influentă în domeniul autismului.

Scopul principal al acestui program educațional constă în dezvoltarea nivelului general de abilități al clienților săi. Dacă în tipul de intervenție behavioristă al lui I. Lovaas copilul trebuia să depășească dificultățile sale specifice autiste pentru a se adapta la mediu, în cadrul sistemului TEACCH, copilului îi este oferit, creat un mediu ce se adaptează caracteristicilor autismului.

Obiectivul general al programului este de a-i permite copilului cu autism să se integreze în mediul său natural, în scopul de a favoriza dobândirea autonomiei sale maxime. Acest scop poate fi atins în două moduri. Unul este reprezentat de ameliorarea competențelor și adaptarea comportamentului copilului. Dacă aceste competențe nu pot fi dezvoltate într-un mod adecvat, se ia în considerare al doilea mod de realizare a scopului. Această a doua metodă constă în conceperea unui mediu înconjurător special sau adaptat mediului înconjurător al copilului, încât acesta să devină funcțional pentru copilul cu autism.

Un alt obiectiv al TEACCH este comunicarea spontană cu sens, iar pentru acei copii care nu pot vorbi este încurajată utilizarea modurilor alternative de comunicare așa cum sunt: fotografiile, pozele, limbajul semnelor și scrierea de cuvinte. Aceste strategii compensează sau reduc deficiențele specifice celor cu autism și minimalizează problemele comportamentale. Deși în acest tip de intervenție se lucrează și individual, pentru dobândirea de noi abilități, pregătirea/instruirea în grup este formatul său standard. TEACCH este deschis tuturor persoanelor cu autism și cu probleme de comunicare. El poate fi implementat atât în școli normale, cât și în clasele speciale, în timpul taberelor de vară. Are o gamă largă de servicii atât pentru copii, cât și pentru adulții cu autism și, de asemenea, oferă diverse tipuri de sprijin pentru familiile acestora (Schloper *et al.*, 1995).

Orientarea principală a programului TEACCH este dezvoltarea autonomiei copilului în trei sfere importante ale vieții sale: mediul familial, mediul școlar și comunitate.

Structura programului TEACCH

În scopul atingerii obiectivului propus, programul cuprinde trei părți principale:

- a) Favorizarea dezvoltării copilului cu autism;
- b) Colaborarea dintre părinți și profesioniști;
- c) Învățământul structurat.

a) Favorizarea dezvoltării copilului cu autism

Programul TEACCH pune un accent particular pe dezvoltarea persoanei cu autism. Pentru specialiști, acest aspect relevă faptul că este obligatorie cunoașterea stadiului de dezvoltare al copilului cu autism în scopul inițierii unei intervenții adecvate. Nevoile, deficitale de adaptare ale copilului cu autism depind atât de vârsta sa, cât și de nivelul său de dezvoltare. În copilăria mică, prioritățile se focalizează asupra diagnosticului, antrenamentului părinților și asupra ajutorului psihopedagogic acordat copilului cu autism. La vârsta școlară, problemele de învățare și tulburările de comportament devin prioritare.

b) Colaborarea părinți-profesioniști

Participarea părinților joacă un rol important în tratamentul copilului cu autism, astfel că o bună relație între părinți și specialiști este esențială. Pentru realizarea acestui scop, prioritare sunt susținerea părinților și a personalului implicat în lucrul cu copilul autist și colaborarea strânsă dintre părinți și profesioniști. De asemenea, o bună coordonare între programul educațional aplicat la școală și cel de acasă este esențială pentru progresul copilului.

implicarea familiilor în educația copiilor cu TSA trebuie să se realizeze la niveluri multiple. Părinții pot să învețe cum să acționeze pentru a schimba comportamentul copilului lor. Participarea familiilor ar trebui să fie sprijinită în educație prin organizarea de prezentări care să includă sistemele școlare, prin servicii de consultanță, prin încurajarea învățării tehnicilor de reducere a problemelor comportamentale.

