POSIBILITĂȚI DE ÎMBUNATĂȚIRE A COMPORTAMENTULUI MOTOR LA TINERII CU AUTISM

POSSIBILITIES FOR IMPROVING MOTOR BEHAVIOR YOUNG PEOPLE WITH AUTISM

Cristea Dana Ioana[1], Cristea Aurelian Andrei[2], Burllău Mirela-Carmen[3]

Keywords: autism, physical activities, children and young people

Cuvinte cheie: autism, activități fizice, copii și tineri adulți

Abstract

Introduction. New research shows that early intervention can play an important role in the rehabilitation of people diagnosed with autism. Physical activities, as part of general rehabilitation approach has a significant contribution regarding health, well-being, motor behavior and last but not the least social skills.

Scope. This paper aims to identify some physical exercises for training sensory-motor skills in young people diagnosed with autism.

Material and method. The study was conducted on 5 young people with autism average age 18.4 years, minimum age 18, maximum age 19 years. Research subjects come from bi-parental families with no history of neurological other brothers, attended a special school, were evaluated by the specialized committee as having an IQ of between 40-70 without associated diseases. The method used in this study was direct observation.

Results. The improvements observed in all tests applied, the limits of 2-3 subjects improved their performance on each test to the results originally obtained.

Conclusions. There is a clear progress in terms of acquiring motor skills basic, applied and specific basketball game.

Rezumat

Introducere. Noile cercetări arată că intervenția timpurie are un rol important în reabilitarea persoanelor diagnosticate cu autism. Activitatea fizică, componentă importantă a programului de reabilitarea, are un aport consistent în ceea ce privește starea de sănătate, bunăstarea, comportamentul motor și nu în ultimul rând integrarea socială.

Scop. Lucrarea de față își propune identificarea unor exerciții fizice în antrenarea abilităților senzorial-motorii la tinerii diagnosticați cu autism.

Material si metodă. Studiul s-a desfăşurat pe 5 tineri cu autism media de vârstă 18,4 ani, vârsta minimă 18 ani, vârsta maximă 19 de ani. Subiecții cercetării provin din familii biparentale, fără antecedente neurologice la ceilalți frați, au frecventat școala specială, fost evaluați de către comisia de specialitate ca având un coeficient de inteligență cuprins între 40-70, fără afecțiuni asociate. Metoda utilizată în cadrul acestui studiu a fost observația directă.

Rezultate. Se observă îmbunătățiri la nivelul tuturor testelor aplicate, respectiv 2-3 subiecți si-au îmbunătățit performanțele la fiecare test față de rezultatele obținute inițial.

Concluzii. Se constată un progres evident în ceea ce privește însușirea deprinderilor motorii de bază, aplicative și specifice jocului de baschet.

Introducere

Experiența practică a identificat o categorie de copii aparte, care prezintă dificultăți de comunicare, relaționare socială, instabilitate emoțională, asociate sau nu cu dificultăți cognitive, comportament stereotipic și repetitiv, cu impact negativ în desfășurarea activităților habituale, educaționale și de interacțiune socială a acestora, mai ales în primii ani de viață.[1]

Autismul este un sindrom, ale cărui cauze sunt încă studiate. Se consideră că tulburările manifeste din cadrul acestui sindrom se datorează unor defecțiuni genetice, ale unor interacțiuni

[1] Universitatea din Oradea, lect.univ.dr. Facultatea de Geografie, Turism și Sport, email danacristea07@yahoo.com
[2] Profesor de educație fizică, Liceul Teologic Greco-Catolic Iuliu Maniu Oradea
[3] Fiziokinetoterapeut specialist; Terapeut Ocupațional, liber profesionist

între gene sau mutații rare cu efecte majore.[2] Gradele acestuia variază de la mediu spre sever, aproximativ 75% dintre persoanele diagnosticate cu autism asociind tulburări sau întârziere în dezvoltarea mintală. Unii dintre aceștia sunt capabili să interacționeze cu persoanele din jur, într-un context social adecvat și structurat și, să înțeleagă corespunzător regulile din lumea înconjurătoare, astfel încât să participe semnificativ în a luarea deciziilor privitoare la viața lor, la locul de muncă, familie și prieteni.[3]

