

PERSPECTIVE CONTEMPORANE ASUPRA TULBURĂRII PERVASIVE DIN SPECTRUL AUTIST

Antoaneta ZANFIRACHE, N. COSMOVICI, Cornelia SINGHER,
Claudia NĂSĂUDEAN, I. RĂȘCANU

Abstract:

The paper dwells on topical issues related to autism spectrum pervasive disorders. Autism, in all its manifestations, may be defined as a psychosocial malfunction, and at individual level the autistic person is in disharmony with the very core of his/her being.

The theoretical explanatory models related to autism are: the classical psychological models defined in the 1980's (Theory of Mind, Theory of Executive Function, Theory of Central Coherence) and topical theories of the 1990's (Hobson's Emotional Theory, Extreme Male Brain Theory, Neuronal systems determining social conduct, Implicit Learning Theory, Mirror Neuron Theory, Prominent Scenery Theory).

The classical models and topical theories on autism form the grounds of later research in the extremely complex field of child autism.

Experiența clinică ne oferă posibilitatea de a aprecia că, autismul, se poate defini, *în ansamblul manifestărilor sale*, ca o disfuncționalitate psihosocială (o nefuncționalitate la nivelul claviaturii relațiilor sociale specifice interacțiunii și comunicării umane), iar *la nivel individual*, persoana autistă se află în disonanță cu nucleul ființei sale. Această modalitate de interacționare psihocomportamentală și socială reprezintă „altceva”, în contextul relațiilor umane necesitând noi paradigme de înțelegere și intervenție, contextuale și relaționale.

Disfuncționalitatea socială care nu funcționează la nivelul diapazonului uman conduce la observația incapacității analizei corecte a informației transmise; partea superioară a feței interlocutorului (ochii și sprâncenele) nu este pentru copilul autist purtătoare de mesaje, ci, dimpotrivă, îi provoacă o stare reactivă extremă și insuportabilă. Partenerul uman (prin privirea acestuia, față, expresii mimice, intonația vocii), nu poate să-l acompanieze așa cum ar necesita organizarea sa psihică pentru a se orienta în mediu, generând, de foarte multe ori, reacții intempestive de revoltă, izbucniri clactice, retragere și izolare.

Copilul autist supraviețuiește în mediu, ancorându-se cum poate de senzațiile care îi conferă o oarecare siguranță, senzații care, cu timpul, devin stereotipe. **Folosește stereotipiile pentru a umple câmpul conștiinței** și a-i asigura o oarecare stabilitate și siguranță în multitudinea de stimuli și manifestări psihologice cu care vine în relație, reducând astfel informația deranjantă, nedorită, căreia nu îi poate răspunde. Primește din mediu stimulii *fără o schemă de filtrare* caracteristică unei comunicări normale, reacționează total sau deloc la aceste senzații care, nemodulate, sunt extreme; se simte agresat de stimulii pe care nu știe să-i organizeze și, cel mai adesea, oscilează între o *inhibiție totală* sau o *deschidere totală*. Astfel, în sfera vizuală, poate fixa o sursă luminoasă, puternică, fără să pară deranjat sau jenat sau, dimpotrivă, nu poate suporta privirea intensă a cuiva fără să-și întoarcă fața. Stereotipiile caracteristice copilului autist de balansare înainte și înapoi, odată ce a asimilat poziția verticală, la seriile interminabile pe saltea, la mișcările de rotație în jurul propriei axe,

reprezintă **comportamente auto-stimulante cu rol de a organiza câmpul conștiinței, de a-l ocupa spiritual, de a diminua activitatea cerebrală dezorganizată și de a evita supraîncărcarea.**

La nivelul dinamicii psihocognitive, filtrajul stimulilor și al informației nu se face urmând tiparele sociale: figurile și formele sunt extrase prin fragmentarea excesivă a gestaltului cu particularitatea fărâmițării acestuia în fragmente perceptive din ce în ce mai mici. Sunetele sunt triate, filtrate, în funcție de caracteristicile fonetice sau ritmice și nu în funcție de semnificație. Dificultatea de a simplifica mediul înconjurător în forme, scheme, categorii, sisteme este datorată **incapacității de a segmenta informația în unități cu sens.**

Această dezorganizare este originea tulburărilor de comprehensiune, a tulburărilor de limbaj cu particularitatea repetării cuvintelor ca un ecou (ecolalia) sau solilocvia.

