Anuarul Universităţii "Petre Andrei" din Iaşi
Fascicula: **Asistenţă Socială, Sociologie, Psihologie**
ISSN: 2248-1079 | ISSN-L: 2248-1079
Covered in INDEX COPERNICUS, IDEEAS. REPEC, SOCIONET, ECONPAPER, CEEOL

2018, Issue 21, pages: 88-100 | doi: https://doi.org/10.18662/upasw/16

The Case Management of Recovery and School In-tegration of a Child Di-agnosed with Autistic Spectrum Disorder – Case Study

[The case management of recovery and school integration of a child diagnosed with autistic spectrum – Case Study]

Ramona PURA [1]

[1] Doctoral student in Sociology, Faculty of Sociology and Social Work, Babeş-Bolyai University, 7-9 University Street, Cluj Napoca, Romania, Phone +40 264 405300, E-mail: pura.ramona@gmail.com

Abstract: In the context of increasing recongnition and diagnosis of developmental disorders in children within mainstream schools, there appears a pressing need to develop multidisciplinary approaches in intervention to meet the needs of a large client group. Using social work case management in recovery and school integration of children with developmental disorders, helps maximize the effects of different types of therapies which addresses this pathology. The case study in this article presents a structured intervention model in the case management of a child diagnosed with mild autistic spectrum disorder and a working model for a multidisciplinary approach in recovery and school integration.

Keywords: *autistic spectrum disorder; case management; school integration; intervention; multidisciplinary approach.*

How to cite: Pura, R. (2018). The case management of recovery and school integration of a child diagnosed with autistic spectrum disorder – Case study. *Anuarul Universitatii "Petre Andrei" din Iasi, Fascicula: Asistenta Sociala, Sociologie, Psihologie, 21,* 88-100. https://doi.org/10.18662/upasw/16

Introducere

În anul 2013, American Psychiatric Association (APA) a elaborat cea de-a cincea ediţie a Manualului de diagnostic şi statistică a tulburărilor mentale (DSM V), care în prezent reprezintă standardul de referinţă în diagnosticarea şi tratamentul tulburărilor mentale şi a celor de dezvoltare, inclusiv tulburarea de spectru autist (TSA). Tulburările de dezvoltare reprezintă o categorie de probleme ale sănătăţii mentale în care se manifestă dificultăţi sau întârzieri în achiziţiile timpurii de dezvoltare precum limbaj, comunicare, socializare, achiziţii cognitive sau achiziţii motorii. Cauzele întârzierilor care pot apărea în dezvoltare includ: afecţiunile ereditare, retardul mintal, afectarea neurologică, tulburările de spectru autist, bolile degenerative, tulburările de auz sau văz, dar şi factorii de mediu, cum ar fi privarea copilului de un mediu corespunzător unei dezvoltări psiho-somatice armonioase (DSM V, 2013).

În ceea ce priveşte TSA, Centrul pentru controlul şi prevenirea bolilor (CDC) atrage atenţia cu privire la prevalenţa cazurilor de copii diagnosticaţi cu această tulburare. Noile estimări arată că tulburarea apare la 1 din 59 copii, ceea ce ridică noi provocări la nivelul mai multor sisteme: medical, educaţional, de asistenţă socială şi protecţie socială (Baio, Wiggins, Christensen et al, 2018).

Terapia şi intervenţiile timpurii sunt vitale în aceste cazuri şi necesită un diagnostic precoce. În ciuda existenţei unor variate metode de terapie pentru TSA, nici una dintre acestea nu produce singură un efect specific şi durabil. Ţinta tratamentului este să faciliteze dezvoltarea funcţională a limbajului, să reducă problemele comportamentale (fixaţii, comportamente repetitive şi stereotipe, agresivitate, hiperactivitate) şi să determine dezvoltarea unor abilităţi şi aptitudini care să permită funcţionarea independentă a individului (Guralnick, 2000). Pe lângă *diagnosticarea timpurie*, o componentă importantă în tratamentul, recuperarea şi integrarea copilului cu TSA este o *evaluare riguroasă şi exhaustivă*, realizată de o *echipa multidisciplinară*. Deşi se consideră că nu există tratament pentru acest tip de tulburări, este recunoscut faptul că intervenţia timpurie, individualizată şi adecvată, are un impact foarte bun asupra recuperării şi integrării școlare și sociale a copilului cu TSA (Myers, Johnson, 2007).