În trecut autismul era considerat o tulburare rară. Acum este acceptat faptul că această tulburare nu este atît de rară (autismul se întâlnește mai des decît sindromul Down sau paralizia cerebrală, de ex.). În întreaga lume 5 din 10.000 de persoane sunt diagnosticate cu "autism clasic", "autismul lui Kanner", iar aproximativ 20 din 10.000 de persoane sunt diagnosticate ca avînd "tulburări din spectrul autistic", după Wing și Gould (1970).[4]

Aproximativ unul din fiecare 68 de copii din Statele Unite sunt diagnopsticați cu "autism spectrum disorder" (ASD). Acesta este de aproximativ de patru ori mai frecvent la baieti decat la fete. Poate afecta copii de toate rasele și clasele sociale, oriunde trăiesc. Cercetatorii nu sunt sigur ce cauzează ASD, de aceea este numit un ca fiind o "tulburare cu spectru larg", deoarece simptomele sunt diferite pentru fiecare copil. Simptomele pot varia de la ușoară până la severă și se pot schimba pe măsură ce copilul crește. Nu există doi copii cu ASD la fel. Acest lucru face ca înțelegerea acestui sindrom și aflarea celei mai bune strategii terapeutice să continue să provoace echipa de reabilitare.[5]

Jean Ayres, psiholog și terapeut ocupațional, fondatoarea teoriei ce fundamentează "Terapia de Integrare Senzorială", explica la începutul anilor 1960 (de verificat anul..) relația dintre dificutățile în interpretarea informațiilor senzoriale provenite din mediul înconjurător de către SNC imatur și dificultățile întâmpinate în procesul de învățare, inclusiv cel motor.[6]

Studiile realizate de către specialiști arată că printre persoanele afectate de tulburări de integrarea senzorială, se află și copiii diagnosticați cu autism, care pot asocia și grave probleme de limbaj.

"Disfuncția de Integrare Senzorială /DIS" este comună copiilor cu autism și, nu numai. DIS afectează comportamentul copiilor, influențează modul lor de învățare, de mișcare, relațiile cu ceilalți și percepția sinelui. Înțelegerea informațiilor cu privire la DIS ne permite să identificăm copiii care se confruntă cu consecințele acestei disfuncții și să stabilim o strategie adecvată.[7]

Intervenția terapeutică presupune comunicarea și existența echipei multidisciplinare (familie, medic neuro-psihiatru, asistent medical, psiholog, terapeut ocupațional, logoped, kinetoterapeut) care pune în centru preocupării sale copilul/tânărul diagnosticat cu autism. Referindu-ne strict la sfera educațională putem vorbi despre interacțiunea cu colegii de clasă, cu profesorii, la care se adaugă , nu în ultimul rând, familia care are un rol extrem de important.[8]

Acești copii au nevoie de intervenția specialiștilor, bazată pe cunoaștere, atitutidine corespunzătoare și abilități, necesare asigurării unei copilării și vieți cât mai normale posibil.[9]

Noile cercetări arată că intervenția timpurie poate avea un rol important în abordarea terapeutică a persoanelor cu autism. Experiența practică demonstrează faptul că terapia are o importantă componentă educațională, cognitiv-comportamentală. Scenariul terapeutic se aplică fiecărui individ în parte, în funcție de simptome și nevoi, deoarece fiecare copil / tînăr autist prezintă propriile particularități. Abordarea terapeutică include:

- Terapie ocupațională, în scopul facilitării independenției în activitățile de auto-îngrijire, de muncă și joacă sau de timp liber, precum și al adaptării factorilor sociali de mediu la nevoile individului;
- Educație specială, în scopul învățării și dezvoltării abilităților de comunicare și interacțiune socială, în sistemul public sau în comunitate (ONG-uri și centre de zi specializate);
- Programe de integrare social, care să ajute persoana să înțeleagă și să se adapteze regulilor lumii înconjurătoare;

- Asigurarea unui mediu structurat și bine organizat, bazat pe rutină;
- Terapie cognitiv-comportamentală (ABA - applied behavioral analysis; TEACCH - treatment and educatiom of autistic children), în scopul unie eficiente și funcționale comunicări (non-verbale, gestua și /sau prin imagini/ pictograme);
- Regim igieno-dietetic;
- Farmacoterapie, sub îndrumarea medicul specialist de neuro-psihiatrie infantilă;
- Terapie fizică, în scopul unui mai bun control al comportamentului motor și al stereotipiilor;
- Logopedie, în abordarea tulburărilor de limbaj. [1]