Autistul, mai ales când este hipertonic, se prezintă ca un copil vioi, independent, voluntar, în cadrul primului an de viață, fără a genera întrebări în ceea ce privește dezvoltarea sa; deficitul său intelectual și social nu iese în evidență decât cu timpul, moment care vizează mai ales stabilitatea relațiilor sociale reciproce, operațiile mentale abstracte și cele verbale. Particularitatea se va evidenția, de-a lungul anilor ce urmează să se desfășoare, oferind chiar iluzia unei supradotări. Pe măsură ce dezvoltarea își continuă ritmul, se observă că talentele sale excepționale apar acolo unde nu este necesară speculația plecând de la punctul de vedere al celuilalt. În viziunea lui Schopler (1991), autiștii cei mai dotați prezintă o formă de inteligență care nu le permite sesizarea subtilităților socialului sau ale limbajului verbal în timpul conversației sau interacțiunii sociale reciproce. Regulile jocului social le sunt aproape inaccesibile și necesită eforturi considerabile pentru a regla distanța, postura, mimica, timbrul vocii, pentru a ști cum să se apropie de grup.

Înțelegerea patologiei și psihopatologiei autiste necesită și impune referiri la diferitele teorii și modele evocate de-a lungul timpului, din nevoia de a ne apropia de o viziune cât mai completă asupra acestei problematice deosebit de severe.

Termenul de autism a fost descris pentru prima dată în anul 1911 de către E. Bleuler ca simptom secundar al schizofreniei, ca „predominanță” a vieții interioare și detașare activă de lumea exterioară. Autismul va ocupa, odată cu lucrările lui E. Minkowski, H. Ey, O. Biswanger, un loc tot mai important ca tulburare a acestei boli.

Eugen Bleuler, așa cum subliniam anterior, descrie, pentru prima dată, noțiunea de autism într-o monografie dedicată formelor inițiale de apariție a schizofreniei, intitulată semnificativ „*Demența precocă sau grupa schizofreniilor*”. Autismul este descris în lucrarea menționată ca o „*tulburare caracteristică schizofreniei ce constă într-o desprindere a gândirii de realitatea general recunoscută, asociată cu preponderența absolută sau relativă a vieții psihice interioare.*” Bleuler făcea referire la o „lume autistă” tot atât de reală pentru bolnav ca și cea adevărată, dar o realitate strict individuală diferită de a celorlalți semeni.

În 1943, medicul austriac Leo Kanner descrie pentru prima dată afecțiunea recunoscută astăzi sub denumirea de „autism infantil” prin raportare la 11 cazuri de copii ce manifestau o lipsă aparent congenitală de interes față de oamenii din jur; erau, în schimb, atrași de aspectele neobișnuite, bizare ale mediului înconjurător neînsuflețit. A numit această afecțiune „*Sindromul Kanner*”. Deoarece tabloul clinic este foarte asemănător cu cel al schizofreniei a generat de-a lungul timpului nenumărate controverse, cercetări, studii clinice, pentru a decide dacă sindromul Kanner este sau nu forma infantilă a schizofreniei.

În descrierea sa, Leo Kanner a izolat un număr delimitat de semne clinice caracteristice psihozei autistice odată constituite:

- debutul precoc al tulburărilor, în general, în primii doi ani de viață;
- izolarea totală, indiferență și dezinteres față de persoanele și mediul înconjurător;
- tendința la imuabilitate, de a menține stabil și nemodificat mediul material obișnuit de viață, iar stabilirea reperelor fiind pentru el obiectul unor verificări permanente mai mult sau mai puțin rituale;
- stereotipii gestuale repetitive, restrânse;

- limbajul caracterizat fie de achiziții, o melodie particulară, un limbaj care nu are decât puțin sau deloc valoare comunicativă, marcat fiind de ecolalie, prin repetarea cuvintelor altora, incapacitatea utilizării pronumelui personal „tu“ în loc de „eu“.

