

Referenți științifici:

Prof. univ. dr. Vasile Preda

Conf. univ. dr. Ioan Moldovan

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
BĂLAȘ-BACONSCHI, CRISTINA

Autismul infantil : structuri psihopatologice și
terapie complexă / Cristina Bălaș-Baconschi. - Ed. a 4-a -
Cluj-Napoca : Presa Universitară Clujeană, 2021

Conține bibliografie

ISBN 978-606-37-1123-7

159.9

616

© 2021 Autoarea volumului. Toate drepturile rezervate.
Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice
mijloace, fără acordul autoarei, este interzisă și se pedepsește
conform legii.

Universitatea Babeș-Bolyai
Presa Universitară Clujeană
Director: Codruța Săcelean
Str. Hasdeu nr. 51
400371 Cluj-Napoca, România
Tel./fax: (+40)-264-597.401
E-mail: editura@ubbcluj.ro
<http://www.editura.ubbcluj.ro/>

CRISTINA BĂLAȘ-BACONSCHI

AUTISMUL INFANTIL
STRUCTURI PSIHOPATOLOGICE
ȘI TERAPIE COMPLEXĂ

EDIȚIA A 4-A

PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ

2021

CUPRINS

| | |
|--|----|
| 1. AUTISMUL – UN MIT TENACE | 9 |
| Scurt istoric al cercetărilor | 9 |
| 2. ETIOLOGIA AUTISMULUI INFANTIL – O PROBLEMĂ CONTROVERSATĂ | 17 |
| 2.1. Teoriile psihogenetice..... | 17 |
| 2.2. Teoriile cognitiviste | 18 |
| 2.2.1. Teoria lingvistică..... | 18 |
| 2.2.2. Teoriile perceptive | 19 |
| 2.2.3. Teoria hemisfericității | 19 |
| 2.2.4. Teoriile metareprezentationale | 20 |
| 2.3. Teoriile etologice..... | 20 |
| 2.4. Teoriile psihodinamice | 24 |
| 2.4.1. Teoria sistemică | 24 |
| 2.4.2. Fenomenologia..... | 24 |
| 2.4.3. Psihanaliza..... | 25 |
| 2.5. Argumente în favoarea originii parțial organice a autismului | 28 |
| 2.5.1. Semnele reperabile la examinarea medicală a copiilor autiști | 28 |
| 2.5.2. Explorările electrofiziologice..... | 28 |
| 2.5.3. Anomaliile anatomice ale creierului, imaginile cerebrale și datele neurobiologice..... | 29 |
| 2.5.4. Constatările biologice | 35 |
| 2.5.5. Patologiile asociate autismului..... | 36 |
| 2.5.6. Argumentele genetice | 36 |
| 3. DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL..... | 37 |
| 3.1. Autismul și psihoza | 37 |
| 3.2. Autismul și deficiența mintală..... | 37 |
| 3.3. Autismul și sindromul Rett | 38 |

