

## **Metoda Mifne Terapie pentru copilul autist si familia sa**

**Psiholog clinician specialist  
Sinziana Burcea  
Fundatia Univers Plus Piatra Neamt**

*Să fii autist nu înseamnă să fii neuman. Însă înseamnă să fii un străin. Înseamnă că ceea ce este normal pentru mine, nu este normal pentru alți oameni. Sub anumite aspecte, eu sînt foarte prost echipat pentru a putea supraviețui în această lume, precum un extraterestru eșuat fără un manual de orientare... Acordați-mi demnitatea de mă cunoaște în termenii mei- recunoașteți faptul că sîntem în mod egal străini unii față de ceilalți, că felul meu de a fi nu este doar o versiune defectă a felului vostru de a fi. Suspendați pentru o clipă propriile voastre prezumții. Definiți-vă propriii termeni. Lucrați cu mine pentru a construi punți între noi.*

*Jim Sinclair (1992)*  
persoană cu autism

*Copilăria mea seamănă cu un coșmar. Un geam de sticlă mă separa de mama. Vorbeam, plîngeam, loveam, strigam din spatele geamului. Nu o puteam atinge. Acolo unde aș fi vrut să o ating, să o întîlnesc era vidul.*

*Sophie*  
copil cu autism

### **1. Argument**

M-am confruntat prima data cu autismul în anul 2001. Se numea Mircea. Nu ma privea. Ochii lui rămneau deschiși și privirea lui nu se oprea nicăieri. Nu surâdea. Era atât de centrat pe sine încât, credea că și-a greșit destinația. Evidențele arătau că era un copil pierdut, nu reacționa la fel ca ceilalți copii. L-am observat o bună bucată de vreme, era tot ceea ce putem să fac pentru el în acel moment. Orice încercam sa fac cu el era din start sortit eșecului. Simțeam o mare durere în suflet ca nu pot să-l ajut cu nimic ... Și acel sentiment de neputință m-a determinat să cercetez, să adun informații, să studiez...

În activitatea mea de terapeut, am întâlnit mulți copii autiști. Dorința lor de a trăi este permanent zdrobită de o teamă colosală de a exista., ceva ca și cum “dacă exist mor”. Existența constituie pentru ei cel mai mare risc și în același timp cea mai mare dorință a lor.

Diversele metode pe care le-am încercat în terapia copilului autist vreme de 5 ani au dat rezultate în special în plan cognitiv, dar simțeam că lipsește ceva și acel ceva era motivația copilului autist de a avea inițiativă, de a experimenta situații noi de viață, de a colabora și de a se implica mai mult în activități ludice.

În anul 2006 am găsit ceea ce căutam, un seminar la Predeal, apoi un stagiu de pregătire în Israel, ce avea să-mi schimbe complet modul de a gândi despre viața și terapia copilului autist și a familiei acestuia- Metoda Mifne.

## **2. Autismul în câteva cuvinte**

Autismul este o tulburare de dezvoltare de origine neurobiologică și este considerată drept una dintre cele mai severe tulburări neuropsihiatrice ale copilăriei. Autismul este tulburarea ‘centrală’ din cadrul unui întreg spectru de tulburări de dezvoltare, cunoscut sub numele de spectrul tulburărilor autismului/autiste (‘autism/ autistic spectrum disorders’) sau de tulburări pervazive de dezvoltare (pervasive developmental disorders), termenul “oficial” folosit în sistemele internaționale de clasificare (Diagnostic and Statistic Manual, DSM IV; International Classification of Diseases-ICD 10). Aceste tulburări prezintă o largă varietate de manifestări clinice, presupuse a fi rezultatul unor disfuncționalități de dezvoltare multifactoriale ale sistemului nervos central sau genetice. Cauzele specifice sînt încă necunoscute.

Autismul este un handicap psihic care franează dezvoltarea. Copilul devine cu greu autonom. Șchioapătă din punct de vedere afectiv: ori are prea multe emoții ori nu are destule. Inteligența nu este atinsă, doar că nu se poate servi de ea din cauza închiderii sale față de lumea exterioară. Poate deveni competent în domeniile în care este dotat. Crește în mod dizarmonic, unele sectoare ale personalității sale rămânând foarte puțin dezvoltate, în timp ce altele depășesc adesea normalul. Se poate spune că păstrează aproape toată viața o anumită fragilitate a caracterului și că are nevoie să fie susținut de un mediu care să-l înțeleagă și să-l accepte.

### **2.1 Caracteristicile tulburărilor din spectrul autismului**

Descrierea tulburărilor din cadrul spectrului autismului se face la trei nivele: biologic (creierul), psihologic (psihicul) și comportamental. Nu s-au descoperit încă factorii biologici specifici care ar provoca apariția autismului, deși cercetările din ultimii ani au relevat existența

anomaliilor și disfuncționalităților în diverse regiuni și sisteme ale creierului, diferențe structurale, funcționale sau chimice.

Printre teoriile cognitive care încearcă să explice autismul și variabilitatea comportamentului persoanelor cu autism, cele mai cunoscute sunt: teoria minții/ “Theory of mind” ( Baron-Cohen, Leslie și Frith, 1985), teoria slabei coerențe centrale/ “weak central coherence theory” (Frith, 1989) și teoria deficitului executiv/ “executive functioning” (Ozonoff s.a., 1991, 1995).