Terapia de fiecare zi este o metodă dezvoltată în Japonia dar folosită și în SUA; aceasta include elemente des întâlnite în educația copiilor autiști, dar acordă o deosebită atenție exercițiului fizic.[10] Specialiștii afirmă că rezultatele sunt extraordinare, cu un procentaj de recuperare de 80%. [1]

Încă de la 3 ani, copiii cu autism pot beneficia de un program educațional adecvat nevoilor lor. Acesta se bazează pe dezvoltarea comunicării, integrare socială și comportamentală. Problemele comportamentale și comunicarea pot interfera cu învățarea, ceea ce determină asistență profesională în domeniul autismului, care ajută la implementarea unui program de îngrijire atât afară cât și în casă.[11]

Copiii cu autism învață mai ușor atunci când informațiile sunt prezentate atât verbal cât și vizual. În acest sens este foarte importantă interacțiunea cu persoanele obișnuite. De asemenea pentru a preîntâmpina problemele frecvente întâlnite în învățare la școală, este indicat să se dezvolte programe și pentru părinți.

Problema majoră a persoanelor diagnosticate cu autism este aceea că ei nu pot folosi, corela sau combina informațiile primite. Ei le percep ca informații izolate pe care le corelează greșit sau nu văd nici o legătură între ele. Autiștii se bazează pe informații stereotipe cu care sunt obișnuiți și se simt în siguranță, orice relație nouă este străină și sunt reținuți.

Comunicarea

Suportul vizual are o mare importanță în realizarea comunicării în cazul copiilor cu autism deoarece: [11]

- este stabil în timp;
- atrage și păstrază atenția;
- reduce anxietatea;
- este o tehnică promptă.

Pentru a putea realiza o bună comunicare se vor utiliza aceleași cuvinte de fiecare dată în aceeași situație, astfel: [11]

- utilizarea propozițiilor și frazelor simple;
- vorbirea să fie lentă și clară;
- exagerarea tonului vocii și a expresiei faciale;
- folosirea limbajului gestual, pictograme, obiecte etc. Însoțite de limbajul verbal;
- dacă starea copilului nu este favorabilă desfășurării activității propuse se va modifica tonalitatea și va crește suportul vizual;
- este important să se imite ceea ce spune copilul.

Non-verbalul sau gândirea/imaginarea vizuală a deprinderilor

Când se dorește însușirea noilor deprinderi se va încerca găsirea unor strategii de învățare prin utilizarea imaginilor și a demonstrației. Utilizând această metodă rezultatele vor apărea fără îndoială. Primul pas de urmat în această strategie este coordonarea deprinderilor vizuale cu cele motorii (coordonare ochi-mână). În această formă simplă se obține abilitatea de a privi un obiect și de a-l apuca. Se va trece apoi la manipularea diferitelor obiecte cu sarcini tot mai complexe cum ar fi așezarea acestora într-un coș. Următorul pas este diferențierea obiectelor. [11]

Imitarea

Este cel mai important mijloc de învățare specific dezvoltării copiilor. Această metodă este însă dificilă și greoaie pentru copiii cu autism deoarece presupune atenție din parte copilului spre o altă persoană. Astfel, la început se vor utiliza modalitățile cele mai simple de imitat, trecând treptat la forme mai dificile.

Imitarea mișcărilor corporale urmează după imitarea obiectelor. Aceasta cere un efort mai mare deoarece copilul trebuie să-și amintească ceea ce i s-a arătat și după aceea să imite mișcarea. Se pornește de la bătăi din palme, lovirea mesei cu palmele, scuturarea brațelor și fluturarea brațelor. Ulterior se vor efectua mișcări de conștientizare corporală, cum ar fi: așezarea mâinii pe nas, pe cap. Mai dificilă ar fi imitarea a două mișcări ăntr-un timp, spre exemplu: așezarea unei mâini pe un umăpr și cealaltă pe șold. Imitarea secvențelor motorii ridică probleme mai mari, deoarece impun respectarea unei ordini de desfășurare a acestora.

Jocurile sociale timpurii

Copiii cu autism întâmpină dificultăți în abordarea jocurilor sociale. Existența componenței motorii/fizice determină realizarea cu succes a acestor jocuri. În abordarea activităților fizice este important ca acestea să se desfățoare după o anumită rutină. De exemplu, se va număra până la trei și apoi se va începe acțiunea/jocul.