| | |
|---|----|
| 3.4. Autismul atipic..... | 39 |
| 3.5. Autismul și alte tulburări dezintegrative ale copilăriei..... | 39 |
| 3.6. Autismul și tulburarea semantic-pragmatică..... | 40 |
| 3.7. Autismul și sindromul Asperger | 40 |
| 3.8. Asocierea autism-epilepsie și sindromul Landau-Kleffner | 46 |
| 4. DESCRIEREA CLINICĂ A AUTISMULUI INFANTIL..... | 51 |
| 4.1. Criteriile <i>DSM-IV</i> | 56 |
| 4.2. Criteriile <i>ICD-10</i> | 57 |
| 4.3. Deficitele cognitive în autism și consecințele lor în plan educațional | 59 |
| 4.3.1. Deficitele senzoriale | 59 |
| 4.3.2. Tulburările inteligenței | 61 |
| 4.3.3. Deficitele de atenție | 62 |
| 4.3.4. Tulburările de memorie | 63 |
| 4.3.5. Tulburările de limbaj..... | 65 |
| 4.4. Tulburările de interacțiune socială | 68 |
| 4.4.1. Tulburările legate de interacțiunea precoce | 68 |
| 4.4.2. Tulburările comunicării emoțiilor și a altor stări mentale | 68 |
| 4.4.3. Modul de abordare a problemelor de interacțiune socială..... | 69 |
| 4.5. <i>Theory of mind</i> și "teoria iubirii" | 72 |
| 4.5.1. <i>Theory of mind</i> și problema autismului..... | 78 |
| 4.5.2. Implicații diagnostice ale <i>theory of mind</i> | 83 |
| 4.6. Particularități ale tratării informației la copiii autiști | 87 |
| 5. PARTICULARITĂȚI PSIHOGENETICE ÎN AUTISM..... | 91 |
| 5.1. Semnele caracteristice observate în primii doi ani de evoluție a unui sindrom autistic..... | 91 |
| 5.2. Aspecte ale teoriei lui Bruno Bettelheim legate de autism în copilăria timpurie..... | 96 |
| 5.2.1. Nou-născutul este extrem de activ | 96 |
| 5.2.2. Experiența alăptatului este critică pentru copil | 97 |

| | |
|--|-----|
| 5.2.3. Chiar și mamele unor nou-născuți normali pot considera dificilă stabilirea unei relații reciproce satisfăcătoare..... | 97 |
| 5.2.4. Autismul este un act de retragere | 97 |
| 5.3. Perioadele critice din copilăria timpurie..... | 99 |
| 5.4. Copilul autist de vârstă preșcolară..... | 101 |
| 5.4.1. Dezvoltarea sinei și percepția de sine..... | 102 |
| 5.4.2. Obsesia pentru identic, pentru ordine. Permanența obiectului | 104 |
| 5.4.3. Comportamentele de tip obsesiv și ritualic-mecanism de apărare al copiilor autiști | 108 |
| 5.4.4. Dificultățile de integrare socială | 121 |
| 5.4.5. Tulburările de limbaj | 122 |
| 5.4.6. Problemele legate de capacitatea de simbolizare..... | 127 |
| 5.5. Copilul autist între 6 și 12 ani | 130 |
| 5.6. Autismul la adolescent | 131 |
| 5.7. Evoluția pe termen lung a copiilor autiști și psihotici | 132 |
| 6. METODE EVALUATIVE FOLOSITE ÎN AUTISM | 143 |
| 6.1. Evaluarea în autism – o necesitate | 143 |
| 6.2. Evaluarea dezvoltării mintale globale la copiii autiști | 144 |
| 6.2.1. Abordarea psihometrică..... | 145 |
| 6.2.2. Abordarea clinico-experimentală..... | 145 |
| 6.2.3. Evaluarea dezvoltării psihice | 146 |
| 6.2.4. Studiul dezvoltării funcțiilor cognitivo-sociale | 147 |
| 6.2.5. Studiul funcționării cognitive | 148 |
| 6.3. Scale de evaluare folosite în autismul infantil..... | 149 |
| 6.3.1. Chestionarul diagnostic E ₂ Rimland | 150 |
| 6.3.2. Scala de observație a comportamentului Freeman..... | 166 |
| 6.3.3. Scala de evaluare a comportamentelor autistice ECA..... | 168 |
| 6.3.4. Scala de evaluare a autismului infantil Schopler..... | 175 |
| 6.3.5. Profilul psiho-educational Schopler (P.P.E.) | 181 |
| 6.3.6. Scala de evaluare a tratamentului în autism..... | 186 |
| 6.4. Importanța procesului evaluării..... | 188 |
| 6.5. Evaluarea "ecologică" a unui copil autist..... | 190 |