c) *Învățământul structurat*

Experiența și cercetările lui Schopler și ale colaboratorilor săi au demonstrat pertinenta unui învățământ structurat pentru un copil cu tulburare autistă. Învățământul structurat include utilizarea rutinei în muncă. Părinții și personalul trebuie să acorde o atenție particulară condițiilor în care lucrează copilul. Pentru realizarea acestui obiectiv, trebuie îndeplinite următoarele condiții:

- locul în care se desfășoară procesul de învățare trebuie să fie confortabil și să nu distragă copilul prin zgomote sau mișcare; la școală, copilul poate sta cu fața la perete în scopul de a nu fi deranjat de deplasările celorlalți elevi, iar acest loc trebuie să fie utilizat în mod constant în scopul asocierii lui cu activitățile solicitate copilului;
- momentul din zi în care copilul învață trebuie să fie stabil, să fie situat după micul dejun luat la domiciliu și înainte de o activitate recreativă pentru copilul de la școală; obiectivul muncii structurate este învățarea copilului să efectueze el însuși sarcina propusă;
- durata perioadelor de lucru trebuie să fie în funcție de nivelul de atenție al copilului. O ședință de activități poate dura între 10 minute și o oră. Durata fiecăreia poate să fluctueze de la o zi la alta, căci puterea de concentrare și disciplina copiilor cu autism sunt adesea discontinue. Deși trebuie ținut cont de nivelul de atenție al copilului, nu se recomandă abandonarea activității la primul semn de impaciensare. Concentrarea și disciplina copilului cu autism cresc atunci când i se cere să-și încheie sarcina pe care o are de îndeplinit sau în momentul în care i se cere să facă un efort. Dacă este incapabil să termine ceea ce a început, este important să descoperim cauzele acestui refuz;
- părinții și personalul pot ajuta copilul să termine activitatea în cazul în care aceasta este prea dificilă pentru el. Dacă activitatea a fost realizată de către copil într-un timp anterior, el va fi obligat să termine singur ceea ce a început;
- este important ca o activitate să nu se prelungească prea mult, astfel copilul va deduce că o atitudine de opunere este un mijloc eficient pentru a pune capăt unei activități.

Învățarea abilităților de comunicare este mijlocul cel mai important prin care se ajunge la un grad cât mai mare de autonomie. Problemele apărute în comportament sunt percepute ca o consecință a neînțelegerii celor ce se întâmplă în jur și a dificultăților majore de a exprima propriile dorințe și nevoi. Fiecare copil are programul său individual, care este evaluat și modificat permanent în funcție de rezultate.

Sensul sintagmei „intervenție comportamentală intensivă timpurie” se leagă, în general, de metoda Lovaas de tratare a autismului, care se bazează pe analiza aplicată a comportamentului. Premisa metodei Lovaas, ca intervenție de modificare comportamentală bazată pe condiționarea operantă, rezidă în faptul că aceasta poate permite dobândirea unor comportamente pozitive, ca limbajul, și suprimarea comportamentelor indesezirabile, ca automutilarea sau agresivitatea la copiii cu autism.

În aplicarea programelor de intervenție în cazul copiilor cu tulburări din spectrul autismului trebuie să ținem seama de următoarele aspecte:

- necesitățile mediului de învățare pentru susținerea unor performanțe înalte și a strategiilor de generalizare;
- necesitățile previzibile ale mediului și ale rutinelor;

adoptarea și utilizarea unei abordări funcționale pentru problemele comportamentale; o tranziție planificată a grupelor preșcolare.

Părinții sunt coterapeuți, iar programul desfășurat la domiciliul copilului este considerat drept bază a intervențiilor corective și educative.

Cele mai multe programe pun accentul pe trebuința de a ajuta copilul cu autism să-și dezvolte *capacitatea de comunicare, de relaționare cu alte persoane, independența, inițiativa și abilitățile de a face diferite lucruri/activități.*

Baza abordării educaționale prin aplicarea programului Lovaas rezidă în învățarea prin încercări distincte, fiind una dintre primele forme de modificare a comportamentului. Această metodă a fost descrisă și lansată de Ivar Lovaas, în 1987, cu intenția de a integra copilul cu autism în grădiniță, realizând mai multe studii în acest sens. Ea se bazează pe condiționarea operantă (modelul *stimul-răspuns-consecință*). A fost primul gen de intervenție independentă, care aplică tehnici specifice pentru obținerea unor rezultate bune pentru copiii cu autism. Așa cum este utilizată astăzi, această metodă nu folosește pedepsele.