Copiii dezvoltă, în general, deprinderi de jocuri sociale, întâi și apoi învată să se joace cu jucăriile. Aceasta se întâmplă deoarece, de obicei progresul social are loc mai repede decât dezvoltarea motorie. Copiii cu autism deseori își dezvoltă deprinderile de joc, în ordinea inversă, deoarece raportându-se la deprinderile sociale, deprinderile motorii sunt mai puternice. Prin urmare, aceștia învatâ mai întâi jocul cu jucăriile, iar apoi jocurile sociale. [11]

Jocurile în perechi

Acesta trebuie implementate cu precauție deoarece copilul cu autism poate fi deranjat sau chiar întristat de prezența altor persoane. Implicarea perechilor în jocurile cu autism nu este întotdeauna legată de dezvoltarea deprinderilor sociale. Introducerea treptată a partenerilor va ajuta la asigurarea succesului în ceea ce privește interacțiunea socială a copilului cu autism.

Adolescenţa reprezintă deseori o perioadă de schimbări majore: la unii indivizi comportamentul se poate deteriora, pe cînd la alţii se ameliorează unele dificultăţi. Aproximativ 30% dintre persoanele cu autism manifestă o deteriorare temporară a simptomelor, în timp ce la circa 20% deteriorarea poate deveni permanentă (creşte hiperactivitatea, agresivitatea, ritualurile şi stereotipiile, apar dificultăţile de limbaj, regresie a competenţelor sociale, inerţie în nivelul de activitate). De ex., după literatura de profil, la pubertate este posibilă o regresie a limbajului în 10% din cazuri.[12]

Persoanele cu autism prezintă un spectru larg pentru diagnostic cum ar fi [7]:

- probleme de limbaj, în înțelegere, scris, vorbit, socotit;
- hipersensibilitate la sunet, fascinație pentru stimuli luminoși;
- neplăcere la atingeri fine, presiunile sunt acceptate;
- coordonare motorize săracă, deficiențe de postură;
- probleme la hrănire, dormit, băut;
- posibile dizabilități fizice,(epilepsia);
- comportament agresiv, automutilare, țipat, alergat.

Scop

Luând în considerare cele menționate anterior dorim să evidențiem câteva activități fizice pe care le-am realizat cu un grup de tineri, cu vârsta cuprinsă între 18-19 ani , diagnosticați cu autism.

Ipoteză

Exerciţiile utilizate pot influenţa comportamentul motric al tinerilor cu autism.

Material si metodă

Studiul s-a desfăşurat pe 5 tineri cu autism media de vârstă 18,4 ani, vârsta minimă 18 ani, vârsta maximă 19 de ani. Subiecții cercetării provin din familii biparentale, fără antecedente neurologice la ceilalți frați, au frecventat școala specială, fost evaluați de către comisia de specialitate ca având un coeficient de inteligență cuprins între 40-70, fără afecțiuni asociate. Metoda utilizată în cadrul acestui studiu a fost observația directă.

Tabel nr.1. Date de identificare ale subiecților

Nr.crt	Nume și prenume	Vârsta ani	Școlarizare	IQ	Afecțiuni asociate
1.	G.P.	19	Școala specială nr.2 Oradea	Sub 40	-
2.	M.F.	19	Școala specială nr.2 Oradea	Sub 40	-
3.	B.M.	18	Școala specială nr.2 Oradea	sub 70	-
4.	C.A.	18	Școala specială nr.1 Oradea	Sub 60	-
5.	S.I.	18	Școala specială nr.1 Oradea	Sub 60	-

Mijloace de evaluare

Pentru a cunoaște nivelul achizițiilor motrice am stabilit o baterie de exerciții libere de conștientizare corporală, deprinderi motrice de bază și exerciții cu mingea. Rezultatele obținute au determinat organizarea, selecționarea și aplicarea activităților motrice viitoare. Testele au fost reluate după 6 luni de exersare a diferitelor activități motrice descrise mai jos.