| | |
|--|-----|
| 7. MODALITĂȚI TERAPEUTICE | |
| FOLOSITE ÎN AUTISMUL INFANTIL..... | 201 |
| 7.1. Tratamente destinate corectării anomaliilor biochimice | 202 |
| 7.2. Tratamente medicamentoase..... | 204 |
| 7.3. Terapia psihanalitică | 205 |
| 7.4. Tehnicile educative | 208 |
| 7.5. Terapia comportamentală..... | 212 |
| 7.5.1. Rezultate pe termen lung la copiii autiști care au beneficiat de tratament precoce intensiv..... | 212 |
| 7.5.2. Crearea unor noi căi de comunicare: învățarea operantă a vorbirii, dansului, mișcării și muzicii..... | 216 |
| 7.5.3. Aplicarea precoce a unui tratament comportamental intensiv asupra unui subiect autist (după Lovaas)..... | 220 |
| 7.6. Tehnici de intervenție vizând modificarea comportamentelor specifice autiste. Strategii și tehnici din sistemul TEACCH ... | 225 |
| 7.6.1. Activități de învățare | 227 |
| 7.6.2. Programele individuale – premisă a creșterii gradului de independență și a diminuării problemelor comportamentale | 233 |
| 7.6.3. Prezentarea unor exemple de programe integrate și individualizate pentru ameliorarea calității vieții copiilor autiști..... | 235 |
| 8. ELABORAREA UNUI PLAN COMPLEX | |
| DE INTERVENȚIE PENTRU COPIII AUTIȘTI | 267 |
| 8.1. Planul individual de intervenție..... | 271 |
| 8.1.1. Programul în imagini – obiectiv al planului general..... | 275 |
| 8.1.2. Planul individualizat în domeniul comunicării, problemelor comportamentale și autonomiei personale.. | 277 |
| 8.1.3. Planul individualizat de intervenție propriu-zis | 278 |
| 8.2. Planul de intervenție în grup | 279 |
| 8.2.1. Descrierea detaliată a planului de intervenție în grup ... | 280 |
| 8.2.2. Sugestii pentru cadre didactice și părinți | 283 |
| CONCLUZII | 287 |
| BIBLIOGRAFIE..... | 291 |

1. AUTISMUL – UN MIT TENACE

Scurt istoric al cercetărilor

William Shakespeare, cu o intuiție uimitoare, explica rațiunea pentru care mitul copiilor sălbatici devenise oarecum credibil atât în perioada în care a trăit el, cât și mai târziu. În *Poveste de iarnă*, regele Leontes dorește moartea noului său născut, dar nu are curajul să comită el însuși acest act; îi ordonă lui Antigonus să facă acest lucru în locul lui, dar acesta pledează pentru viața copilului, până când îl înduplecă pe rege să îl cruțe; acesta decide abandonarea lui în natură, iar Antigonus se roagă pentru sufletul copilului, sperând să fie găsit și hrănit de vreun animal.

Povești străvechi stabiliseră deja o punte între lumea fantastică a fiarelor și ființa umană, relatând experiențele unor copii abandonați și crescuți de animale. Mai mult, aceste povești ofereau și asigurări legate de soarta acestor copii pierduți, care nu erau în mod obligatoriu sortiți pieirii. Mitul "copilului sălbatic" reflectă, cu alte cuvinte, dorința generală de a crede într-o natură generoasă, care, într-o manieră sau alta, are grijă de toți copiii ei. Acest mit explică însă, într-o oarecare măsură, și faptul că există copii care sunt percepuți ca total diferiți și în raport cu care se manifestă o distanțare evidentă.

Sigur că datele referitoare la acești copii sunt destul de vagi, poate cu excepția aceluia caz celebru descoperit în 1799 și relatat de doctorul Itard - Victor, "sălbaticul de la Aveyron". Astfel, de două sute de ani, istoria reeducării acestui copil și metodele pedagogice imaginate de doctorul Itard planează încă asupra tehnicilor utilizate pentru readaptarea copiilor deficienți. S-a remarcat faptul că "sălbaticul" Victor avea o seamă de trăsături caracteristice comune cu mulți copii care prezintă diverse afecțiuni psihice, copii condamnați să-și petreacă viața în instituții de diferite tipuri.