În timp ce teoriile de la primele două nivele sînt încă la nivel de ipoteze (deși rezultatele cercetărilor privind implicarea anumitor gene în apariția autismului certifică responsabilitatea factorilor genetici pentru apariția tulburărilor), există un consens general în ceea ce privește simptomele pe baza cărora se face clasificarea tulburărilor din spectrul autismului. Astfel, descrierea comportamentală în cadrul celor două principale sisteme de clasificare, “Clasificarea Internațională a Bolilor” (1977, 1992) și “Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale” (1980, 1987, 1994) este aproape identică și are la bază “triada de deteriorări”/ “triad of impairments” formulată de Lorna Wing (1993) : deteriorări / tulburări la nivelul interacțiunilor sociale, în comunicare și în imaginație, deseori și printr-un repertoriu restrâns de interese și comportamente (prezența unui comportament înalt obsesiv, repetitiv sau rutinier). Așadar, nu există o singură caracteristică ce ar putea singură să ducă la stabilirea diagnosticului de autism (tulburare din spectrul autismului), ci existența tulburărilor în toate cele trei arii de dezvoltare este tipică pentru autism.

- **Tulburări la nivelul interacțiunilor sociale.**

Dificultățile pe care le au persoanele cu autism la nivelul interacțiunilor sociale cu ceilalți reprezintă problema centrală a acestei tulburări (principalul simptom) și totodată principalul criteriu de diagnosticare. Studiile arată că acest deficit este permanent și este înțelnit indiferent de nivelul intelectual al persoanei.

Unele persoane cu autism pot fi foarte izolate social; altele pot fi pasive în relațiile sociale sau foarte puțin interesate de alții; alți indivizi pot fi foarte activ angajați în relațiile sociale, însă într-un mod ciudat, unidirecțional sau de o maniera intruzivă, fără a ține seama de reacțiile celorlalți. Toate aceste persoane însă au în comun o capacitate redusă de a empatiza, deși sînt capabili de a fi afectuoși, însă în felul lor.

Lorna Wing (1996) a delimitat 4 subgrupe de persoane cu autism în funcție de tipul interacțiunilor sociale, indicator și al gradului de autism:

- grupul celor “distanți” (‘aloof’), forma severă de autism, unde indivizii nu inițiază și nici nu reacționează la interacțiunea socială, deși unii acceptă și se bucură de anumite forme de contact fizic. Unii copii sînt atașați la nivel fizic de adulți, dar sînt indiferenți la copiii de aceeași vîrstă.

- grupul celor “pasivi”(‘passive’), forma mai puțin severă, în care indivizii răspund la interacțiunea socială, însă nu inițiază contacte sociale;

- grupul celor “activi”,dar “bizari” (‘active but odd’), în care indivizii inițiază contacte sociale, însă într-un mod ciudat, repetitiv sau le lipsește reciprocitatea; este vorba adesea de o interacțiune unidirecțională, aceștia acordînd puțină atenție sau neacordînd nici o atenție reacției/răspunsului celor pe care îi abordează;

- grupul celor “nenaturali” (‘stilted’), în care indivizii inițiază și susțin contacte sociale, însă într-o manieră foarte formală și rigidă, atît cu străinii, cît și cu familia sau prietenii. Acest tip de interacțiune socială se întîlnește la unii adolescenți și adulți înalt funcționari.

În cursul evoluției lor, indivizii cu autism pot să treacă dintr-un grup în altul datorită dezvoltării, de ex. persoanele înalt funcționale pot trece la pubertate din grupul celor activi dar bizari, în grupul “pasivilor” sau, în urma unui ajutor sau antrenament specific, cei “distanți”sau evitanți pot învăța să tolereze și chiar să se bucure de compania celorlalți, devenind mai “activi”.

- **Tulburări la nivelul comunicării verbale și nonverbale.**

Problemele de comunicare se manifestă la persoanele cu autism atît în componenta verbală cît și cea nonverbală a comunicării.

Clara Park descrie limbajul fiicei ei la doi ani și apoi la 23 de ani.

*"La doi ani folosea cuvinte din cînd în cînd dar nu pentru a comunica. La 23 de ani, oricine o aude pe Jane spunînd mai mult de unul- două cuvinte își dă seama că ceva nu e în regulă. Ea a învățat engleza (limba sa maternă) ca pe o limba străină, deși foarte încet și o vorbește ca un străin. Cu cît e mai prinsă de ceea ce are de spus cu atît vorbirea sa se deteriorează, atenția ei neputîndu-se concentra atît la ceea ce spune cît și la felul în care spune. Pronumele se amestecă, ‘tu’ pentru ‘eu’, ‘ea’ pentru ‘el’, ‘ei’ în loc de ‘noi’. Acordurile și articolele dispar, verbele sunt omise."(Park, 1982)*

Problemele de comunicare apar la vîrste foarte mici (prima copilărie). Copiii cu tulburări din spectrul autismului nu dezvoltă în mod spontan acel comportament, tipic pentru copiii obisnuiți, de atenție comună/ împărțită (joint attention, shared attention). Acest comportament presupune indicarea cu degetul către un obiect (alternînd privirea între obiectul respectiv și

adult) ,cu intenția de a-l obține, de a spune, comenta ceva despre un obiect, un eveniment sau de a arăta /da cuiva un obiect pentru a împărtăși interesul pentru acel obiect.

Comportamentele de cerere (“requesting skills”), sînt prezente și la copiii cu autism, însă în scopuri instrumentale sau imperative, copilul considerîndu-i pe ceilalți ca agenți ai acțiunii. Astfel, el poate utiliza contactul vizual împreună cu alte gesturi pentru a indica o jucărie care nu i mai e la îndemână sau care nu mai merge, a da un obiect unei alte persoane, pentru a căpăta ajutorul unei alte persoane în a obține un obiect, întinzînd mîna spre obiectul dorit sau luînd mîna adultului și ducînd-o spre obiectul dorit.