Metoda Lovaas a evoluat, integrându-se sub denumirile *Intensive Behavior Intervention (IBI)* și, de asemenea, *Applied Behavior Analysis (ABA)*.

10.4.3.3. Programul ABA

Applied Behavior Analysis, în traducere, *analiză comportamentală aplicată*, se referă la analiza autismului strict din punct de vedere comportamental; este o abordare care se bazează, în principiu, și pe factorul practic, în care autismul este în fapt o afecțiune diagnosticată doar pe baza observațiilor de comportament, fără a analiza cauza biologică. Din acest punct de vedere, comportamentele autiste se împart în două mari categorii: *comportamente în exces* (autostimulare, automutilare, agresiune, hiperkinetism, istericale, comportamente obsesive sau așa-numite stereotipii) și *comportamente deficitare* (limbaj, abilități sociale, abilități de joacă, abilități academice și abstractizări, abilități de autoajutor și autoservire). Scopul terapiei este de a diminua comportamentele excesive și de a forma, a dezvolta și a modela comportamentele deficitare (Kearney, 2008).

Terapia ABA are două secțiuni și trei etape:

secțiunile se referă la metodele de învățare și ele sunt: o secțiune care înseamnă programe curente în care copilul este învățat pur și simplu niște lucruri (în cea mai mare parte aproape mecanic);

secțiunea de generalizare, în care aceste lucruri învățate se transpun în viața de zi cu zi și devin parte a sistemului său de valori.

Etapele se referă la modul cum se pune în practică terapia și sunt următoarele:

Etapa de pretratament, care presupune o schimbare a comportamentului față de copil, familie și mediul înconjurător și nu reprezintă, în fapt, decât o ajustare comportamentală a copilului și preluarea controlului asupra comportamentelor acestuia – în general, etapa aceasta este făcută de părinți în mediul familiar și se referă exclusiv la motivarea copilului să-și dezvolte anumite abilități și comportamente și descurajarea copilului de a menține anumite comportamente negative;

Etapa de terapie în sine, care are o gamă vastă de programe și care înseamnă în fapt învățarea unei multitudini de cunoștințe și dezvoltarea tuturor „comportamentelor deficitare”, precum și trecerea acestora în generalizare astfel încât copilul să poată folosi la modul concret ceea ce învață în programele curente;

- *grupă de socializare și încercare de integrare în comunitate și în școală a copilului.* În general, această etapă apare după o anumită perioadă de terapie (6 luni - 2 ani), perioadă în care copilul a căpătat destule abilități de viață, sociale și de limbaj astfel încât, în momentul în care este integrat într-o grădiniță, să aibă cât mai puține frustrări legate de imposibilitatea lui de a se alinia cu ceilalți copii. În această etapă, copilul se duce la școală/grădiniță câteva ore pe zi cu un însoțitor - *shadow* (un tutore special pregătit pentru această meserie), care îl ajută să se integreze în comunitate, iar în paralel acasă se continuă atât programele curente din terapie, cât și generalizarea cunoștințelor.

Vârsta optimă pentru participarea copiilor la tratamentul intensiv nu este încă suficient de clară. Cea mai mare parte a studiilor publicate au demonstrat eficacitatea tratamentului efectuat la copiii mai mici de 48 de luni. Un studiu efectuat de Fenske și colaboratorii săi (1989) a comparat evoluția copiilor cu autism care au urmat programul global de tratament începând de la o vârstă mai mică de 60 de luni cu cea a copiilor care au urmat programul la o vârstă mai mare de 60 de luni. Cercetătorii au constatat că 67% din grupul celor cu tratament timpuriu, în raport doar cu 11% din celălalt grup, la care intervenția a fost mai tardivă, au putut să locuiască acasă, cu părinții și să urmeze cursurile la școala publică.