Istoria științifică a autismului infantil începe deci cu un secol și jumătate înainte de Kanner, mai exact în primele zile ale secolului al XIX-lea când acel copil sălbatic, capturat de vânători într-o pădure din

Franța, este adus la Paris. Obiect al curiozității într-o epocă în care, pe de o parte, psihiatria se constituie ca disciplină medicală și, pe altă parte, se pun întrebări legate de măsura în care ideile sunt înnăscute sau dobândite prin educație, "sălbaticul" de la Aveyron declanșează, încă de la sosire, polemici extrem de vii.

Descriindu-l pe Victor, doctorul Itard surprinde elemente extrem de interesante care, de-a lungul timpului, au dat naștere la o serie interminabilă de supoziții. Astfel, ochii lui Victor par a se fixa doar pe obiectele strict legate de propria subzistență, privirea lui "hoinărește" vag, fără a arăta o intenție directă, oprindu-se eventual, pentru o clipă, asupra vreunui obiect care îi produce uimire. Trăsăturile feței sale sunt animate uneori de hohote de râs nemăsurate, care apar la diverse intervale, fără a avea vreoa cauză evidentă. Afecțiunea lui se îndreaptă doar spre o serie de obiecte sau alimente care îi creează satisfacții, iar îndepărtarea acestora îi provoacă adevărate crize de furie.

Itard notează în mai multe rânduri faptul că Victor nu ar da dovadă de sensibilitate nici la rece, dar nici la o căldură puternică. De asemenea, urechea sa pare foarte selectivă și de o sensibilitate specială: de exemplu, zgomotul unei nuci sparte sau unul legat de alt element comestibil pe gustul său îl face să se întoarcă, în timp ce un zgomot puternic, o explozie nu are nici un efect asupra sa. Itard remarcă, de asemenea, faptul că simțul apropierii este mult mai viu decât cel al distanței.

Toate aceste observații sunt dovada existenței unor similitudini între caracteristicile copilului "sălbatic" din Aveyron și unii copii pe care actualmente știința îi denumește autiști.

Un aspect care a dat și continuă să dea de gândit este modul în care procedeele folosite de Itard pentru reeducare au contaminat, cu timpul, însăși educația, în special în ceea ce privește copiii mici, fără îndoială sub efectul unei teorii prea simple asupra dezvoltării intelectuale - teorie care va fi, de altfel, implicată ulterior în noțiunea de coeficient de inteligență. Această teorie duce la presupunerea că metodele considerate valabile pentru un copil deficient trebuie să fie luate ca atare și pentru un copil normal mai tânăr, cu un alt coeficient, desigur, dar cu aceeași vârstă mentală. Convingerile filosofice ale lui Itard și formația sa de medic îl

conduc către o atitudine empirică, în speranța obținerii unor tipuri de instruire adecvate. Din moment ce "sălbaticul" reprezintă "starea naturii", el va trebui să învețe tot ce nu îi este oferit de către natură. Doctorul împrumută din medicină spiritul de observație, metoda bazată pe încercare și eroare, care poate constitui, de fapt, o fenomenologie empirică. Cu toate acestea, el nu va aplica micului "sălbatic" un tratament medical în sens tehnic, Victor având o "sănătate de fier". Ceea ce va propune Itard nu poate fi realmente considerat ca demers terapeutic.

În momentul în care se pune problema limbajului, ies la iveală imperfecțiunile preconceptelor sale. Victor a demonstrat că știe să-și comunice trebuințele, nu numai fără a folosi vorbirea, dar și fără vreun limbaj în adevăratul sens al cuvântului, Itard remarcând faptul că el nu folosește un limbaj gestual, ci un "limbaj acțional", adică ceva care nu se constituie într-un limbaj propriu-zis. Întâlnirea cu mutismul "sălbaticului" dobândește astfel un aspect patetic, drama pedagogică ajungând într-un punct mort. Acest prim eșec nu va însemna însă un final, reeducarea va continua cu alte metode poate tot atât de neadecvate, dar semnificative.