Managementul de caz în recuperarea şi integrarea copiilor cu tulburări de dezvoltare solicită intervenţia unei echipe multidisciplinare care aduce împreună părinţi, terapeuţi din diferite specializări, psihologi, cadre didactice şi specialişti din domeniul medical. Scopul terapiei este de a ajuta copiii să dobândească abilităţi funcţionale necesare integrării educaționale şi sociale,

să minimizeze efectele comorbidităţilor asociate tulburării şi să modifice sau să elimine acele comportamente considerate a fi nefuncţionale sau disruptive. În cazul copiilor diagnosticaţi cu TSA, abordarea terapeutică a fiecărui specialist trebuie integrată într-un plan general de intervenţie. Implicarea părinţilor şi a familiei în procesul de recuperare este o variabilă critică în atingerea obiectivelor intervenţiei, deoarece fiecare tip de terapie presupune în primul rând alocarea de resurse şi exersarea permanentă a abilităţilor pe care copilul le învaţă în procesul terapeutic; numai în acest fel se asigură generalizarea şi interiorizarea abilităţilor, care să genereze ulterior comportamente adecvate şi funcţionale (Guralnick, 2000).

Studiul de caz prezentat în continuare, propune un model de lucru în ceea ce priveşte managementul de caz în recuperarea şi integrarea unui copil diagnosticat timpuriu cu TSA – afectare uşoară. Acest model arată atât importanţa abordării multidisciplinare, cât şi contribuţia asistentului social în stabilirea cadrului intervenţiei, în monitorizarea şi adaptarea planului de intervenţie, precum şi rolul cheie al acestuia în sincronizarea intervenţiilor terapeutice de specialitate. Managerul de caz poate aborda multiple perspective în ceea ce priveşte soluţionarea cazului, poate colabora cu serviciile şi resursele locale existente şi, de asemenea, poate implica şi societatea civilă în acest proces. Totodată, managerul de caz se asigură că deciziile sunt luate în interesul superior al copilului, cazul este gestionat în conformitate cu procedurile stabilite şi, de asemenea, facilitează coordonarea tuturor profesioniştilor implicaţi (Runcan, 2013).

1. Informaţii descriptive

În vederea păstrării confidenţialităţii beneficiarului, datele de identificare au fost modificate.

Copilul s-a născut la termen, în urma unei sarcini normale din punct de vedere evolutiv, la naştere primind un scor APGAR 10. Încă de la vârsta de 1 an, părinţii fetiţei au observat că dezvoltarea ei nu era una specifică vârstei cronologice: nu răspundea întodeauna atunci când era strigată, dacă îşi dorea ceva nu arăta spre acel lucru, ci lua pe unul dintre părinţi şi îi ducea înspre acel obiect sau lua mâna unuia dintre părinţi şi o împingea către obiectul dorit. Uneori, se juca în mod repetitiv cu aceeaşi jucărie sau se angaja în comportamente repetitive (deschidea şi închidea uşile, învârtea roţile maşinuţelor de jucărie). Totodată, limbajul nu părea să fie potrivit în anumite situaţii de comunicare.

Pentru a investiga această situaţie, părinţii s-au adresat medicului de familie, însă acesta i-a asigurat ca nu există motive de îngrijorare referitor la

dezvoltarea fetiţei. Ulterior, la vârsta de 2 ani, părinţii au decis să se adreseze unui psiholog pentru a i se întocmi fetiţei un raport de evaluare psihologică și pentru a determina cu exactitate nivelul de achiziţii dobândit pe toate ariile de dezvoltare: cognitiv, limbaj, socio-emoţional şi motor. În urma evaluării, raportul psihologului a stabilit ca fetiţa prezenta o întârziere în dezvoltarea globală, precum şi elemente specifice TSA. Pe ariile de dezvoltare neuromotorii, grila de evaluare a relevat urmatoarele întârzieri şi dificultăţi:

- *Grila comportamentală*

Contact vizual: inconstant, atât în joc, cât şi în alte tipuri de abordare frontală.
Răspuns la nume: constant, foloseşte orientarea vizuală.
Pointing: nu utilizează pointing proximal şi/sau distal.
Jocul, explorarea şi manipularea obiectelor: nu prezintă joc simbolic, însa nivelul de cooperare şi colaborare în cadrul jocului este bun.
Răspuns la zgomote: reactivitate atipică ce generează crize de afect cu autoreglare emoţională scăzută.
Fără stereotipii motorii sau verbale, însă prezintă stereotipii oculare (privire periferică).
Fixaţii: retragerea unui obiect generează crize de afect.
Imitaţie: imită mişcări complexe imitativ şi la cerere.

- *Limbaj*

Limbaj receptiv: înţelegerea limbajului este uşor afectată. Înţelege etichete verbale ale obiectelor şi urmează cerinţe simple.
Limbaj expresiv: nu foloseşte propoziţii formate din două sau trei cuvinte, însă exprimă cuvinte pe care nu le foloseşte întotdeauna în mod funcţional. În exprimare, foloseşte persoana a III-a pentru a face referire la ea (ex: Sofia apa, Sofia biscuiţi).
Comunicare nonverbală: uneori utilizează gesturi pentru a îşi face cunoscute intenţiile.

- *Grilă socio-emoţională*

Ataşament: discriminativ cu mama şi tata. Nu este afectată de absenţa parinţilor, însă este conştientă că părinţii o aşteaptă. Se bucură de interacţiune cu adultul, dar iniţierile sunt mai des din partea adultului.
Emoţii: identifică şi reacţionează la câteva emoţii primare, însă nu identifică emoţii secundare (ruşine, mirare, confuzie).
Relaţii sociale: se bucură de prezenţa altor copii, dar necesită suport susţinut în interacţiunea cu aceştia. Aşteaptă feed-back din partea adultului, reacţionând la întăriri verbale.

Toleranţă la frustrare: medie.

- *Grilă cognitivă*:

Sofia prezintă dezvoltare cognitivă la nivelul vârstei de 2 ani. Scanează imaginile, face asocieri, se orientează perceptiv după forme şi culori, realizează construcţii din cuburi, realizează activităţi de tip puzzle, orientându-se prin sistemul de încercare-eroare.

- *Motor*

Autonomie: medie.

Conştienţa poziţiei corpului în spaţiu: nu îşi conştientizează întotdeauna poziţia propriului corp în spaţiu, lovindu-se de diferite obiecte din mediul înconjurător. Din acest motiv, este prezent deficitul atenţional si agitaţia psihomotorie.

Aşadar, la nivel global, Sofia prezintă întârzieri în dezvoltarea limbajului, în dezvoltarea socio-emoţională şi în achiziţiile motrice. Existenţa unei dezvoltări cognitive optime, predispune la o recuperare bună a întârzierilor prezente în celelalte arii. Se recomandă intervenţie psihologică axată pe recuperarea deficitelor. Totodată, se recomandă intervenţie terapeutică specifică recuperării motorii.

2. Informaţii despre trimiterea către serviciile de asistenţă socială şi de management de caz

Întru-cât în acest caz intervenţia presupune implicarea mai multor specialişti, familia fetiţei a fost îndrumată către serviciile unui profesionist cu competenţe în managementul de caz, în aşa fel încât întreg demersul să fie monitorizat, adaptat şi ajustat în funcţie de evoluţia copilului şi de resursele de care familia dispune la un anumit moment. În acest context, la solicitarea părinţilor Sofiei, cazul a fost preluat de către un cabinet privat de asistenţa socială, cu competenţe în managementul de caz al recuperării şi integrării şcolare a copiilor diagnosticaţi cu tulburare de spectru autist (TSA) şi alte tulburări de dezvoltare.