Persoanele care nu comunică verbal nu dezvoltă în mod spontan alternative de comunicare. Acestea trebuie să fie învățate să folosească un sistem alternativ de comunicare (limbajul semnelor, obiecte-simboluri, fotografii, pictograme, cuvinte scrise, ex.sistemul Picture Exchange Communication Sistem/ PECS.)

Se estimează că 30-50% dintre persoanele cu autism rămîn funcțional mute de-a lungul vieții, adică nu dezvoltă un limbaj cu ajutorul căruia să poată comunica, în timp ce alții pot fi aparent foarte fluenți în vorbire. Cei care au limbaj încep să vorbească, de regulă, mai tîrziu și o fac într-un mod neobișnuit, specific: pot fi prezente ecolalia imediată sau întîrziată, inversiunea pronominală, neologismele, idiosincraziile. Structurile gramaticale sunt adesea imature și includ folosirea repetitivă și stereotipă a limbajului (de exemplu, repetarea de cuvinte sau expresii indiferent de situație; repetarea de versuri aliterate ori de reclame comerciale) ori un limbaj metaforic (un limbaj care poate fi înțeles clar doar de către cei familiarizați cu stilul de comunicare al individului). Au, de asemenea, probleme la nivelul formal al limbajului (fonetic, prozodic, sintagmatic- înălțimea vocii, debitul și ritmul vorbirii sau accentul pot fi anormale, de ex. voce monotonă sau pițigăiată, vorbire “cîntată” sau cu ascensiuni interogative la finele frazelor), dar și semantic și pragmatic. Pentru persoanele cu autism este foarte dificil să aleagă și să mențină un anumit subiect de conversație; par să nu înțeleagă că o conversație ar trebui să determine un schimb de informații sau că o există are anumite ‘reguli’ ce trebuie respectate (a asculta partenerul, a aștepta să-ți vină rîndul să vorbești, a ‘construi’ pe ceea ce se spune, etc), au dificultăți în a răspunde adecvat unor cerințe indirecte, pe care tind să le interpreteze literal, fără să surprindă nuanțele; nu reușesc să-și adapteze comunicarea la contexte sociale variate, etc. Chiar și cei cu autism înalt funcțional sau sindrom Asperger au probleme de limbaj, în special în ceea ce privește aspectele sale pragmatice.

Reacțiile emoționale ale persoanelor cu autism, atunci cînd sunt abordate verbal și nonverbal de către ceilalți, sunt de cele mai multe ori inadecvate și pot consta în: evitarea privirii,

inabilitatea de a înțelege expresiile faciale, gesturile, limbajul corporal al celorlalți, adică tot ceea ce presupune angajarea într-o interacțiune socială reciprocă și susținerea acesteia.

Indiferent de abilitățile verbale, persoanele cu autism au, în general, probleme în înțelegerea comunicării și dificultăți serioase în înțelegerea și împărtășirea emoțiilor celorlalți.

Ajutând persoanele cu autism să învețe să comunice, indiferent de modalitatea de comunicare folosită, le ajutăm să-și diminueze și comportamentele problemă care apar cel mai adesea datorită dificultății sau a incapacității persoanei de a-și comunica nevoile, dorințele într-un mod adecvat.

- **Tulburări la nivelul imaginației, repertoriu restrâns de interese și comportamente**

La copiii cu autism jocul imaginativ, jocul simbolic cu obiecte sau cu oameni nu se dezvoltă în mod spontan ca la copiii obișnuiți. Jocul acestora este repetitiv, stereotip, luând forme mai simple sau mai complexe. Copiii mai înalt funcționali au stereotipii mai complexe.

Forme mai simple: învîrtirea jucăriilor sau a unor părți ale acestora, lovirea a două jucării între ele, etc, scopul fiind autostimularea. Alte activități stereotipe pot fi: mișcarea degetelor, agitarea obiectelor, rotirea sau privirea obiectelor care se rotesc; zgîrierea unor suprafețe, umblatul de-a lungul unor linii, unghiuri, pipăirea unor texturi speciale, legănatul, săritul ca mingea sau de pe un picior pe altul, lovirea capului, scrîșnitul dinților, mormăitul repetitiv sau producerea altor sunete, etc.

Forme mai complexe pot fi: atașarea de obiecte neobișnuite, bizare, interese și preocupări speciale pentru anumite obiecte (ex. mașini de spălat) sau teme, subiecte (ex. astronomie, păsări, fluturi, dinozauri, mersul trenurilor, cifre .. ), fără vreun scop anume, care devin preocuparea de bază și singurul subiect despre care este persoana este interesată să vorbească, în multe cazuri punînd aceeași serie de întrebări și așteptînd aceleași răspunsuri (cei care au limbaj); aliniatul sau aranjarea obiectelor în anumite feluri, colecționarea, fără vreun scop anume, a unor obiecte (ex. capace de suc, sticle de plastic).

Lipsa imaginației duce și la tipare comportamentale rigide de tipul rezistenței la schimbare și a insistenței pe rutina zilnică, de ex. insistența în a urma exact același drum spre anumite locuri; același aranjament al mobilierului acasă sau la școală, același ritual înainte de culcare; repetarea unei fracțiuni ciudate de mișcare corporală. Adesea orice minimă schimbare într-o anumită rutină este deosebit de frustrantă pentru persoana cu autism, producîndu-i o intensă suferință.