Kanner, dincolo de tulburările autiste menționate, insistă pe memoria remarcabilă, aspectul inteligent al acestor copii diferit de stările de înapoiere descrise anterior de către psihiatria clasică din perioada lui Esquirol. În aceeași perioadă de timp, savantul austriac, dr. **Hans Asperger, 1944**, a făcut observații similare referitoare la autism, dar a și evidențiat o formă de autism „higher-functioning“ cunoscută sub denumirea de sindrom Asperger.

Anul **1979**, prin studiul epidemiologic întreprins de către **Lorna Wing** și **J. Golg**, în sudul Londrei, se poate observa prezența unui „*continuum autist*“ (*spectru autist*). Din acel moment și până în prezent, se observă o creștere a interesului de a găsi o explicație cât mai completă a cauzelor care determină autismul. În absența unei explicații biologice, în prezent, autismul se definește în funcție de prezența a trei dificultăți cunoscute drept **triada lui Wing: dificultăți la nivel social, dificultăți la nivelul limbajului și a comunicării, stereotipii și interese limitate**.

Modelele explicative teoretice privind autismul constituie un pas important în înțelegerea și dezvoltarea ulterioară a modalităților de intervenție adecvate.

MODELELE PSIHOLOGICE CLASICE

Anii '80 sunt marcați de modelele explicative psihologice caracteristice **Teoriei Minții, Teoriei Funcției Executive și Teoriei Coerenței Centrale**.

- **Teoria Minții** (Theory of Mind) își are originea în studiul realizat de **Premack și Woodruff (1978)** pe cimpanzei. Se consideră că a dispune de o Teorie a Minții constă în a atribui stări mentale independente atât propriei persoane, cât și celorlalți, cu obiectivul de a explica și a anticipa comportamentul. Orice om normal înțelege lumea cu ajutorul unui „*instrument mintal*“ sau *model cognitiv* prin care se realizează abilitatea de a realiza relațiile existente între stările externe ale lucrurilor și stările interne ale minții. **Simon Baron-Cohen, Alan Leslie și Uta Frith** studiază pentru prima dată această teorie în cazul autismului în anul **1985**, în articolul „Dispune copilul autist de o Teorie a Minții?“. Mai târziu, această întrebare generează teste (sarcini) de teorie a minții de nivel primar și de nivel secundar.

Test de **nivel primar** : se utilizează două păpuși care reprezintă următoarea situație: Sally are un coș și Anne are o cutie. Sally are o minge; pune mingea în coșul său, după care se duce la plimbare. Anne ia mingea din coșul lui Sally și o pune în cutia sa. Sally se întoarce și dorește să se joace cu mingea sa. Întrebarea care se pune copiilor este: „Unde va căuta Sally la întoarcere mingea?“. Copiii care nu au o teorie a minții formată răspund, în general, că în cutia Annei, pentru că au văzut schimbul și nu-și dau seama că Sally nu a văzut nimic.

La **nivel secundar**, în testul falsei credințe, se testează capacitatea copilului de a reprezenta credința (falsă) a unui personaj asupra a ceea ce gândește alt personaj. Cea mai cunoscută este aceea a unui băiat, Ion, care dorește să cumpere o înghețată, dar și-a uitat banii acasă. Vânzătorul de înghețată, situat lângă un parc, îi spune că soluția ar fi să se ducă acasă să aducă banii necesari pentru că îl va găsi în parc toată după-amiaza. Mai târziu, vânzătorul decide să schimbe locul și se mută aproape de biserică. De aceea, roagă o fetiță, pe Maria, să-l anunțe pe Ion de schimbarea produsă. În drum spre biserică, vânzătorul de înghețată se întâlnește cu Ion și îl anunță în legătură cu schimbarea produsă. Maria ajungând la casa lui Ion o întâlnește pe mama acestuia care îi spune că Ion a plecat deja de acasă. În această parte a istoriei se întreabă copilul „Unde crede Maria că s-a dus Ion să cumpere înghețată?“ (credința); „De ce crede acest lucru?“ (explicația); „Unde s-a dus Ion în realitate să cumpere înghețată?“ (realitatea); „Unde era situat inițial carul vânzătorului de înghețată?“ (memoria).