Testul 1. Exerciții de conștientizare corporală: îndoirea brațelor cu mâinile pe creștet, pe umeri pe pe șolduri, pe genunchi, pe glezne;
Testul 2. Dribling multiplu pe loc cu mâna îndemânatică;
Testul 3. Dribling multiplu din mers;
Testul 4. Aruncare mingii ușoare la țintă fixă pe perete de la distanță de 3m (trei încercări);
Testul 5. Sărituri succesive pe două picioare în cercuri(cinci sărituri legate);
Testul 6. Deplasare în echilibru pe o linie trasată pe sol.

Activitățile motorii se realizează într-o sală amenajată corespunzător, la sediul Asociației SOS Autism Bihor și pe teren de sport în aer liber, cu o periodicitate de 1 ședință pe săptămână, durata fiind de 45 minute. La o ședință participa cel mult 3 tineri cu autism.

Pe parcursul desfășurării activităților fizice am observat că utilizarea unor obiecte cum ar fi mingile, crează o atmosferă propice dezvoltării deprinderilor motorii de bază și funcționale.

Algoritm de exerciții

Astfel, în metodica învățării exercițiilor fizice de către persoanele cu autism propunem următorul algoritm:

Exerciții din mers și alergare

- exerciții de acomodare cu mingea: treceri dintr-o mână în cealaltă, aruncări și reprinderi pe verticală;
- lovirea mingii de sol(dribling multiplu și reprindere cu o mână sau cu ambele mâini);
- din deplasare rotarea mingii în jurul bazinului;
- din deplasare – 8 pași mers cu brațele sus, mingea între palme, 8 timpi mers cu brațele înainte-jos, 8 timpi mers cu brațele înapoi-jos;
- din deplasare cu mingea susținută sus – coborârea brațelor alternativ lateral, cu mingea în mână;
- din deplasare, ridicarea alternativă a genunchilor și trecerea mingii pe sub picior dinspre exterior spre interior;
- sărituri cu mingea susținută la nivelul genunchilor, apoi la nivelul gleznelor;

- din deplasare – lovirea mingii în sol și prinderea mingii în aer, însoțită de săritură;
- alergare laterală cu brațele înainte, mingea între mâini;

Exerciții pe loc (acestea se execută pe numărătoare):

Ex 1.

P.I. Stând cu mingea în mâini, brațele jos:
1. Ridicarea brațelor sus;
2. Coborâre brațelor jos.

Ex. 2

P.I. Stând cu brațele sus și mingea între mâini:
1. Rotarea brațului stâng prin înainte, mingea rămâne în mâna dreaptă;
2. Revenire în P.I.
3. Rotarea brațului drept prin înainte, mingea rămâne în mâna stângă;
4. Revenire în P.I.

Ex. 3

P.I. . Stând cu mingea în mâini, brațele jos:
1. Ridicarea brațelor sus cu mingea între mâini;
2. Îndoirea trunchiului stânga;
3. Revenire în stând cu brațele sus;
4. Revenire în P.I.;
5-8. Idem spre dreapta.

Ex. 4

P.I. Stând cu mingea în mâini, brațele jos:
1. Ridicarea brațelor sus cu mingea între mâini și pas lateral stânga;
2. Îndoirea trunchiului spre piciorul stâng;
3. Revenire în 1;
4. Revenire în P.I.;
5-8. Idem spre dreapta.

Ex.5

P.I. Stând cu mingea în mâini, brațele jos:
1. Îndoirea genunchiului stâng și trecerea mingii pe sub genunchi, dinspre exterior spre interior;
2. Revenire în P.I.
3. Ridicare pe vârfuri cu brațele sus și mingea înte mâini;
4. Revenire în P.I.
5-8. Idem cu piciorul drept.

Ex. 6

P.I. Stând cu mingea în mâini, la nivelul șoldului;
1-2. Bătaia mingii în sol, apoi bătaie din palme înaintea reprinderii mingii.

Ex.7

P.I. Stând cu mingea în mâini, la nivelul șoldului;
1-2. Bătaia mingii în sol, apoi bătăi multiple din palme înaintea reprinderii mingii.

Ex. 8

P.I. Stând cu mingea în mâini, la nivelul șoldului;

1-2. Bătaia mingii în sol și întoarcere 360 grade spre stânga, apoi prinderea mingii.
3-4. Idem cu întoarcere spre dreapta.

Ex. 9

P.I. Așezat sprijinit, cu mingea prinsă între glezne:
1-2. Ridicarea picioarelor întinse la 45 grade și menținere;
3-4. Coborârea picioarelor întinse în P.I.