Renunțând să-și determine pacientul să vorbească, Itard va încerca să creeze o modalitate de comunicare prin scris. El imaginează și construiește un joc din litere mobile (cel care va fi ulterior perfecționat de Maria Montessori) și va încerca să creeze asociații între cuvintele formate cu literele respective și obiectele pentru care acestea vor deveni semne. Cuvintele care îi sunt prezentate lui Victor devin, evident, obiecte care se găsesc într-un raport de corespondență cu alte obiecte; faptul că sunt construite din litere mobile, deci că sunt într-o oarecare manieră "articulate", nu face din ele decât obiecte de-montabile sau compuse. Victor nu învață în acest mod ce este limbajul, ci posibilitatea de a înlocui un obiect cu un altul asemănător.

Itard și-a început primul raport prin a reaminti ignoranța secolelor trecute. Copiii "sălbatici" au fost studiați înaintea sa. Dar, afirmă el, "în acele timpuri trecute într-atât era de total defectuos demersul studiului, al științei, înglodată în mania explicațiilor, în incertitudinea ipotezelor și în munca exclusivă de cabinet, încât observația nu valora nimic, iar o serie de fapte extrem de prețioase au fost pierdute pentru istoria naturală a omului".

În contextul creat de cercetările lui Itard și de eșecurile sale, un alt reprezentant al cercetării franceze în domeniu, Edouard Séguin (1846), reia problematica acestor copii bizari și îi reproșează lui Itard dominanța inspirației metafizice, dorind un plus de concret în ceea ce el numește "educație fiziologică". Séguin, cu un simț clinic uimitor, începe prin a descrie în mod minuțios semnele a ceea ce continuă să denumească "idioție", conferindu-i însă acesteia un sens nou, cu referire explicită la etimologie. Astfel, "idiotul" lui Séguin are, cu un secol înainte, figura autistului descris de Kanner. De asemenea, în schema de tratament, Séguin preconizează înmulțirea exercițiilor, încercând reeducarea și stimularea funcțiilor esențiale: sensibilitatea, motricitatea, memoria, imaginația.

Istoria nu este însă, practic, niciodată lineară și permite deseori coexistența unor reminiscențe ale trecutului cu promisiunile viitorului. Încă de la sfârșitul secolului al XIX-lea, anumiți specialiști formulează ipoteze și își pun întrebări în ce măsură se poate vorbi de alienare la copii, aspect pe care alții îl neagă cu desăvârșire. Apar însă lucrări care contrazic ultimul punct de vedere. Un cercetător francez, Moreau fiul, îndrăznește să-și intituleze una dintre lucrări *Nebunia la copil*, iar un autor italian, Sante de Sanctis, descrie "demența precocisimă".

Puțin mai târziu, debutează în Statele Unite ale Americii, discuțiile despre schizofrenia infantilă, adică încercările de a găsi în copilărie premisele sau formele precoce ale maladiilor mentale ale adultului. Este momentul în care se impune Leo Kanner (1943), pediatru american care descrie comportamentul a 11 copii autiști; chiar dacă termenul de autism este împrumutat din psihiatria adultului (desemnând, în opinia elvețianului Bleuler, unul din semnele fundamentale ale schizofreniei), originalitatea sa este aceea de a surprinde o tulburare specifică a copilăriei, diferită de patologiile care apar mai târziu.