3. Evaluarea iniţială

Familia Sofiei s-a prezentat la cabinetul asistentului social la o lună de la evaluarea psihologică prezentată anterior. Parinţii nu ştiau exact care ar trebui sa fie demersul terapeutic şi intervenţional în cazul fetiţei lor, precum şi dacă integrarea acesteia într-o instituţie preşcolară ar fi benefică. Totodată, nu ştiau dacă diagnosticul pe care psihologul îl stabilise în urma raportului ar trebui abordat şi din punct de vedere medical de către un specialist în

neuropsihiatrie infantilă, precum şi dacă se impune încadrarea într-un grad de dizabilitate. Pe de altă parte, familia nu ştia ce resurse vor trebui alocate demersului terapeutic şi pe ce durată de timp.

Pe baza concluziilor raportului psihologic, managerul de caz a direcţionat clientul către evaluări specifice, respectiv către următorii specialişti de care ar fi nevoie ulterior pentru intervenţia si recuperarea copilului cu TSA: medic psihiatrie infantilă, medic neurologie infantilă, kinetoterapeut, logoped. În urma evaluării multidisciplinare, s-au reliefat următoarele rezultate şi direcţii de acţiune:

3.1 Evaluarea şi recomandările formulate de specialiştii implicaţi în recuperarea copilului cu TSA

Evaluarea psihiatrică: medicul specialist a confirmat diagnosticul de tulburare uşoară de spectru autist, cu întârziere în dezvoltarea globală. Au fost prescrise câteva medicamente cu rol de suport a funcţiei cerebrale şi a recomandat începerea imediată a intervenţiei psihoterapeutice, precum şi evaluare şi intervenţie kinetoterapeutică.

Evaluarea neurologică: medicul neurolog pediatru nu a constatat deficienţe şi anomalii de dezvoltare din punct de vedere neurologic. A constatat o uşoară hipotonie la nivel muscular, dar care nu impune un diagnostic medical. Nu a fost prescrisă medicaţie.

Evaluarea motorie punctează deficienţe uşoare şi medii, atât în ceea ce priveşte motricitatea fină, cât şi motricitatea grosieră. Specific, dificultăţile sunt identificate astfel: musculatură hipotonă, coordonare deficitară a mişcărilor, probleme ale sistemului proprioceptiv, probleme ale sistemului vestibular. Se recomandă intervenţie kinetoterapeutică cu o frecvenţă de două ori pe saptămână pentru: tonifierea musculaturii, îmbunătăţirea mobilităţii şi a coordonării mişcărilor, educarea echilibrului static şi dinamic, organizarea şi orientarea spaţio-temporală, conşientizarea corectă a schemei corporale şi dezvoltarea motricităţii fine şi grosiere.

Evaluarea logopedică relevă un limbaj preponderent ecolalic, necorespunzător şi nefuncţional pentru vârsta cronologică a copilului, cu dificultăţi atât în ceea ce priveşte limbajul receptiv (la nivel de înţelegere) cât şi la nivel expresiv (la nivel de exprimare, de reproducere a cuvintelor). În consecinţă, se recomană intervenţie logopedică cu o frecvenţă săptămânală pentru: a dezvolta şi îmbunătăţi comunicarea verbală şi nonverbală, a dezvolta abilităţi conversaţionale şi pentru a învăţa şi utiliza funcţia auto-reglatorie a limbajului.

3.2 Evaluarea familiei clientului
Componenţa familiei (vârsta, profesia/ocupaţia).
Tatăl: 35 ani, antreprenor
Mama: 34 ani, profesor-educator şi antreprenor
Copii: Sofia, 2 ani
Bunica maternă: 69 ani, pensioner

În ceea ce priveşte situaţia socio-economică a familiei, aceasta are o situaţie materială bună, peste medie. Părinţii sunt foarte preocupaţi de bunăstarea copilului şi a întregii familii. Atât mama cât şi tatăl au absolvit forme de învătământ superior şi îşi doresc să realizeze performanţe profesionale în ariile în care îşi desfăşoară activitatea. Părinţii deţin împreună şi o mică afacere de familie, care le suplimentează venitul lunar. Bunica maternă locuieşte împreună cu cei doi soţi, oferindu-le ajutor la treburile casnice, precum şi la creşterea şi îngrijirea Sofiei.