Persoanele cu autism pot avea o gamă largă de simptome comportamentale care includ hiperactivitatea, reducerea volumului atenției, impulsivitatea, agresivitatea, comportamente

autoagresive (ex., lovitul cu capul ori mușcatul degetelor, al mâinii sau al încheieturii mâinii) și, în special la copiii mici, accesele de furie. Pot exista răspunsuri neobișnuite la stimuli senzoriali (ex., un prag ridicat la durere, hiperestezie la sunete sau la atingere, reacții exagerate la lumină sau la mirosuri, fascinație pentru anumiți stimuli). De asemenea, pot exista anomalii de comportament alimentar (ex., limitarea dietei la câteva alimente, consumarea de poduse necomestibile, ș.a.) sau tulburări de somn (ex., deșteptări repetate din somn în cursul nopții, cu legănare). Pot fi prezente anomalii ale dispoziției sau afectului (ex., rîs sau plîns fără un motiv evident, absența evidentă a reacției emoționale). Poate exista o absență a fricii ca răspuns la pericole reale și o teamă excesivă de obiecte nevătămătoare.

Manifestările clinice ale tulburării la nivelul imaginației sînt foarte variate de la un individ la altul, dar pot varia și de la o etapă de dezvoltare a aceluiași individ la alta. Unele manifestări pot fi mult mai accentuate la o vîrstă (ex. la vîrsta copilăriei cea mai vizibilă manifestare a afectării imaginației este lipsa jocului de rol, deși unii copii pot copia acte de joc simbolic), dar acestea pot suferi modificări de natură și intensitate la o altă vîrstă (ex. la vîrsta adultă este mai vizibilă incapacitatea de a înțelege intențiile și emoțiile celorlalți), conducînd la un alt profil clinic al persoanei, dar care rămîne totuși în cadrul manifestărilor specifice sindromului autismului.

Lorna Wing (1996) scria: “Întreaga valoare a imaginației și creativității este dată de asocierea experiențelor trecute și a celor prezente și realizarea planurilor pentru viitor, pornind de la banalul ce voi face mîine, pînă la planurile mărețe pentru întreaga viață.” Persoanele cu autism, indiferent de nivelul lor intelectual, au probleme la acest nivel, nu numai în copilărie, ci de-a lungul vieții. Aceste probleme pot fi însă diminuate considerabil dacă există intervenție timpurie și educație permanentă pentru formarea sau sporirea abilităților sociale și de comunicare ale persoanelor cu autism.

### **3. Drama părinților cu copii cu autism**

Mediul familial este primul mediu social în care ia naștere și se desfășoara viața oricărui copil.

A fi parinte inseamna a avea o anumita vulnerabilitate. Atunci când vorbim de parinți cu copii cu autism această vulnerabilitate crește înzecit. Primirea diagnosticului de autism infantil pentru copilul lor este o lovitură extrem de grea, sperînd mereu ca cei avizați să greșească și trecerea timpului să infirme diagnosticul primit.

Familia este primul grup de socializare din care copilul face parte, în care își exersează primele comportamente sociale și se descoperă pe sine. Este locul în care copilul se simte în siguranță din punct de vedere afectiv, dragostea pe care o primește ajutându-l să-și contureze

identitatea, să "crească" din punct de vedere psihologic și să-și dezvolte deprinderile de adaptare la mediu. De cele mai multe ori, tot ceea ce presupune dinamica familială (afectivitate, statusuri și roluri, relaționare) este modificat, predominant negativ, în momentul în care unul dintre copii este diagnosticat cu autism infantil. Boala are o încărcătură emoțională, atât pentru copil, cât și pentru familia lui.

Statusul de părinte cu copil autist este încă asociat cu sentimentul de culpabilitate și păstrează conotațiile stigmatizării. Mai mult, autismul în familie antrenează uneori scoaterea la iveală a unor secrete privind anumite episoade din viața privată, ceea ce se adaugă la drama familială pe cale să se trăiască. Toate aceste manifestări de angoasă se estompează cu timpul la majoritatea părinților, atunci când părinții primesc informații despre modalitatea de recuperare a copilului

În cazul multor familii, viața de zi cu zi se concentrează în jurul bolii și, chiar dacă copilul se simte bine, părinții au tendința de a-l hiperproteja, accentuând astfel statutul de "bolnav" al copilului, în detrimentul dezvoltării unor conduite firești pentru vârstă și preocupările lui. Existența altor frați, poate duce în principal la neglijarea emoțională a acestora. Aceștia pot să dezvolte sentimente depresive, gelozie și agresivitate față de restul familiei, se simt diferiți, chiar străini, gen " rățușca cea urâtă"; ei sunt cumva în afara "normalului", care în acest context presupune să fii bolnav și să beneficiezi de îngrijiri speciale; uneori chiar se simt "vinovați" că sunt sănătoși. Ei ajung să-și concureze afectiv fratele bolnav sau se reorientează către alte persoane, din familia extinsă (de obicei bunici, alte rude) sau din afara familiei (colegi, grup de prieteni).

Și relația maritală are de suferit în cazul familiilor ce au un copil autist. Există familii în care relația dintre cei doi parteneri se consolidează (pentru a face față agresiunilor externe), dispun de resurse de adaptare, se susțin reciproc și-și împart responsabilitățile. Dar, de cele mai multe ori, viața de familie este perturbată, întreg universul familial centrându-se pe copilul bolnav, iar comunicarea - cu copilul, sau cu ceilalți membri din familie - se reduce preponderent la subiectele aferente bolii.