Contemporan cu Kanner, un austriac, Hans Asperger, descrie la Viena, în aproximativ aceiași termeni, o patologie foarte asemănătoare. Din cauza condițiilor dificile din perioada respectivă și a războiului, cei doi autori nu pot să comunice și nu își vor cunoaște reciproc lucrările decât ulterior. Dar în timp ce Kanner își înscrie tabloul clinic în cadrul mai general al psihozelor infantile, Asperger insistă asupra diferențelor existente între ceea ce el denumește o "psihopatie", realizând un tip de

particularitate constituțională a personalității, și o tulburare mentală propriu-zisă. El insistă, de asemenea, asupra competențelor, uneori paradoxale, ale pacienților săi, care, exploatate adecvat, ar putea fi utilizate pe plan social; autorul vienez nu ezită să dea și o definiție, în care afirmă că autismul ar constitui "o modalitate originală de gândire și de experiență, care poate să conducă la reușite excepționale în cursul vieții". Fără îndoială, Asperger avea de-a face cu cazuri mai puțin serioase decât colegul lui american, dar trebuie luat în considerare și contextul politic în care se lucra. În perioada regimului nazist, un diagnostic de psihoză echivala cu o condamnare la moarte. Sindromul lui Asperger este considerat, în clasificările internaționale aflate în vigoare, ca o formă de autism atenuat, cu conservarea capacităților intelectuale.

Chiar dacă ținem cont de părerile acestor "pionieri" ai domeniului, pentru cercetătorul actual este evident că ceea ce cuprinde astăzi termenul de "autism" include fenomene extrem de variate, la simptomele inițiale descrise de aceștia adăugându-se altele, foarte numeroase. Este cunoscut faptul că majoritatea copiilor cu autism kannerian prezintă deficiențe serioase, cei mai mulți dintre ei fiind subiecți și ai unor crize nervoase, în cursul cărora se manifestă diverse semne și simptome neurologice "benigne" - o gamă largă de mișcări repetitive sau automate de tipul spasmelor, ticurilor, balansărilor ritmice, rotații ale corpului, jocuri implicând degetele sau bătaia din palme, probleme de coordonare și echilibru, precum și posibile dificultăți specifice de inițiere a unor mișcări, apropiate de akineziile parkinsoniene. În multe cazuri, se observă și un vast evantai de reacții senzoriale (deseori paradoxale) foarte marcate, în cadrul cărora senzațiile sunt când intensificate sau chiar intolerabile, când atenuate sau absente (inclusiv percepția durerii). La toate acestea, se adaugă, în cazul achiziției limbajului, tulburări diverse ale acestuia, complexe și bizare.

Kanner și Asperger au realizat însă tablouri clinice și descrieri atât de clare și de precise, încât chiar și actualmente acestea pot servi drept modele. Începând din anii '70 s-au realizat studii mai sistematice asupra structurii mentale autiste, prin contribuțiile lui B. Hermmelin, N. O'Connor și L. Wing. Lucrările acestei echipe formate în spiritul psihologiei cognitive au sugerat existența unei probleme centrale, comună tuturor autiștilor, care s-ar traduce printr-o triplă deficiență:

insuficiența interacțiunilor sociale, insuficiența comunicării verbale și nonverbale și insuficiența jocului și activităților imaginare. Conform acestor lucrări, apariția conjugată a acestor deficite nu ar fi întâmplătoare, deoarece ar decurge dintr-o unică perturbare fundamentală de dezvoltare. Iar în această optică, copiii autiști ar fi incapabili să conceapă și să perceapă "spiritul", atât pentru ei înșiși, cât și pentru ceilalți, nereușind dezvoltarea unei "teorii a spiritului".

Revenind însă la Kanner, ceea ce-l frapază în mod particular la cele 11 cazuri studiate de el inițial, poate fi rezumat în următoarele trăsături:

- lipsa profundă de atracție afectivă a subiectului autist pentru alte ființe umane;
- nevoia imperativă de a menține mediul înconjurător neschimbat;
- fascinația pentru unele caracteristici ale obiectelor și pentru mișcărilor, cu deosebire stereotipe, ale acestora;
- absența completă a limbajului sau întârzierea apariției sale și constituirea lui, în acest din urmă caz, cu numeroase tulburări de pronunție și de expresie.

Kanner presupunea că aceste tulburări sunt prezente din primele zile de viață, dar că aptitudinile intelectuale ale acestor copii sunt, de fapt, intacte, ipoteză infirmată de cercetările ulterioare. Kanner ezită în fața problemei privind originea ori cauzele posibile ale autismului. El îl consideră mai întâi ca un deficit al dotării native a copilului: "Trebuie să credem că acești copii au venit pe lume cu o incapacitate care le face imposibilă stabilirea de relații cu alții".