Familia are formulate obiective pe termen mediu şi lung: doresc să îşi schimbe locuinţa pentru a beneficia de un spaţiu mai generos, tatăl şi-a propus ca în următorii ani să încerce să dezvolte mai mult afacerea de familie, iar mama îşi doreşte să urmeze cursurile unui program de master. Datorită faptului că situaţia materială este una bună şi nevoile zilnice le sunt asigurate, părinţii reuşesc să aibă acces la unele modalităţi de petrecere a timpului liber sau la activităţi de dezvoltare personală şi profesională.

Sistemul de putere în cadrul familiei (rolurile, regulile, alianţele) - ambii parinţi, împreună cu bunica maternă, asigură venitul global al familiei. Datorită faptului că mama şi tatăl Sofiei au locuri de muncă solicitante din perspectiva timpului petrecut la locul de muncă (mai mult de 8 ore pe zi din intervalul luni-vineri a săptămânii), în cea mai mare parte a timpului bunica maternă are grijă de Sofia. Chiar dacă bunica are grijă de fetiţă, regulile privind creşterea şi educaţia le stabileşte mama acesteia. Principalele activităţi ale parinţilor sunt cele legate de profesie şi ocupaţie, dar atunci când Sofia se îmbolnăveşte, mama îşi restrânge activitatea în acea perioadă sau chiar îşi ia concediu medical pentru a o îngriji. Bunicii paterni locuiesc într-un oraş aflat la o distanţă mare de familia tânără, dar se vizitează de câteva ori pe an.

Întreaga familie locuieşte într-un apartament, iar cu vecinii din bloc au o relaţie bună; familia este percepută ca una de încredere, de oameni harnici. Părinţii însă nu discuta cu vecinii sau alte persoane despre problemele de sănătate ale Sofiei, deoarece le este teamă că aceasta ar putea fi marginalizată de către alţi copii.

Grupul de prieteni - în blocul unde locuieşte Sofia, mai locuiesc şi alţi copii de vârstă apropiată. Există momente în care Sofia încearcă să iniţieze interacţiuni cu ei, dar de cele mai multe ori nu reuşeşte sa susţină această interacţiune. Din acest motiv, uneori se frustrează şi manifestă crize de afect, alteori se retrage şi se joacă singură.

Focalizarea atenţiei în asistenţa socială centrată pe familie este asupra unităţii familiale, a asigurării siguranţei şi bunăstării membrilor acesteia. Se pune accent pe capacitatea şi potenţialul de autoîngrijire al familiilor, pe implicarea acestora în luarea deciziilor, stabilirea scopurilor şi planificarea serviciilor. De asemenea, familiile sunt puse în legatură cu resurse de sprijin şi servicii individualizate şi comprehensive, disponibile în propriile lor comunităţi (Neamţu & Toma, 2010). Investigarea şi evaluarea în procesul de asistenţă socială reprezintă o etapă importantă în soluţionarea cazului beneficiarului. Realizarea unei intervenţii reuşite se află în dependenţă directă de informaţiile obţinute în faza de evaluare. Atât în evaluare, cât şi în intervenţie a fost utilizat un set de tehnici şi instrumente specific metodelor de asistenţă socială în munca cu individul, familia şi grupul. Toate acestea sunt prezentate sintetic in tabelul nr.1.

Tabelul 1. *Metodele, tehnicile şi instrumentele utilizate în evaluare şi intervenţie*

	Evaluarea nevoilor şi colectarea de date	*Intervenţie*
Metode	Interviul Observaţia Vizita la domiciliu	Strategii centrate pe sarcină Metoda casework
Tehnici	Brainstormingul Discuţia dirijată Clarificarea Ascultarea activă	Clarificarea şi delimitarea problemelor Planificarea sarcinilor Tehnici de clarificare: ventilare, confruntare, discuţia logică, reformularea. Tehnici de susţinere: asigurarea, medierea relaţiilor, construirea reţelelor de sprijin. Tehnici de ghidare şi orientare: informarea, educarea, consilierea, monitorizarea/controlul.
Instrumente	Genograma familiei	Fişe de evaluare şi monitorizare

	Ecoharta familiei Ghid de interviu Grila de observaţie Scala resurselor familiale Harta reţelei sociale Scala de sprijin familial	Analiza SWOT a procesului terapeutic. Fişa avantajelor şi dezavantajelor