Persoanele autiste nu pot gândi asupra stărilor mentale, „să citească gândurile celorlalți“ („cecitate mentală“, „mindblindness“), nu au capacitatea de a infera, în general, de a gândi asupra stărilor mentale. Învățarea compensatorie permite achiziționarea a ceea ce Uta Frith numește Teoria Minții. Copilul autist nu înțelege intențiile celui alt, nu face legătura între cuvinte și semnificația

lor. Dificultățile de bază sunt: dificultatea de a stabili relații sociale, dificultatea de a comunica și capacitatea redusă imaginativă. La copilul normal, această intuiție se va transforma, în timp, în cunoaștere implicită și-i va permite negocierea și manipularea.

Criticile aduse acestei teorii fac referință la faptul că nu se explică problemele de bază din autism, cum ar fi dorința pentru uniformitate, remarcabila memorie mecanică, interesele limitate, randamentul superior în activitățile manipulative și interesul pentru detalii.

Se formulează astfel ipoteza Coerenței Centrale.

• **Teoria Coerenței Centrale** (Central Choerente Theory), formulată în anul 1989 de către Uta Frith, își are originea în rezultatele cercetărilor realizate de Amita Shah, care își propune ca obiectiv explicarea tulburărilor perceptive ale copiilor autiști constatate în urma aplicării testului figurilor ascunse (în care, copiii autiști trebuiau să descopere o figură ascunsă într-un desen amplu încărcat de detalii semnificative). În 1989, Uta Frith ajunge la concluzia că *persoanele autiste au o „percepție fragmentată”, deoarece prezintă o percepție axată pe obiect și nu pe ansamblu*. Autistul are un mod particular de a percepe și a gândi, caracterizat de detașarea sistemelor de procesare a informației, absența contextului, fragmentarea gestaltului. În autism, primele stadii ale procesării senzoriale (unde se insistă asupra trăsăturilor locale ale stimulilor) sunt intacte, în timp ce modelarea top-down a acestor prime stadii (necesitând extragerea trăsăturilor globale ale unui stimul), nu funcționează adecvat. Așa-numitele „insule de abilități” ale autiștilor s-ar explica prin capacitatea lor excepțională de focalizare a atenției asupra detaliilor și detașarea de context. Persoanele autiste au dificultăți în considerarea contextului general, în înțelegerea situației din perspectiva complexității sale. *La normalitate*, Teoria Coerenței Centrale oferă prioritate semnificației și integrarea informațiilor într-un gestalt. În anul 2003, Uta Frith apreciază că, această teorie explică existența unor abilități speciale izolate, influența săracă din partea contextului social și interesul obsesiv pentru detalii.

Russell (2000) consideră că ipoteza coerenței centrale explică conduita comportamentelor repetitive; pe de altă parte, nu explică conduita repetitivă simplă, cu mișcările repetitive, manipularea stereotipă a obiectelor și nu oferă o explicație prezenței ecolaliei. Uta Frith (1989) consideră că persoanele cu autism *„realizează un plan și execută acțiuni într-un mod fragmentat”*. Russell (2000) consideră acest fapt ca fiind diferit de absența coerenței centrale, corelându-l cu înțelegerea și integrarea informației aferente.

• **Teoria Funcției Executive** (Executive Functions Theory) își are originea în studiile lui Ozonoff et al (1991). Aceștia au observat că funcția executivă este corelată, în mare măsură, cu capacitatea de teorie a minții, însă aceasta din urmă nu dă o explicație satisfăcătoare a cadrului complexității autiste.