Autismul, ca manifestare, a existat, desigur, dintotdeauna. Kanner nu l-a descoperit propriu-zis; îi datorăm însă faptul că l-a introdus în mediul medical și că a grupat diferitele semne corelate într-un sindrom pe care l-a numit *autism infantil precoce*. Astăzi se știe că aceste dificultăți verbale, perceptivă și de adaptare socială persistă tot timpul vieții, sub diferite forme, chiar dacă termenul generic întâlnit în studiile de specialitate este acela de *autism*.

În anii '50, în S.U.A., debutează o perioadă în care psihanaliza cunoaște o dezvoltare majoră. Teoriile lui M. Mahler și B. Bettelheim despre autism dobândesc atunci un succes imens, iar interpretările cele

mai diverse abundă. Se realizează, astfel, o relație între trăsăturile de personalitate presupuse negative ale părinților și patologia copilului autist. În același context, un alt psiholog american, Bender (1959), nu percepe autismul ca o disfuncție înăscută a SNC, ci ca o reacție defensivă. Goldstein (1959) îl consideră, de asemenea, ca o apărare secundară împotriva unei deficiențe organice. Disfuncția este, după el, incapacitatea copilului autist de a dezvolta o gândire abstractă.

Rezultatele terapiei psihanalitice întârzie însă să apară; în aceste condiții, prinde contur curentul comportamentalist. Izvorât din aceeași teorie conform căreia copilul autist este "blocat într-o rețea de reîntăririi negative" țesută de mediul parental nociv, acest curent va cunoaște un succes neașteptat în anii '60. Tehnicile comportamentale au într-adevăr avantajul de a structura mediul înconjurător, de a dezvolta motivația, și chiar dacă nu duc la vindecare, ele determină o diminuare a angoasei autistului și o ameliorare consecutivă a tulburărilor.

Astfel, Goshen (1963) a realizat studii cu copii autiști și le-a extins asupra familiei copiilor. El scoate în evidență impactul comportamentului mamei care nu a reușit să-și stimuleze copilul în perioada critică, în special aceea din primele 6-18 luni de viață. Ca rezultat, copilul poate să nu reușească să prindă semnificația limbajului și să ajungă eventual la o retardare mintală. Spitz (1964), care inițial a accentuat efectele dezastruoase ale absenței stimulării, a manifestat apoi o preocupare identică pentru condițiile opuse, afirmând că la copiii destinați să devină autiști, sensibilitatea crescută la emoțiile mamei poate fi atât de mare încât ei încearcă, prin apărare, să refuleze ceea ce este prea distructiv pentru ei.

Prin anii '70, lucrări sistematice confirmă însă faptul că personalitatea părinților sau modul de educație nu constituie originea autismului copilului. Se revine, de fapt, la primele concluzii ale lui Kanner.

Vom regăsi, pe de altă parte, în bibliografie, și o altă întrebare constantă care vizează relația *autism/psihoză*. Autismul a fost, în fapt, timp îndelungat, greșit considerat ca o formă de schizofrenie infantilă. Multe dintre formele precoce ale acesteia încep însă rareori înaintea pubertății și, în acest caz, dezvoltarea socială și cea a limbajului nu sunt calitativ perturbate în prima copilărie. Termenul psihoză nu convine, deoarece copilul nu deformează realul după ce și l-a reprezentat, el dă

mai curând impresia unui delir care nu prezintă semnele caracteristice ale delirului psihotic, iar acțiunea neurolepticelor, cunoscute pentru efectele lor benefice în psihoze, este aici extrem de limitată.