4. Planul de intervenție

În urma analizei tuturor tipurilor de evaluări realizate de către toți specialiștii implicați, a fost stabilit un plan de intervenție cu un contract pe o durata de 2 ani. Fiecare specialist va porni de la nivelul de dezvoltare al copilului şi va urmări introducerea în planul terapeutic de activități și direcții de acțiune menite să susțină recuperarea întârzierilor identificate în ariile de dezvoltare şi însuşirea de noi abilităţi. Sofia va fi reevaluată după fiecare 6 luni de la începerea intervenţiei, pentru a se asigura maximizarea eficacității în ceea ce priveşte demersul de intervenție, precum şi ajustarea acestuia în funcție de progresul sau regresul înregistrat.

Problemele identificate: întarzieri în dezvoltarea globală, preponderent în ceea ce priveşte nivelul socio-emoţional, comportamental şi motric; prezența elementelor specifice tulburării de spectru autist, care întrunesc condiţiile de diagnostic pentru tulburare uşoară de dezvoltare; lipsa reţelelor sociale de sprijin pentru părinții copilului; suprasolicitarea părinților: într-o mare măsură, aceştia vor fi implicaţi în întreg procesul de intervenție prin asigurarea resurselor necesare (materiale, financiare și de timp).

Rolurile asistentului social în managementul de caz:

- Mediator și coordonator între diverşi specialişti implicaţi în recuperarea şi integrarea copilului cu TSA;
- Consilierea şi informarea familiei referitor la toate implicaţiile pe termen scurt şi lung a tulburării de dezvoltare;
- Facilitator și broker pentru accesul la diferite servicii necesare în procesul de intervenție;
- Promovare și advocacy de caz în integrarea copilului în sistemul de educație.

Obiectivele de proces și *sarcinile* asistentului social în managementul de caz:

- Stabilirea intervalelor de intervenţie terapeutică şi a momentelor necesare reevaluărilor;
- Realizarea de întâlniri periodice cu specialiştii implicaţi în intervenţie;
- Realizarea de întâlniri periodice cu parinţii fetiţei;
- Identificarea instituţiilor şi a formelor de învăţământ preşcolar unde Sofia să fie înscrisă şi să frecventeze grădiniţa;
- Stabilirea de întâlniri cu personalul didactic din cadrul grădiniţei;
- Întocmirea reevaluărilor periodice şi adaptarea intervenţiei în funcţie de noile rezultate;
- Identificarea reţelelor de suport social pentru familia copilului.

5. Intervenţia propriu-zisă

În intervenţie au fost utilizate metode, tehnici şi intrumente specifice metodei centrării pe sarcină şi casework-ului, urmărind adaptarea clientului la situaţie şi rezolvarea problemelor rezultate din interacţiunea persoană-situaţie.

Faza de întâlnire a reprezentat prima interacţiune dintre asistentul social şi familia Sofiei. Această primă întâlnire s-a realizat la iniţiativa clientului, ca urmare a îndrumării din partea psihologului către serviciul de asistenţa socială şi management de caz.

Faza studiului psihosocial a avut ca scop cunoaşterea situaţiei copilului, a familiei şi a familiei extinse, a situaţiei-problemă şi a interacţiunii dintre acestea. Prin intermediul metodelor şi tehnicilor de investigare şi culegere a datelor, s-a realizat evaluarea situaţiei familiale, materiale şi de habitat, s-au identificat factorii bio-psihosociali, au fost stabilite resursele şi limitele clientului.

Faza diagnosticului psihosocial - în această fază a intervenţiei s-a urmărit sintetizarea şi interpretarea informaţiilor culese în faza de studiu pentru a formula obiectivele intervenţiei şi pentru a determina mijloacele adecvate pentru soluţionarea lor. În faza de diagnostic a fost formulată şi ipoteza de lucru: *recuperarea întârzierilor de dezvoltare ale Sofiei şi integrarea acesteia într-o formă de învăţământ preşcolar de masă.*

Elaborarea planului de intervenţie – în această etapă, asistentul social s-a bazat pe toate informaţiile cuprinse în raportul de diagnostic şi a operaţionalizat intervenţia în etape, obiective şi mijloace necesare realizării acesteia. S-a eşalonat procesul în etape planificate pe segmente temporale (reevaluarea Sofiei la 6 luni) şi s-au identificat resursele necesare realizării intervenţiei.