#### **4 . Filosofia Mifne**

În anul 1987 a apărut primul model de intervenție terapeutică pentru copiii cu autism și părinții acestora.

Centrul Mifne din Israel și Metoda de intervenție timpurie asupra copilului autist și familiei acestuia are o experiență de 20 de ani în lucrul cu copilul autist. Centrul și metoda sunt unice în

lume. Selecția copiilor autiști și a familiilor acestora se face în funcție de vârsta copilului, fiind selectați copii cu vârste cuprinse între 1 an și 5 ani.

Intervenția terapeutică are la bază teoria atașamentului, scopul principal fiind de a ajuta copilul autist să aibă percepție de sine, să învețe să comunice și să înțeleagă ce se întâmplă în jurul lui.

Tratamentul este unul intensiv, copilul este însoțit de toți membrii familiei lui, care participă împreună cu el la terapie aceasta fiind o condiție de bază. Fiecare familie are un program terapeutic individual, conceptul de bază al metodei fiind vizualizarea familiei ca un nucleu.

Copilul se naște într-un anumit context familial unic pentru el unde doi oameni din două lumi diferite se unesc pentru a promova ceea ce este comun pentru ei. În timpul formării unui cuplu apar diverse obstacole în special sentimentul de pierdere a independenței. Familia cu copilul autist mobilizează mijloace comune care provin din propriile lor familii și foarte des părinții se confruntă cu o regresie și nu pot depăși obstacolele.

Pentru familie, a face față unui copil cu nevoi speciale ridică o serie de întrebări: dacă această tulburare este parte a vieții lor sau ce alte alternative mai există?

De obicei, nu avem conștiința ritmului respirației noastre. Oricum, în cazuri excepționale, când suntem destresați devenim conștienți de respirația noastră și suntem preocupați de asta. Atâta timp cât ritmul este unul neobstrucționat, noi nu luăm seama de aceasta. Obstrucționarea și proasta funcționare ne conduc la concentrarea atenției.

Normele, atât cât ele există, ne permit să facem față activităților noastre zilnice, și ne dau posibilitatea să le concentrăm într-o manieră rutinieră.

Când un copil se naște este confortabil pentru noi să știm că acesta este “întreg”, “normal”. Avem nevoie pe loc de asigurări ca totul este bine. Ca părinți, deseori ne surprindem examinând dezvoltarea motorie, emoțională, intelectuală și a limbajului copilului nostru.

Un copil cu nevoi speciale prezintă membrilor familiei lui o situație dificilă care le este nefamiliară și le provoacă anxietate. Când diagnosticul din spectrul autismului este primit, copilul cu nevoi speciale devine centrul preocupărilor membrilor familiei. Energia părinților este canalizată către găsirea de soluții. Dintr-o dată procesul normal de dezvoltare, care până acum a permis membrilor familiei să interacționeze fără a acorda atenție unor condiții speciale, este fărâmițat. Un obstacol dintr-o dată a apărut în viața lor. Părinții se surprind concentrându-se pe problemă, trăindu-și viața în jurul copilului special și experimentând un discomfort, neliniște

interioară în care negarea, speranța și ambiția coexistă – sentimente amestecate care oscilează între disperare și atotputernicie.

De obicei, când copilul este dus la creșă, situația lui devine foarte evidentă, atunci când comparația este făcută cu copiii de vârsta lui și accentul cade pe ceea ce apare ca fiind neobișnuit la el.

Viețile părinților se schimbă iar aceste schimbări în curând vor începe să afecteze toți membri familiei.

Factorul timp este vital. Părinții se confruntă cu decizii pe care trebuie să le ia în momente critice, ca de exemplu să aleagă o creșă pentru copilul lor, să-și integreze copilul într-un program social, iar apoi să găsească un loc pentru el la școală care va lua în considerare nevoile lui speciale și va ține cont de ele.

Cu toate acestea părinții sunt în general ajutați și sprijiniți de profesioniști și servicii sociale, timpul care trece nu reușește să aducă o vindecare, iar sentimentele părinților de izolare și neputință se adaugă în contextul situației în care se află.

Programul de intervenție timpurie Mifne este un proces secvențial care include trei segmente:

Primul segment: “Incubatorul terapeutic” cuprinde o perioadă de trei săptămâni de tratament care implică participarea întregului nucleu familial.

Tratamentul dinamic include terapie individuală unu la unu pentru copilul autist, terapie de cuplu și terapie de familie. De asemenea include dialoguri și discuții, precum și sesiuni de lucru intensive.

Tratamentul abordează și dezvoltarea deprinderilor sociale și cognitive la copilul care demonstrează că este pregătit pentru aceasta.

Al doilea segment: Tratamentul de baza de acasă în timpul căruia familia primește suport și supervizare clinică de la un terapeut desemnat de Centrul Mifne. Cele mai multe familii aleg să continue terapia individuală pentru copilul lor până când devine evident faptul că copilul este gata pentru integrarea socială.

Al treilea segment: integrarea socială cu intrarea în învățământul de masă devine un scop principal, cu obstacolele sale inerente.

Sa ajuți părinții este o abilitate profesională în câmpul educației, care consideră aceasta o provocare și o valoroasă misiune să integrezi copii cu nevoi speciale împreună cu copii normali. Acest efort li se prezintă ca fiind plin de întrebări și dileme precum și o stradanie extraordinară

care cere determinare, perseverență în programul zilnic și devotement de dragul progresului copilului. Ei merita să fie ajutați cu fiecare pas al drumului ce-l urmează.