Ex.10

P.I. Așezat sprijinit, cu mingea prinsă între glezne:
1. Ridicarea picioarelor întinse la 45 grade;
2. Răsucirea picioarelor spre stânga;
3. Revenire in pozitia 1;
4. Revenire în P.I.

Exerciții cu partener

Ex.1

P.I. Așezat depărtat, față în față cu partenerul, cu mingea pe sol la nivelul bazinului:
1-2. Rostogolirea mingii pe sol către partener cu mâna stângă și prinderea mingii de către partener cu mâna stângă;
3-4. Reprimirea mingii de la partener, tot cu mâna stângă.
5-8. Idem dar cu mâna dreaptă.

Ex. 2

P.I. Așezat depărtat, față în față cu partenerul, cu mingea pe sol la nivelul bazinului:
1-2. Rostogolirea mingii pe sol către partener cu mâna stângă și prinderea mingii de către partener cu mâna dreaptă;
3-4. Partenerul rostogolește mingea pe sol cu mâna dreaptă și se prinde cu mâna stângă
5-8. Idem dar cu schimbarea mâinilor de prindere și rostogolire.

Ex.3

P.I. Așezat depărtat, față în față cu partenerul, cu mingea între palme, la nivelul pieptului:
1-2. Pasarea mingii, la nivelul pieptului și prinderea ei de către partener;
3-4. Reprimirea mingii de la partener.

Ex. 4

P.I. Așezat depărtat, față în față cu partenerul, cu mingea între palme, deasupra capului:
1-2. Pasarea mingii, cu ricoșare din sol și prinderea ei de către partener;
3-4. Reprimirea mingii de la partener.

Ex.5

P.I. Stând depărtat cu mingea între palme, la nivelul pieptului:
1-2. pasarea mingii cu două mâini de la piept și prinderea ei de către partener;
3-4. reprimirea mingii de la partener.

Deprinderi motrice specifice jocului de baschet

- Aruncări la coșul de baschet din față și lateral, de la distanțe ce cresc treptat (1-3 m).
- Structuri de exerciții din jocul de baschet

Structura 1

Pas – Dribling – Oprire – Aruncare la coș de pe loc

Pas către partener cu două mâini de la piept – reprimire – dribling printre jaloane (unilateral sau bilateral) – oprire într-un timp – aruncare la coș de pe loc – recuperarea mingii și deplasare la coada șirului.

Structura. 2

Pasarea mingii cu partenerul, dar încrucișat cu altă pereche. Prima pereche pasează de la piept, cealaltă pereche pasează cu pământul. Apoi se schimbă rolurile.

Parcurs aplicativ

1. Mers în echilibru pe banca de gimnastică (partea îngustă), coborâre – dribling printre jaloane (4) – rostogoliri laterale din culcat dorsal, cu brațele sus și mingea ținută între mâini.
2. Dribling printre jaloane – mers în echilibru pe banca de gimnastică – târâre joasă pe saltele (3)

Rezultate

În urma aplicării testelor pentru evaluarea comportamentului motric al subiecților cu autism am obținut următoarele valori. La aplicarea testelor indicatorul ”+” semnifică reușita exercițiului iar ”-” nerealizarea exercițiului. Rezultatele obținute au fost centralizate în tabelele următoare.

Tabel nr.2. Rezultatele obținute la testarea inițială

Nr.crt	Nume și prenume	Test 1	Testul 2	Testul 3	Testul 4	Testul 5	Testul 6
1.	G.P.	-	-	-	-	-	-
2.	M.F.	-	-	-	-	-	-
3.	B.M.	+	+	-	+	+	+
4.	C.A.	+	-	-	+	-	+
5.	S.I.	-	-	-	+	-	+

Se observă că la exercițiul de conștientizare corporală 3 dintre subicții cercetării au avut dificultăți în realizarea cerințelor pe când 2 subiecți au reușit să efectueze exercițiul.

La realizarea driblingului pe loc doar un participant a reușit să respecte cerința, iar la driblingul din deplasare nici un subiect nu a reușit să realizeze sarcina de lucru. Trei dintre subiecți au reușit să nimerească ținta din trei încercări, ceilalți 2 subiecți nu au atins această performanță. Testul numărul cinci, care a constat din sărituri pe ambele picioare în 5 cercuri succesive, a ridicat probleme în realizare, astfel un subiect a reușit parcurgă testul corect. Deplasarea în echilibru pe o linie dreaptă a ridicat probleme în 2 cazuri, ceilalți 3 subiecți au efectuat corect deplasarea.