Ozonoff și colab. (1994) și Rogers et al (1994) fac referire la faptul că tulburările cognitive și ale conduitei în autism sunt determinate de o problemă de bază care afectează așa-numitele „funcții executive de control”. *„Prin funcție executivă se înțelege constructul cognitiv utilizat pentru a descrie acțiunea dirijată spre un scop, orientată spre viitor, considerat ca fiind mediat de lobul frontal. Include planificarea, inhibarea acțiunilor nesemnificative, flexibilitatea, capacitatea de organizare și memoria de lucru.”* (Ozonoff, Strayer, McMahon și Filloux, 1994). Resemnificând, sunt disfuncții la nivelul lobilor centrali și anumite tulburări neurologice de dezvoltare care implică acești lobi: planificarea, memoria pragmatică, controlul impulsului, inhibare/flexibilitate mintală, inițierea și monitorizarea acțiunii. De aici rezultă stereotipiile la nivelul mișcărilor, gândurilor, intereselor și nevoia de a parcurge mereu același traseu. Monotonia, repetitivitatea, rutina sunt efectele acestei disfuncții, dar și a hipo- și hipersensibilității pe care autiștii încearcă să le evite, conform unui mecanism homeostatic de reglare.

Cercetări recente au condus la concluzia că *responsabil de formarea unei Teorii a minții este cortexul prefrontal* (Baron-Cohen et al., 1994; Fletcher et al., 1995), explicând, în același timp, deficitul de tip executiv ca fiind rezultatul proximității structurilor neuronale implicate (Russell, 2000). În consecință, ceea ce inițial se înțelegea prin Teoria Minții ar putea fi redefinit ca o deficiență a funcției executive, o incapacitate de a planifica un comportament autonom.

Uta Frith (2003) considera că teoria deficienței executive poate explica gândurile și mișcările stereotipe, interesele și conduita repetitivă, insistența de a menține totul neschimbat.

Russell (2003) consideră că deficiența executivă în cazul autismului stă la baza problemelor întâmpinate în a planifica, realiza și menține atenția, cât și a capacității de a iniția acțiuni.

Critici au fost aduse direct acestei teorii și pentru faptul că probele aplicate au fost realizate, cu preponderență, în laborator. Se apreciază că deficitul în realizarea probelor de funcție executivă sunt comune la tulburări cum ar fi: *Sindromul Gilles de la Tourette, ADHD, Sindromul X fragil*.

TEORII ACTUALE

De-a lungul anilor '90, se observă o schimbare de atitudine în explicarea și înțelegerea autismului. La aceasta a contribuit:

- creșterea numărului de copii diagnosticați cu autism; după www.wrongdiagnosis.com/a/autism/stats-country.htm, indicatorii statistici referitori la autism sunt: *prevalența* (numărul persoanelor cu autism față de numărul celor neafectate) este de cca. 1 – 1.6/100 de loc., iar *incidența* (numărul anual de cazuri nou apărute) este de 1/90.000 loc.; după www.ocali.org/nattap2007 pentru 1/166 nașteri nou-născuți pot fi diagnosticați cu autism, iar testele arată creșterea disabilității cu 10 – 17% anual;

- interesul ridicat pentru studiul simptomelor timpurii caracteristice autismului și o intervenție cât mai precoce cu rezultate remarcabile în dezvoltarea ulterioară;

- dezvoltarea tehnicilor de neuroimagică și interesul crescut pentru a observa caracteristicile funcționale ale substratului organic cerebral în autism;

- apariția de modele explicative complexe, atât neurocognitive, cât și socio-culturale.

Toate aceste puncte de vedere și contribuții obligă la noi dimensiuni de înțelegere și intervenție asupra tulburărilor din Spectrul Autist. Pentru a contribui la o și mai aprofundată înțelegere a fenomenului pervasiv din Spectrul Autist, vom continua cu prezentarea ultimelor teorii din domeniu.