Programul de integrare timpurie Mifne încearcă mai întâi să spargă barierele în comunicare și să scoată copilul din izolare.

Integrarea totală este un proces gradual care încet încurajează creșterea interacțiunii sociale, constientizând copilul și colegii lui de plăcerea de a se juca împreună. Aceasta cere multă pregătire.

Pentru a facilita procesul de integrare, Centrul Mifne este deschis să ofere asistență profesioniștilor din domeniul educației care lucrează cu copiii care au fost în tratament în Israel.

#### **4. 1 Intervenția terapeutică asupra copilului autist**

Familia este percepută ca un nucleu, ca un întreg, iar intervenția terapeutică se face pe copil și pe fiecare membru al familiei lui.

Terapia scurtă dă posibilitatea familiei de a reflecta asupra lor pentru a înțelege nevoile lor și ale copilului lor, oferindu-le posibilitatea de a înțelege pașii ce trebuie urmați în recuperarea copilului lor.

Părinții au cea mai mare responsabilitate în demersul acestui tratament. Ei învață cum trebuie să creeze un mediu propice satisfacerii nevoilor copilului lor. Frații copilului autist participă și ei la terapie învățând să îmbunătățească calitatea comunicării cu copilul autist.

Programul se adresează nevoilor particulare ale familiei și este destinat să se potrivească nivelului de dezvoltare a copilului.

Intervenția terapeutică se bazează pe tehnici de joc într-o cameră special amenajată, securizantă, care să reducă pe cât posibil teama, anxietatea copilului autist. Se urmărește crearea încrederii în sine, stimularea curiozității copilului, încurajarea dorinței de a colabora cu terapeutul și cu părinții, creșterea motivației și stimularea senzorială (hidroterapie și hipoterapie) în funcție de necesitățile copilului. Atitudinea este una necondiționată, programul nestimulând pedeapsa și recompense.

În camera de joacă copilul urmărește toate inițiativele terapeutului și reacționează la provocările adultului. Terapeuții urmăresc orice răspuns al copilului și iau în calcul și răspunsurile bizare până la stabilirea reciprocă a relației.

Copilul are control asupra activității care se desfășoară în camera de terapie, fapt ce-i conferă încredere în a se exprima spontan și emoțional. Autistul înțelege doar anumite părți din mediu, percepe diferit lumea în care crește.

În sala de tratament se urmărește identificarea capacităților și abilităților care există în copil prin intermediul plăcerii pe care o găsește în orice joc. Se urmărește de asemenea dezvoltarea comunicării între părinți și copilul autist, precum și legătura de atașament dintre ei.

Sala de joacă este în așa fel amenajată încât copilul autist are senzația de siguranță, diminuându-i din teama pe care o experimentează în viața de zi cu zi. Copilul petrece în această sală 8 ore pe zi. Aici se pun bazele comunicării dintre terapeut și copil, aici copilul învață să se joace, acumulând încredere în el. Activitatea de joc cu terapeutul contribuie la creșterea stimei de sine a copilului. În timpul ședințelor de terapie copilul se concentrează foarte mult asupra terapeutului, relația dintre cei doi fiind foarte importantă. Copilul capătă încredere în terapeut și devine încrezător, având curaj să desfășoare diverse activități în cooperare cu terapeutul.

Sunt urmărite răspunsurile sociale, contactul vizual măsurat în fiecare oră de terapie, sunt încurajate sunetele diferite pentru a nu încuraja ecolalia. De asemenea contactul fizic este dominant în procesul terapeutic care are ca scop echilibrarea sensibilităților copilului față de contactul fizic și social uman.

Sala este prevăzută cu geamuri iar părinții pot vedea ce face copilul 8 ore pe zi. Părinții învață modalități de a se apropia de copilul lor, urmând să fie introduși apoi, rând pe rând, în sala de joacă unde se vor afla singuri cu copilul și vor experimenta momente plăcute cu copilul lor.

Problemele de alimentație sunt tratate în procesul terapeutic, cunoscut fiind faptul ca cei mai mulți copii autiști refuză hrana, au probleme de masticatie și înghițire sau fac fixație pe anumite alimente. În acest mod se intervine și asupra hiperactivității, deoarece dieta condiționează hiperactivitatea.

Asupra alimentației se urmăresc 4 direcții importante: valoarea nutrițională, fixațiile alimentare și implicațiile acestora, legătura dintre activitatea mușchilor maxilarului și dezvoltarea limbajului, tendința membrilor familiei de a-l hrăni.

După trei săptămâni de tratament intensiv la Centrul Mifne, 8 ore pe zi, inclusiv sâmbăta și duminica, familiile primesc supervizare acasă, iar după încă 6 luni de terapie acasă cu copilul respectând aceeași "rețetă" se alege o grădiniță care să se adapteze nevoilor copilului.

Este un proces de durată care se întinde pe câțiva ani.

#### **4.2 Intervenția terapeutică specifică asupra familiei**

Mediul familial este primul mediu social în care ia naștere și se desfășoară viața oricărui copil.

Primirea diagnosticului de autism infantil pentru copilul lor este o lovitură extrem de grea

pentru părinți care timp îndelungat spera ca cei avizați să greșească și trecerea timpului să infirme diagnosticul primit.