Faza de aplicare a planului în practică - s-au derulat acţiunile planificate, iar procesul de intervenţie a fost regândit şi ajustat în funcţie de reevaluările periodice ale fetiţei.

6. **Evaluarea rezultatelor intervenţiei**

După 6 luni de la începutul relaţiei de asistare, Sofia a înregistrat progrese semnificative în aria de dezvoltare a limbajului. În consecinţă, în cea de a doua perioadă a intervenţiei (următoarele 6 luni) s-a stabilit ca terapia logopedică să aibă loc o dată la două săptămâni. După primele 6 luni de kinetoterapie, Sofia a înregistrat progrese bune în ceea ce priveşte motricitatea fină, însă s-a decis suplimentarea activităţilor prin înscrierea la un curs de înot, cu scopul de a îmbunătăţi progresul în aria dezvoltării motricităţii grosiere. În ceea ce priveşte intervenţia psihologică, aceasta se va derula cu aceeaşi frecvenţă – de două ori pe săptămână, progresele fiind cele preconizate de către specialist.

După 1 an de la începutul relaţiei de asistare, progresele în dezvoltarea limbajului rămân constante şi se stabileşte continuarea terapiei logopedice de două ori pe lună. Referitor la dezvoltarea motrică, progresele sunt mai lente, comparativ cu celelalte arii de dezvoltare; se continuă kinetoterapia şi cursul de înot cu aceeaşi frecvenţă ca şi până acum. Psihologul confirmă că în ceea ce priveşte dezvoltarea socio-emoţională, progresele sunt cele aşteptate şi recomandă continuarea terapiei de două ori pe săptămână.

Între timp, Sofia a fost înscrisă în grupa mică a unei gradiniţe de normale, unde educatoarea a fost informată despre situaţia fetiţei. Managerul de caz primeste săptămânal feedback de la educatoare referitor la comportamentul şi integrarea fetiţei în grădiniţă.

După 1 an şi 6 luni de la începutul relaţiei de asistare. La acest moment, limbajul este dezvoltat conform vârstei de 3,5 ani (vârsta cronologică a Sofiei). Specialistul în logopedie recomandă întreruperea intervenţiei. Din perspectivă motorie: deficienţele în ceea ce priveşte motricitatea fină au fost recuperate, însă motricitarea grosieră nu este încă la nivelul vârstei de 3,5 ani. Kinetoterapeutul recomadă continuarea terapiei şi a cursului de înot, însă aduce în atenţia managerului de caz şi a părinţilor, tulburările senzoriale pe care Sofia le manifestă (reactivitate crescută la anumite zgomote, sensibilităţi la nivel tactil prin evitarea anumitor texturi). Flexibilitatea şi abilităţile de interacţiune socială Sofiei s-au îmbunătăţit, însă toleranţa la frustrare este încă destul de scăzută şi comunicarea cu cei din jur este încă idiosincratică.

Educatoarea de la grădiniţă caracterizează comportamentul fetiţei în grupă astfel: îşi realizează cu succes sarcinile cognitive, uneori se implică în

jocul colegilor, dar nu reuşeşte să facă întotdeauna referenţiere socială adecvată, uneori are tendinţe de retragere în joc repetitiv. În acest context, psihologul va merge o dată pe săptamână în grupa Sofiei pentru a îi oferi sprijin în interacţiunea cu colegii şi pentru a face transferul de abilităţi de comunicare învăţate în terapie.

După 2 ani de la începutul relaţiei de asistare, în aria de dezvoltare motorie, Sofia a înregistrat progrese bune: motricitatea fină este corespunzatoare vârstei de 4 ani (foloseşte uneltele de scris, modelează, colorează, lipeşte), însă dificultăţile în motricitatea grosieră şi cele senzoriale sunt încă prezente. Managerul de caz recomandă continuarea kinetoterapiei şi a terapiei de integrare senzorială o dată pe săptămână. Cursul de înot a fost întrerupt datorită unor probleme de sănătate la nivelul aparatului urinar apărute în urmă cu o lună.