➤ **Teoria Emoțională** a lui **Hobson (1988)** care consideră că, încă de la naștere, copiii dispun de o capacitate înnăscută de a relaționa cu celelalte persoane, fundament pentru toate achizițiile emoționale ulterioare, intențiile, gândurile și credințele fiecărei persoane. Se consideră că problema principală a persoanelor afectate de autism nu ar fi de natură cognitivă, ci afectivă. Hobson, 1995 apreciază că: „*Teza mea constă în faptul că nou-născuții sunt din punct de vedere biologic predispuși pentru a relaționa cu celelalte persoane într-o manieră adecvată*“. Teoria sa se bazează și pe observațiile realizate anterior de Tomasello (1979) care afirma că: „... *din momentul nașterii, se observă într-o manieră evidentă când nou-născuții se simt în armonie cu adultul și când nu; nou-născuții manifestă dezgust pentru a sta în dizarmonie cu adultul*“. De asemenea, Hobson (1995), consideră că, în condițiile în care se analizează într-o manieră separată „*perceperea corpului*“ și „*înțelegerea minții*“, nu se va ajunge la o viziune globală în ceea ce reprezintă autismul. Își exprimă astfel dezacordul în ceea ce privește Teoria Minții, considerând că, în general, conceptele mentale reprezintă construcții ipotetice generate de o teorie, fiind aplicabile observațiilor conceptuale. Astfel, conștiința interpersonală joacă un rol important în perceperea a ceea ce se numește „*conduită afectivă*“.

➤ **Teoria Extremului Creier Masculin** formulată de către **Baron-Cohen și Hammer (1997)** are la bază cercetări efectuate pe noi născuți (de până la un an), cotându-se preferința băieților de a urmări obiecte mecanice și a fetelor de a urmări trăsăturile feței (Cohen et al., 2000). Simon Baron-Cohen avertizează că nu toate femeile au un tip de creier feminin („*empathising*“) și nici toți băieții de tip masculin („*systemising*“) referindu-se la persoane ce dispun de ambele dimensiuni dezvoltate în mod echilibrat („*balanced brain*“). Simon Baron-Cohen și colegii săi de la Cambridge University au observat că autiștii de sex masculin au o mai mare capacitate de a „sistematiza“ lumea din jurul lor; chiar și în cazul oamenilor obișnuiți, bărbații sunt mai înclinați spre sistematizare, comparativ cu femeile; pe de altă parte, femeile sunt mai „empatice“, adică au capacitatea de a identifica stările mentale și de a răspunde cu emoții potrivite. Interacțiunea socială reușită implică, de obicei, empatia. Descoperirea faptului că autiștii au tendința să sistematizeze vine în sprijinul teoriei potrivit căreia autismul este o amplificare a trăsăturilor mentale masculine

obișnuite. Expunerea copilului, în uter, la un nivel crescut de testosteron explică din ce cauză și fetele sunt afectate.