De cele mai multe ori, tot ceea ce presupune dinamica familială (afectivitate, statusuri și roluri, relaționare) este modificat, predominant negativ, în momentul în care unul dintre copii este diagnosticat cu autism infantil.

Boala are o încărcătură emoțională, atât pentru copil, cât și pentru familia lui. Pentru copil, constituie o amenințare la adresa integrității sale, ceea ce poate suscita temeri profunde. Pentru părinți, boala este un echivalent al morții, aceștia nu mai pot investi în copilul lor, nici să facă vreun proiect în legătură cu el, este alterată proiecția în viitor.

Statusul de părinte cu copil autist este încă asociat cu sentimentul de culpabilitate și păstrează conotațiile stigmatizate. Mai mult, autismul în familie antrenează uneori scoaterea la iveală a unor secrete privind anumite episoade din viața privată, ceea ce se adaugă la drama familială pe care să se trăiască.

Toate aceste manifestări de angoasă se estompează cu timpul la majoritatea părinților, atunci când se constată că starea de sănătate a copilului se stabilizează sau se ameliorează grație tratamentelor existente.

În cazul multor familii, viața de zi cu zi se concentrează în jurul bolii și, chiar dacă copilul se simte bine, părinții au tendința de a-l hiperproteja, accentuând astfel statutul de "bolnav" al copilului, în detrimentul dezvoltării unor conduite firești pentru vârstă și preocupările lui. Existența altor frați, poate duce în principal la neglijarea emoțională a acestora. Aceștia pot să dezvolte sentimente depresive, gelozie și agresivitate față de restul familiei, se simt diferiți, chiar străini, sunt cumva în afara "normalului", care în acest context presupune să fii bolnav și să beneficiezi de îngrijiri speciale; uneori chiar se simt "vinovați" că sunt sănătoși. Ei ajung să-și concureze afectiv fratele bolnav sau se reorientează către alte persoane, din familia extinsă (de obicei bunici, alte rude) sau din afara familiei (colegi, grup de prieteni).

Și relația maritală are de suferit în cazul familiilor ce au un copil autist. Există familii în care relația dintre cei doi parteneri se consolidează (pentru a face față agresiunilor externe), dispun de resurse de adaptare, se susțin reciproc și-și împart responsabilitățile. Dar, de cele mai multe ori, viața de familie este perturbată, întreg universul familial centrându-se pe copilul bolnav, iar comunicarea - cu copilul, sau cu ceilalți membri din familie - se reduce preponderent la subiectele aferente bolii.

Doi adulți din două lumi diferite se căsătoresc cu scopul de a crea o singură unitate. Ei formează o „culoare” unică. Această culoare deosebește membrii familiei de altă familie și face

mai puternică legătura dintre ei. Caracteristicile familiei sunt transmise prin educație familială. Orice supărare conturbă echilibrul familiei, schimbările interne și externe din familie subminează stabilitatea ei (nașterea unui copil, boala, divorțul, schimbarea locului de muncă).

Atunci când echilibrul familial este conturbat familia are tendința de a alege un membru al ei care să poarte povara tensiunii. Familia care permite unui membru al ei să-și asume responsabilitatea acelei dificultăți, păstrează echilibrul familiei prin alegerea unui „țap ispășitor” care să preia întreaga responsabilitate.

Mifne insistă asupra întregului nucleu familial. Părinții sunt înclinați să vorbească mai mult de tulburare decât de copil, iar de multe ori comportamentul copilului va fi iertat pe motivul milei. Atitudinea defensivă a părinților vor cauza întârzieri în dezvoltarea copilului deoarece copilul este împiedicat să-și folosească abilitățile moștenite.

Opinia celor mai mulți este că o schimbare în familia copilului autist este foarte greu de produs. Terapia impune cu necesitate credința terapeutului în schimbare, care are atribuția de a produce schimbarea.

Familia are o stare emoțională complexă, invaliditatea e acceptată de părinți ca fiind o stare fixă, împiedicând terapia afectivă. Credința în schimbare a părintelui este data de lupta dintre a crede în șansă și autorealizare.

Copilul cu nevoi speciale este „umbra” concentrată a întregii familii. Părinții folosesc proiecții atunci când identifică la copil caracteristici neacceptate la ei, acele caracteristici negative. Pentru ca o persoană să fie conștientă de părțile întunecate ale personalității sale el are nevoie de o cunoaștere de sine profundă. Această cunoaștere de sine se face cu mare durere. Acest proces nu e deloc simplu pentru că apare opoziția din partea părintelui.

Terapia cu părinții îi determină pe acestia să își cunoască umbrele. Acesta e un stadiu de deschidere a minții părinților. Cuplul de părinți al copilului autist suferă crize care amenință unitatea familiei, îi distanțează, dând uneori vina unul pe celălalt. În timpul terapiei apar situații stresante care sunt concretizate de reîntoarcerea trecutului fiecărui părinte.

Părinții se simt victime. Terapia Mifne își propune să trateze victimizarea pentru că aceasta e o cauză pentru furia lor prelungită și un obstacol în calea asigurării dezvoltării armonioase a copilului lor. O familie ce se află într-o stare de agitație marcantă e pe cale să își piardă echilibrul, confruntându-se cu lipsa stabilității și o stare de confuzie generală. Toate acestea îi împiedică să observe reacțiile copilului, abilitățile lui și progresele pe care le face.

Întâlnirile cu părinții au ca scop localizarea emoțiilor lor pentru a-i ajuta să devină mai puternici.