Un alt studiu, realizat de Haris și colaboratorii săi (2000), remarcă faptul că intervenția terapeutică pe baza unui program global la o vârstă mai mică (de circa 46 de luni) este predictivă pentru integrarea copiilor cu autism într-o clasă obișnuită, în timp ce tratarea după vârsta de 54 de luni ar fi predictivă pentru plasarea copiilor într-o clasă specializată. Dar, problema vârstei optime pentru participarea copiilor cu autism la programul global de intervenție timpurie necesită studii mai aprofundate.

În cele mai multe programe globale de tratament destinate copiilor cu autism participă și părinții. Prin aplicarea programului Lovaas de către părinții formatori s-a constatat mai ales optimizarea relațiilor acestora cu copiii, ameliorarea pe termen scurt a limbajului copiilor, o mai bună înțelegere de către părinți a problemelor și nevoilor copiilor cu autism, o scădere a stresului resimțit de părinți.

În intervențiile comportamentale există trei modele de învățare care pot fi identificate: condiționarea simplă, condiționarea operațională și învățarea prin observație.

Relația dintre comportamente și mediul înconjurător este descrisă de principiile condiționării operaționale, care are trei componente :

- Antecedentele - eveniment care s-a întâmplat înainte să apară un anumit comportament și care îi declanșează acestuia acest comportament (purtare) ;
- Comportamentul (purtarea) în sine pe care un individ o are ca răspuns la antecedent ;
- Consecința - consecința pe care respectiva purtare/comportament o declanșează ulterior.

10.4.3.4. Programul DT

Discrete Trial este o metodă de predare primară pentru multe intervenții comportamentale folosite în educarea copiilor cu autism. Deseori este considerată sinonimă cu ABA, dar să reținem că sunt două modalități educative diferite. Copiii cu autism înfruntă numeroase deficite și dificultăți de învățare, iar instruirea prin DT poate compensa aceste dificultăți.

Instrucțiunile date în DT sunt simple, concrete și furnizează clar doar cele mai importante informații, mai ales la început. Odată cu progresul copilului se îmbogățește și limbajul receptiv, iar instrucțiunile pot deveni mai complicate. Deoarece structura instrucției în DT este prea potrivită pentru a se adresa direct deficitelor de cunoaștere socială și de percepție

globală, ele sunt planificate să evite sprijinirea pe aceste deficiențe. Probele individuale pot fi planificate să predea explicit aceste îndemnări deficitare.

DT este un ciclu unic, dar care poate fi repetat de mai multe ori succesiv, de mai multe ori pe zi, câteva zile, până când abilitatea este achiziționată. Are patru părți plus cea opțională :

- *discriminative stimulus (SD)* - *instrucțiunea* sau un semnal din mediu la care profesorul îi cere copilului să răspundă ;
- *prompting stimulus (SP)* - o *sugestie* sau un semnal din partea profesorului pentru a ajuta copilul să răspundă corect (opțional) ;
- *response (R)* - *răspunsul*, este abilitatea sau comportamentul-țintă al instrucțiunii sau o parte din acesta ;
- *reinforcing stimulus (SR)* - *consecința*, este o *recompensă* care să motiveze copilul inițial să răspundă și apoi să răspundă corect ;
- *inter-trial interval (ITI)* - o pauză scurtă între probe consecutive.

Părțile unei ședințe de DT sunt reprezentate simbolic astfel :

SD → R → SR → ITI (SP)

Prima este instrucțiunea profesorului (SD). Dacă el crede că elevul are nevoie de ajutor pentru a răspunde corect, îi va da o mică sugestie, un semnal sau un model pentru a-l ajuta (SP). Apoi, cu ajutor sau fără, copilul dă un răspuns la instrucțiune (R). Dacă răspunde incorect, copilul este corectat și i se dă încă o șansă. Dacă răspunde corect sau aproape corect, profesorul îi dă o recompensă sau un premiu pentru a-l încuraja (SR). După aceasta, profesorul ia o mică pauză înainte de a continua, pentru a lăsa copilul să înțeleagă că au încheiat proba și vor începe alta (ITI) (http://www.autism.ro/revista/Info_autism_2004_Nr3-4).