➤ **Mundy (2003)**, pe baza teoriilor formulate anterior, s-a preocupat de **identificarea sistemelor neuronale ce determină conduita socială**. Se consideră că deficiența în realizarea procesului de atenție și conduită se asociază, în cazul autismului, cu perturbări în procesul inițial de auto-organizare a experienței sociale influențând cursul dezvoltării intelectuale, conduitei și a rețelei neuronale a copiilor autiști. În primele șase luni de viață, se manifestă diferite tipuri de conduită: (1) „*capacitate de atenție conjugată ca răspuns*“; (2) „*capacitate de atenție conjugată ca inițiativă*“; (3) „*conduită de cerere ca inițiativă*“ (Mundy et al., 1996). La copiii cu autism, aceste tipuri de conduită se manifestă, în mod neadecvat, și anume: *la primul tip de conduită*, se poate observa incapacitatea de a urmări privirea, de a orienta capul, de a indica gestual o persoană sau un obiect; *în cel de-al doilea tip de conduită*, este evidentă incapacitatea de a realiza contact vizual, gesturi pentru a indica sau coordona atenția cu o persoană sau obiect cu care relaționează; iar *la cel de al treilea tip de conduită*, copilul nu poate realiza contact vizual sau iniția acțiuni de coordonare cu o altă persoană, de a iniția acțiuni pentru a obține un obiect sau pentru a realiza o situație determinată. Cercetări recente evidențiază că, în jurul vârstei de doi ani, copiii afectați de autism au capacitatea de a urmări cu privirea direcția în care privește o altă persoană, cel puțin ca o formă inițială bazală (Volkmar, 2003), în timp ce la copiii mai mari cu autism se pot observa deficiențe în realizarea procesului de atenție conjugată (Mundy, 1994). Referitor la *substratul neuronal*, acesta este în legătură cu *șanțul temporal superior care se află în girusul temporal superior și ariile parietale adiacente (aria 40 Brodmann)*, „*creierul social*“, răspunzătoare de urmărirea cu privirea și capacitatea de atenție conjugată ca răspuns. Aceste arii temporale și parietale conțin rețele neuronale ce răspund la stimuli cum ar fi: trăsăturile feței, orientarea în spațiu și timp, orientarea capului, corpului, privirii către un stimul. De asemenea, studii recente au relaționat *capacitatea socio-cognitivă cu activarea cortexului fronto-dorso-median (aria 8/9 Brodmann)* și a *girusului cingulat anterior*. Kaplan et al. (1993) consideră că activitatea metabolică de la nivelul emisferului frontal stâng determină capacitatea de atenție conjugată ca inițiativă. De asemenea, un grad crescut de activitate bilaterală în zona *medio-frontală în ariile 8, 9, 6 Brodmann* poate anticipa capacitatea de a iniția gestul de a indica la vârsta de 18 luni. O frecvență înaltă în *regiunile cortico-orbito-frontale, temporale și frontale dorso-laterale* reprezintă un bun indicator la vârsta de 18 luni (Mundy, 2000). Rogers în 2003 consideră că deficiența principală în autism este procesul de imitație care afectează capacitatea de relaționare reciprocă cu adultul, funcțiile executive timpurii, cu influență în ansamblul dezvoltării socio-cognitive.

➤ **Teoria Învățării Implicite** a lui **Klinger, Klinger și Pohlig (2005)** apreciază că, la persoanele cu autism, este deficitară învățarea implicită. Acest fenomen de asimilare inconștientă de informații se produce în momentul în care persoanele constată că există o legătură între diferiți stimuli și că există o relație între diferitele experiențe trăite (de ex., pentru învățarea conceptului de abstract „pisică“ se ia în considerare reprezentarea caracteristicilor unei pisici și se adaugă cunoștințele achiziționate ca urmare a diferitelor experiențe cu pisici). Cu alte cuvinte, există dificultăți în achiziționarea informațiilor în situații care necesită combinarea diferitelor părți ale unui obiect, precum și combinarea diferitelor experiențe trăite cu acesta. Diferența dintre **TÎI** și **TCC** este că nu se face referire la integrarea la nivel cerebral a diferitelor experiențe trăite.

➤ **Teoria Neuronilor Oglindă (Giacomo Rizzolatti, Leonardo Fogassi și Gallese Vittorio, 2007)**. „*Neuronii oglindă*“ sunt un tip de neuroni specializați din celulele cerebrale cu rol de reflectare a lumii externe și stau la baza capacității de a imita, de a învăța, de a înțelege acțiunile și intențiile celuilalt. Experiențele pe cimpanzei au arătat că ariile motorii ale creierului găzduiesc subgrupuri de neuroni care se activau atât ca urmare a realizării unei acțiuni, dar și în momentul când cimpanzeul vedea pe un monitor aceeași acțiune făcută de alt cimpanzeu. Acești neuroni oglindă determină la un individ recunoașterea internă a acțiunii altui individ, înțelegerea intenției finale a unui gest cu nuanțele caracteristice ale intenției avute (a apuca o cană să o bei sau să o speli etc.), un miros urât, acțiunea negativă a unei persoane. *Sistemul neuronilor oglindă cuprind aria lui*