Limbajul este dezvoltat corespunzător vârstei de 4 ani, iar în ceea ce priveşte dezvoltarea socio-emoţională, Sofia reuşeşte să interacţioneze cu copiii de la gradiniţă şi cu alţi copii de aceeasi vârstă cu mai mare uşurinţă; abilităţile de comunicare s-au îmbunătăţit în mod considerabil. În cadrul activităţilor din grupă, comportamentul ei este adecvat, nu mai apar crizele de afect. Totuşi, se pastrează o toleranţă medie la frustrare, o rigiditate în a accepta activităţi noi sau moduri diferite de realizare a activităţilor. Se recomandă continuarea intervenţiei psihologice de două ori pe săptămână şi prezenţa în grădiniţă a psihologului o dată pe săptămână pentru a asigura transferul şi generalizarea abilităţilor învăţate în cadrul terapiei.

7. Concluzii şi discuţii

În România nu există statistici oficiale destinate elevilor cu TSA, dar se estimează că numărul elevilor (copii şi tineri de vârstă şcolară) cu cerinţe educaţionale speciale (CES) este de 3 - 4 ori mai mare decât al celor aflaţi în prezent în sistemul de învăţământ special sau în instituţii şcolare de masă. Strategia naţională evidenţiază modalităţile de asigurare a dreptului la educaţie, la acces şi participare şcolară a persoanelor cu CES, la nivel de egalitate cu ceilalţi elevi şi studenţi, în baza principiilor fundamentale înscrise în Constituţia României, în legislaţia europeană şi românească (Asociaţia Autism Europa, 2018).

Este recunoscut faptul că intervenţia timpurie şi integrarea în sistemul şcolar a copiilor diagnosticaţi cu TSA sau alte tulburări de dezvoltare, sporeşte şansele acestora la o viaţă de adult independentă şi funcţională. Pentru ca acest lucru să fie posibil, este nevoie ca specialiştii implicaţi să îşi sincronizeze intervenţiile în aşa fel încât abilităţile şi

comportamentele însuşite de copilul cu TSA să aibă un caracter permanent si transformator care să îl ajute ulterior să devină un adult funcţional şi integrat din punct de vedere socio-economic.

Bibliografie

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Asociaţia Autism Europa. (2018). *Studiu privind promovarea educării şi a participării tuturor copiilor la învățământul de masă. Indicele incluziunii şcolare în Municipiul Bistriţa.* Retrieved from: https://www.centruldeautism.ro/15-01-2019-indice-de-incluziune-a-copiilor-cu-cerinte-educative-speciale/

Baio, J, Wiggins, L., Christensen, DL., Maenner, MJ., Daniels, J., Warren, Z., Kurzius-Spencer, Z., Zahorodny, W., Robinson, C., White, T., Durkins, MS., Imm, P., Nikolaou, L., Yeargin-Allsopp, M., Lee, LC., Harrington, R., Lopez, M., Fitzgerald, RT., Hewitt, A., Pettygrove, S., Constantino, JN., Vehorn, A., Shenouda, J., Hall-Lande, J., Vaan Naarden Braun, K., Dowling, NF. (2018) *Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. MMWR Surveill Summ 2018*, 67(No.SS-6):1–23. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1External.

Guralnick, MJ. (2000). *Interdisciplinary Clinical Assessment of Young Children with Developmental Disabilities*. Baltimore MD: Paul H. Brookes Publishing Compan, pp. 3-15.

Neamțu, N., & Toma, M. (2010). Asistența sociala centrată pe familie, în Buzducea D., (coord.). *Asistența Socială a Grupurilor de Risc*. Iaşi: Editura Polirom, pp. 115-140.

Myers, S. & Johnson, C. (2007). Management of children with autism spectrum disorders, in *Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics-volume 120*. Illinois: American Academy of Pediatrics. Retrieved from: https://pediatrics.aappublications.org/content/120/5/1162

Runcan, P. (2013). *Case Management in Social Work*. Bucureşti: Editura Didactică şi Pedagogică, pp. 10-12.