10.4.3.5. Scenariile sociale

Tabelul 10.3 Aspecte psihopedagogice ale „scenariilor sociale” și ale integrării școlare (după Polly : http://www.autisme-montreal.com/traitement/l/survol_educ.html)

	Scenarii sociale	Integrare
Bazele abordării	Metoda se mai numește <i>istorii sociale</i> . Inițial a fost dezvoltată de Carol Gray, în 1991, pentru a ajuta persoanele cu autism să înțeleagă regulile unui joc, iar apoi pentru a înțelege reguli sociale mai subtile. Metoda „scenariilor sociale” abordează deficitul „teoriei spiritului” (<i>Theory of Mind</i>), adică deficitul abilităților de a înțelege percepțiile sociale ale altuia.	Inițial, această orientare a vizat copiii cu întârziere mentală și cu alte dizabilități decât autismul. Integrarea copiilor cu dizabilități în învățământul de masă este susținută mai ales de teoriile sociologice, de filosofia „normalizării” și de politicile educaționale privind „egalizarea șanselor”.
Obiective	Clarificarea așteptărilor sociale ale persoanelor atinse de o tulburare din spectrul autismului. Discernerea problemelor din perspectiva persoanei cu autism. Redefinirea interpretărilor sociale greșite. Furnizarea unui ghid de conduită și a instrumentelor de gestiune personală pentru situațiile sociale cărora persoanele cu autism vor trebui în cele din urmă să le facă față.	Educarea, pe cât posibil, a indivizilor cu anumite incapacități în clase și medii obișnuite, împreună cu persoanele valide.

<p>Prezentare și aplicații</p>	<p>Scenariile sunt specifice fiecărei persoane și se aplică situațiilor problematice ale fiecăruia. Se utilizează, în general, trei tipuri de fraze: fraze de perspectivă, descriptive și directive. Diferitele tipuri de fraze apar în scenariile sociale cu o anumită frecvență. Scenariile sociale pot fi citite de persoana cu autism sau i se pot citi acesteia de către intervenient. Se fac mai multe lecturi înainte ca situația socială să fie prezentată.</p>	<p>În mod obișnuit, copiii cu autism sunt plasați în medii în care primesc un ajutor individualizat. Curriculumul este modificat (adaptat) pentru a favoriza o învățare bazată pe capacitățile reale ale persoanei cu autism. Planificarea activităților și intervențiile se bazează pe nuanța în echipă. Se poate realiza o integrare selectivă (pe subiect sau clasă), o integrare parțială (zile de integrare, zile de învățământ separat) sau o integrare radicală și completă, fără nici o excepție.</p>	<p>Erori care trebuie evitate</p>	<p>Utilizarea în prea mare măsură a frazelor legate de scopuri ce trebuie atinse în raport cu numărul de fraze având ca trăsătură percepții și descrieri. A începe cu fraze legate de scopuri, cu termeni foarte rigizi (de exemplu, eu fac, eu încerc să fac, mai mult ca etc.) Scrierea unui scenariu foarte elaborat pentru vârsta copilului și/sau pentru nivelul dezvoltării cognitive al acestuia. Utilizarea unui limbaj prea complicat, prea complex. Scenariu insuficient de specific în descrierea situației și în răspunsul comportamental dorit.</p>	<p>Personal cu formare, pregătire și informații insuficiente. Plasarea elevilor într-un cadru sau nivel de stimulări auditive și vizuale foarte intense. Neasigurarea unei susțineri individuale (1 : 1). Plasarea elevului cu autism în activități ce necesită abilități cognitive care depășesc capacitățile sale de înțelegere. Urmărirea integrării forțate atunci când elevul prezintă comportamente perturbatoare frecvente sau/și severe. Punerea accentului pe competențele academice (teoretice) în detrimentul competențelor funcționale (de viață cotidiană). Neoferirea unor posibilități multiple pentru aplicarea abilităților funcționale, pentru generalizarea și utilizarea acestora în alte contexte.</p>
<p>Rezultate raportate</p>	<p>Stabilizarea comportamentului specific unei anumite situații (situației date). Reducerea frustrării și anxietății la persoanele autiste care au înfruntat o situație determinată. Comportamentul se ameliorează pe parcursul unei situații determinate, atunci când scenariul social este aplicat în manieră coerentă.</p>	<p>În unele circumstanțe, unii copii cu autism pot reuși să funcționeze mai bine și să devină mai sociabili în clasele obișnuite sau în medii cu persoane care nu au autism. Este profitabil pentru elevii care se adaptează la nivelul intelectual al colegilor valizi.</p>			
<p>Avantajele abordării</p>	<p>Dezvoltarea specifică a abilităților sociale, atenuându-se deficitul social al persoanelor cu autism. Adaptarea la nevoile specifice și individuale. Timpul și costurile sunt flexibile.</p>	<p>Mai multe posibilități de interacțiune socială și de a urma modele. O mai mare expunere la comunicare verbală. Ocazii pentru alții de a avea o mai bună cunoaștere, înțelegere și o mai bună toleranță pentru diferențe. Mai multe posibilități de a dezvolta o prietenie cu copiii cu dezvoltare tipică.</p>			
<p>Limite ale abordării</p>	<p>Integrarea „automată” sparge spiritul orientărilor și al legilor care o încadrează. Șansele unei integrări reușite încep să se plafoneze la sfârșitul celui de-al treilea an școlar, atunci când sarcinile școlare devin mai abstracte și ritmul mai rapid. Creșterea utilizării unui învățământ bazat pe limbajul verbal îi dezavantajează mult pe elevii cu autism. Dificultățile senzoriale și de tratare a informațiilor tind să nu mai poată fi corijate sau să fie corijate în manieră insuficientă. Sistemul școlar obișnuit nu constituie cu necesitate cel mai bun mediu de învățare pentru copiii cu autism. Se impune o pregătire psihologică și pedagogică specială a profesorilor și a elevilor din clasă pentru a integra un copil autist.</p>	<p>Datele care susțin abordarea sunt mai mult povestiri anecdotice decât empirice. Beneficiile depind de competențele autorului scenariilor, de înțelegerea autismului și de abilitățile de a se plasa în perspectiva unei persoane cu autism.</p>			
<p>Aspecte neurologice</p>	<p>Se adresează deficitelor „teoriei spiritului”, care se consideră a fi de origine neurologică. Se creează un „plan de acțiune”, adică organizându-se mai întâi un răspuns sau încercând să se clarifice confuziile percepției sociale, se intervine asupra problemelor (disfuncțiilor) lobului frontal, mai ales asupra funcțiilor executive.</p>				