Broca, centrul cortical fundamental al limbajului. Experimentul s-a repetat de către Oberman, Ramachandran și Oberman, prin măsurarea activității cerebrale cu ajutorul EEG-ului; ei au ajuns la aceeași concluzie în ceea ce privește funcționalitatea „*neuronilor oglindă*“. Rețelele „*neuronilor oglindă*“ în afară de a transmite mesaje motorii permit, în același timp, determinarea intențiilor celorlalți indivizi, prin stimularea mentală a acestora. Prin studiul *girusului cingulat anterior* la persoane în stare de veghe s-a observat excitarea acelorași neuroni, atât la expunerea la un stimul dureros, cât și la vederea unei alte persoane suferind. Andrew Meltzoff, de la Universitatea din Washington, a observat că, dacă la un copil nou-născut se scoate limba, acesta repetă gestul; interesant este că nou-născutul nu poate învăța gestul, deoarece nu-și poate vedea acțiunea. În consecință, creierul copilului deține un mecanism de conexiuni care elaborează la nivelul neuronilor motori harta gesturilor mamei.

➤ **Teoria Peisajului Proeminent**, care aparține grupului de cercetători **Ramachandran, Oberman, Hirstein și Iversen**, explică simptomele secundare din autism cum ar fi: hipersensibilitatea, evitarea contactului vizual, reacții față de anumite sunete, prin alterarea conexiunilor între ariile senzoriale și amigdală.

CONCLUZII:

Modelele clasice și teoriile actuale privind problematica autismului constituie baza cercetărilor ulterioare în domeniul problematicii deosebit de complexe a autismului, ceea ce nu înseamnă că munca de cercetare, evaluare, intervenție și recuperare este pe deplin lămurită și suficient cercetată. Ambele aspecte reprezintă puncte de vedere paralele sau interdependente care încearcă să explice cât mai unitar și complet vulnerabilitatea copilului autist și a evenimentelor pe care acesta și familia lui le-a experimentat în evoluția sa existențială. Ele sunt discutabile, în funcție de particularitatea cazului relevată de datele anamnestice, observații și investigații clinice și paraclinice. Deși criteriile de diagnostic moderne par să permită o mai corectă identificare a factorilor de risc și a mecanismelor patologice, suntem încă departe de a ne afla în posesia unei teorii unitare și general valabile asupra autismului.

BIBLIOGRAFIE:

1. Rutter M., Silberg J., O'Connor T., Simonoff E., *Genetics and child psychiatry: II empirical research finding. J. Child Psychol Psychiatry*, 1999; 40:19-55.
2. *British Medical Journal*, ediția în limba română, 2003, vol. 10, nr. 9, www.bmj.ro.
3. *Particularități ale învățării în autismul infantil, Psihiatria și condiția umană*, tom II, 2005, Spitalul Clinic Universitar de Psihiatrie „Socola“, Iași.
4. Wing L., Leekam S.R., Libby S.J., Gould J., Larcombe M., *The diagnostic interview for social and communication disorder: background, interrater reliability and clinical use. J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43: 307.
5. Kanner, L., *Autistic disturbance of affective contact, The nervous child*, 1943, 2, traducere franceză par M. Rosenberg în: *Neuropsychiatrie enfance adolescence*, 1990.
6. *Post-Treatment Social Integration of Children with Contact and Communication Disorder: The "Mifne" Approach Center*, 2006, Israel.
7. *Identificarea Factorilor de Risc și Strategii de Intervenție în Interferența Socială și Educațională a Utilizării Calculatorului la Copii și Adolescenți*, Grant CNCIS, Licităția 2006, București.
8. *Revista Română de Psihiatria Copilului și Adolescentului*, vol. 1, nr. 1, iunie 2007-09-02
9. *Revista Română de Sănătate Mintală*, vol. 15, nr. 1, pp. 1-68, 2007; *Jurnalul Național al Ligii pentru Sănătate Mintală*.

Antoaneta ZANFIRACHE – Psiholog princ., Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“

Nicolae COSMOVICI – Conf. Dr., Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“

Cornelia SINGHER – Medic primar psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“

Claudia NĂȘĂUDEAN – Medic rezident, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“

I. RĂȘCANU – Medic rezident, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“