În spațiul comentariului psihologic, mai mult sau mai puțin avizat, termenul autism va fi întrebuițat și în mod abuziv pentru a descrie orice conduită sau orice trăsături de personalitate care implică izolarea, refuzul sau retragerea, oricare ar fi originea acestora. Or, și în autism, ca și în orice sindrom, coerența este dată de prezența simultană a mai multor semne corelate. Din păcate, mulți autori nu au dat, în acest sens, dovadă de rigoarea necesară. B. Bettelheim, când vorbea despre autism în filmele și cărțile sale, nu lua în considerare, de exemplu, decât disfuncțiile sociale, reunind astfel suferințe distincte sub aceeași denumire: copii caracteriali sau agresivi social, copii cu carențe senzoriale ori autiști veritabili, pentru care prognosticele și metodele de tratament erau, în realitate, total diferite.

Definițiile aveau să se multiplice pe parcurs și să fie din ce în ce mai fanteziste și personale, culminând cu propoziția cunoscută: "este autist pentru că o simt". Aceste definiții aveau să creeze, după cum era de așteptat, confuzii legate de metodele de tratament, ori de așa-zisele vindecări sau remisiuni spontane. Este important de știut că, în cazul autismului diagnosticat, în toată literatura de specialitate nu apare, de fapt, nici un caz vindecat.

Cu alte cuvinte, de-a lungul istoriei, începând de la Bleuler care, în *Tratatul* său afirma: „numim *autism* detașarea de realitate, asociată cu o predominare relativă sau absolută a vieții interioare”, până la autorii contemporani care definesc autismul în termeni de anomalii sociale, comunicative și imaginative, punând accentul pe absența interacțiunilor sociale reciproce și a empatiei, pe inabilitatea angajării și menținerii unei conversații, pe o gamă restrânsă de gânduri și interese, pe absența jocului imaginativ, pe insistența păstrării mediului neschimbat și pe comportamentele repetitive și stereotipe, au existat numeroase opinii privitoare la acest sindrom complex.

Iată de ce rigoarea definirii devine imperios necesară, iar delimitarea (diagnosticul diferențial) este esențială pentru tratarea corectă a cazului.

2. ETIOLOGIA AUTISMULUI INFANTIL – O PROBLEMĂ CONTROVERSATĂ

2.1. Teoriile psihogenetice

Ipotezele psihogenetice asupra autismului au fost formulate în anii '50, într-o perioadă în care, practic, nu exista nici un mijloc de investigare a sistemului nervos central. Ele au fost în consecință construite, nu pe baza unor date științifice sau a unor studii epidemiologice, care să permită decelarea unui factor de risc sau a unei cauzalități, ci plecând de la interpretarea unor observații izolate și mai ales de la o serie de analogii. Dintre acestea se pot aminti observațiile lui Harlow (1958), care descria tulburările de comportament la puilul de maimuță separat de mamă, ori descrierea "hospitalismului" de către Spitz, sub forma unor reacții de tip depresiv și a unor dificultăți relaționale, la copiii separați de mamă de timpuriu.

Ipoteza psihogenetică a fost formulată în trei moduri:

- autismul s-ar dezvolta doar pe baze psihogene;
- ar exista două tipuri de autism - unul asociat unei patologii organice și celălalt determinat de factori psihogeni;
- autismul ar fi rezultatul unui accident organic înăscut combinat cu un stres psihogen.

Kanner a infirmat însă în mod public aceste ipoteze, invalidate ulterior și de numeroase studii epidemiologice.

Aceste studii au demonstrat faptul că părinții copiilor autiști nu erau diferiți de alții în privința stilului educativ, a patologiei psihoafective, a acceptării copilului lor și a calității relaționale cu acesta.

De asemenea, datorită analizelor clinice de finețe s-au putut diferenția "hospitalismul" sau consecințele carențelor afective, de autism. În cazul carențelor afective este vorba de un retard omogen de dezvoltare, în vreme ce în cazul autismului acest retard este dizar-monic și eterogen. Este adevărat faptul că și copiii victime ale carenței afective prezintă stereotipii, dar acestea sunt diferite de cele din autism, iar pe de