Tabel nr.3. Rezultatele obținute la testarea finală

Nr.crt	Nume și prenume	Test 1	Testul 2	Testul 3	Testul 4	Testul 5	Testul 6
1.	G.P.	+	-	-	+	-	+
2.	M.F.	+	+	-	+	+	+
3.	B.M.	+	+	+	+	+	+
4.	C.A.	+	+	+	+	+	+
5.	S.I.	+	+	+	+	-	+

La testarea finală se observă îmbunătățiri la toate testele aplicate în special la testul de conștientizare corporală, aruncarea la țintă fixă și deplasare în echilibru pe o linie dreaptă cu

lungime de 3m. În ordine descrescătoare driblingul pe loc este realizat de 4 subiecți și cu 3 reușite se află testul driblingului din deplasare și săriturile pe ambele picioare în cinci cercuri succesive.

Discuții

În urma analizării rezultatelor obținute la cele șase teste am stabilit strategia de acționare în orele de activități motrice.

- se observă că o abordare corespunzătoare în ceea ce privește accesibilitatea și dozarea efortului determină însușirea deprinderilor motrice vizate, de bază și utilitar-aplicative fapt ce reiese rezultatele obținute la testarea finală după 6 luni de activități motrice;
- deși problematica integrării senzoriale este vastă la persoanele cu autism se pot aborda exercițiile de echilibru, exerciții de manipulare a obiectelor;
- integrarea deprinderilor motrice de bază și utilitar-aplicative în trasee aplicative, se pot realiza, respectând principiile de bază în învățarea motrică;
- se observă că răspunsul motor la diversele solicitări se realizează cu o anumită stângăcie în funcție de gradul deficienței așa cum reiese din rezultatele obținute la testele aplicate;
- Schimbarea mediului de lucru se va face treptat lăsând copilul cu autism să se obișnuiască cu noile condiții în caz contrar raspunsul motor va avea de suferit.
- Abordarea activităților cu partener impune găsirea unor variante optime în funcție de gradul deficienței și de compatibilitatea afectiv-emoțională;
- Se observă însușirea caracteristicilor de ritm în ceea ce privește efectuarea exercițiilor de analitice;

Concluzii

Tinerii cu autism preferă activități de rutină, care se vor repeta în condiții similare o perioadă de timp și cu același profesor/terapeut cu care sunt obișnuiți. Orice persoană necunoscută poate crea interferențe în modul de desfășurare a activității motorii așa cum putem afirma din observațiile directe efectuate.

Activitățile motorii, de manipulare a obiectelor, cum ar fi mingile, sunt preferate de către tinerii cu autism;

Se constată un progres evident în ceea ce privește însușirea deprinderilor motrice de bază, aplicative(târârea, echilibrul) și specifice jocului de baschet.

Referinţe bibliografice

[1] Gherguț, A. Sinteze de psihopedagogie specială: Editura Polirom Iasi, 2005, pp.197
[2]Kanner L. Autistic Disturbances of Affective Contact. *The Nervous Child*. Vol. 2, 1943, pp. 217–250
[3] Autism Society of North Carolina
[4] Wing L. Asperger's syndrome. A clinical account, *Psychological Medicine*. Vol. 11, 1981, S. 115–129
[4] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0055659/
[6] Boundy A. C. at all. Sensory integration. Theory and practice: second edition, 2002. pp.3
[7] Carol S. K. The out-of-Sync Child, Recognizing and Coping with Sensory Integration Dysfunction, A Skylight Press Book, 1998, pp 3.
[8] Ciobanu D. Kinetoterapia în pediatrie, Caiet de lucrări practice, Editura Universității din Oradea, 2012, pp. 7
[9] Pasztai Z. C. Kinetoterapie în neuropediatrie, Editura Arionda, 2004, pp.11
[10] Abrudan, C. Vademecum de psihopedagogie specială. Editura universității din Oradea, 2007, pp.135.
[11] AUCTORES, VZW. Autism. Course leaders and Lecturers. Paul Himschoot, 2004.
[12] http://www.autismromania.ro/site/SprijinSfaturiIdei/ceEsteAutismul/.