Terapia cu părinții presupune două direcții: una verticală făcându-i să devină conștienți de sine și de problemele lor și una pe orizontală determinându-i să asilileze situații diferite și metode diferite de a acționa asupra copilului lor (observare, discuții, experiențe practice).

Atât psihoterapia individuală cât și cea familială oferă două avantaje: un mod de abordare a tratamentului și o manieră de a înțelege comportamentul uman. Ca modele de abordare terapeutică, ambele tipuri de terapii au virtuțile lor speciale.

Terapia individuală pune la dispoziție atenția concentrată de a ajuta părintele să facă față propriilor frământări și să devină mai întreg, să se realizeze. Terapeuții adepți ai abordării individuale au recunoscut întotdeauna importanța vieții de familie în conturarea personalității, au presupus că aceste influențe sunt internalizate și că dinamică intrapsihică devine forța dominantă în controlul comportamentului. De aceea, tratamentul trebuie orientat către persoană și către propria ei construcție personală.

Terapeuții cred că forțele dominante în viețile părinților sunt localizate în afara vieții lor, în familie. Terapia ce se bazează pe aceste concepții este orientată spre organizarea familială și schimbarea acesteia. Când organizarea familială se transformă, viața fiecărui membru al familiei este afectată corespunzător.

Afirmația că, modificând o familie schimbăm viața fiecăruia dintre membri, este foarte importantă și trebuie elaborată. Terapia familială nu are de-a face numai cu schimbarea pacientului individual în context. Terapia familială determină modificări asupra întregii familii; în acest fel, beneficiile pot fi de lungă durată pentru că fiecare membru al familiei este schimbat și continuă să exercite asupra celorlalți influențe sincronice.

O situație recunoscută ca menținând problemele într-o familie sunt triadele și triunghiularizările conform cărora în condițiile în care conflictul între două persoane escaladează dincolo de un punct critic, o a treia persoană intervine pentru a stabili echilibrul. Terapia de familie provoacă schimbarea acestui ciclu homeostatic modificând pattern-ul de relație între membrii familiei. Sunt depășite dublele legături (G. Bateson) și este analizată metacomunicarea.

Recunoscând importanța și succesiunea etapelor în ciclul vieții de familie, într-o sesiune terapeutică se identifică punctele tranzitorii critice care conduc la schimbarea dinamicii emoționale, a credințelor cât și a structurii familiale.

Curentul strategic al terapiei de familie presupune realizarea unui plan pe baza unei probleme formulate, intervenția, feedback-ul și ajustarea, trasând sarcini directe și paradoxale familiilor.

Pe tot parcursul terapiei, terapeutul nu este un expert și încearcă să-și mențină neutralitatea în raport cu toți membrii familiei.

### **Concluzii**

Caracterizat printr-o diversitate extrem de mare de manifestări autismul infantil constituie o problemă majoră a psihiatriei și psihologiei contemporane. Chiar dacă nu putem vorbi azi de vindecarea autismului, recuperarea parțială a unor cazuri, ca urmare a intervenției în plan medical și psihologic este o certitudine încurajatoare.

Progresul în privința recunoașterii diferitelor aspecte clinice ale autismului infantil presupune o observație permanentă și completă cât mai timpurie, care să permită evaluarea parametrilor ce pot valida ulterior diagnosticul. Intresul pentru această evaluare apare de asemenea pentru stabilirea prognosticului și pentru indicațiile terapeutice adecvate.

În urma terapiei la Centrul Mifne din Israel 73 % dintre copii au fost integrați în învățământul de masă cu nivel înalt de a învăța și comunica, 6% se află încă în tratament, 11% dintre ei au renunțat la terapie acasă, iar 10% dintre ei sunt în centre speciale de învățământ datorită nivelului scăzut de învățare.

Între anii 1987-1999 un număr de 23 de copii au fost tratați la centrul Mifne, Rosch Pinna, Israel, fiind asistați înainte și după tratament. Studiul comparativ a evidențiat îmbunătățiri remarcabile.

În anul 2006, doi copii diagnosticați cu autism , de 3 ani respectiv 4 ani , din Piatra Neamț, au fost acceptați și au beneficiat de terapie pentru ei și familiile lor la Centrul Mifne din Israel. Ambele familii au fost însoțite de doi psihologi care împreună cu alți terapeuți continuă terapia intensivă acasă. Unul dintre copii frecventează acum grădinița de masă.

**Bibliografie**

1. Calinescu, M. (2003) – Portretul lui M – Editura Polirom, București
2. Cernomazu Muraru, O. 2005 – Aspecte generale ale patologiei autiste – Editura Universitatii,Suceava
3. Genevieve, F.(2002) – O lume diferită – Editura Triade, Cluj-Napoca
4. Marcelli, D (2003) – Tratat de psihopatologia copilului – Editura Fundației Generația, București.
5. Mifne Clinical Team. (2002) - The “Mifne” Approach – Post-treatment social integration of children with contact and communication disorder, Israel
6. Mitrofan, I ; Vasile,D. (2001) - Terapii de familie - Editura SPER, București
7. Muresan, C (2004) – Autismul infantil. Structuri psihopatologice. Terapie complexa – Editura Presa Universitara – Cluj Napoca
8. Popescu Neveanu, P. (1997) – Psihologie - Editura Didactica si Pedagogica, Bucuresti
9. Secară, O. (2007) – Creierul social. Autism, neuroștiințe, terapie- Editura Artpress, Timișoara

***Conferinta Stiintifico-Activă “Psihologie aplicata: clasic si modern”, 21-22 octombrie 2005, Piatra Neamt***