Referințe bibliografice

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (ed. a IV-a). Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (ed. a V-a). Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Asperger, H. (1998). *Les psychopathes autistiques pendant l'enfance*. Plessis-Robinson: Institut Synthelabo pour le progrès de la connaissance.

Baron-Cohen, S. (1989). „The autistic child's theory of mind: A case of specific developmental delay”. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(2).

Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H. (1993). *Understanding Other Minds. Perspectives from Autism*. New York: Oxford University Press.

Baron-Cohen, S., Allen, J., Gillberg, C. (1992). „Can autism be detected at 18 months?”. *British Journal of Psychiatry*, 161.

Baron-Cohen, S., Leslie, A., Frith, U. (1985a). *The Autistic Child's Theory of Mind*. Londra: British Psychological Society.

Baron-Cohen, S., Leslie, A., Frith, U. (1985b). „Does the autistic child have a theory of mind?”. *Cognition*, 21.

Barthélémy, C., G. Lelord (1995). *Autisme. Thérapie d'échange et de développement*. Paris, Expansion Scientifique Française.

Carlier, M., Doyen, L.A. (2002). *Génétiq ue et développement cognitif*, disponibil la http://www.thematique.fr/fichiers/t_article/129/article_doc_fr_Carlier.rtf.

Cook, E.R., Tessier, A., Klein, D.M. (2000). *Adapting Early Childhood Curricula for Children in Inclusive Setting*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.

Crisan, C. (2014). *Tulburările din spectrul autist. Diagnoză, evaluare, terapie*. Cluj-Napoca: Editura Eikon.

Dobrescu, I. (2003). *Psihiatria copilului și adolescentului. Ghid practic*. București: Editura Medicală.