

Martine F. Delfos

DESCIFRÂND AUTISMUL

Introducere în autism utilizând socioschema

Traducere Emilia Oprișan

Editura A.P.A.R.

Brașov, 2018

Cuvânt înainte	11
1. Introducere	13
2. Autismul și comportamentul autist	20
3. Schema socială și MAS1P	25
4. Diagnosticul	43
5. Baza educației și a ajutorului: legătura cu MAS1P	55
6. Confruntarea cu lumea	69
7. Autismul și ciclul vieții	90
8. Epilog	93
Bibliografie	95
Numele celor din exemple	107
Index de nume	108
Index de subiecte	110
Informații despre autor	115
Seria PICOWO	117

Cuvânt înainte	11
1. Introducere	13
Pionierii.....	14
Prevalența autismului	18
Teoriile asupra autismului	19
2. Autismul și comportamentul autist	20
Clasificarea autismului în DSM și ICD	21
Diversitatea autismului și a comportamentului autist.....	22
O față a poveștii.....	25
3. Schema socială și MAS1P	25
Dezvoltarea atipică.....	26
Două laturi: maturizarea întârziată și accelerată a creierului.....	27
MAS1P	29
Contextul teoretic	30
Socio-schema.....	32
Întârzierea fizică în autism.....	32
Elementele socioschemei	34
Elementul central: diferențierea sine-ceilalți.....	35
Inteligența ascunsă	38
Prelucrarea informațiilor: unitatea de precizie.....	40
Probleme de comunicare	40
A doua parte: accelerarea	41
4. Diagnosticul	43
Clasificarea și diagnoza.....	43
Extinderea necesară a elementelor de diagnostic	45
Dezvoltarea atașamentului.....	46

A doua parte	49
Inteligență cognitivă	50
Necesitatea pentru precizie	52
Interese și talente specifice	54
Nivelul de stres și management	54
5. Baza educației și a ajutorului: legătura cu MAS1P	55
Perspectiva defectului	55
Perspectiva schimbării	56
Etapele gândirii	58
Perspectiva dezvoltării	61
Diferențierea sine-ceilalți	67
6. Confruntarea cu lumea	69
Talente, obsesii și comportamente repetitive	69
Mediul virtual și jocurile	73
Anxietate și agresivitate	77
Declanșatori ai comportamentului obsesiv și repetitiv, ai agresivității și ai anxietății	81
Așteptările pe care simt că nu le pot îndeplini	82
A fi întrerupți în timp ce se adâncesc într-un subiect interesant	83
A se simți tratați ca și incapabili	83
A fi agresati	84
A se simți singuri	86
Dorința de a se calma	86
Critica direcționată către ceilalți	87
Autocritica	88
Respingerea socială	88
Sentimentul de a fi copleșiți de stimularea senzorială	88
Puterea și slăbiciunea logicii și a cunoștințelor excepționale	89

7. Autismul și ciclul vieții	90
8. Epilog	93
Bibliografie	95
Numele celor din exemple	107
Index de nume	108
Index de subiecte	110
Informații despre autor	115
Seria PICOWO	117

Teoriile asupra autismului

Noul concept de autism a dat naștere la noi teorii și a dus la aplicarea unor teorii psihologice mai vechi pentru explicarea conceptului de autism. Cele mai importante sunt *teoriile minții* (ToM – Theory-of-Mind) (Premack and Woodruff 1978, Leslie, 1987, Baron-Cohen, 1989), *teoria coerenței centrale* (CC – Central Coherence) (Frith, 1989/2003) și *teoria funcțiilor de planificare și executare* (EF – *Theory of Planning and Executive Function*) (Ozonoff, Pennington & Rogers, 1991). Aceste teorii au fost cercetate pe larg dar nu au putut explica autismul pe de-a-ntregul, ci doar în parte. Ele au contribuit la cunoașterea autismului precum piesele unui puzzle. ToM a oferit o privire asupra problemelor sociale, teoria coerenței centrale a oferit informații despre procesarea informației, iar EF a atras atenția asupra informațiilor psihologice generale legate de efectuarea sarcinilor de lucru. Tabelul 1 reflectă cele trei teorii „vechi” și principalele aspecte studiate de ele.

Trei dintre cele mai importante teorii „vechi” în domeniul autismului		
teorie	abreviere	aspect principal
Teoria minții	ToM	Dificultăți legate de interacțiunea socială
Coerență centrală	CC	Atenție asupra detaliilor și dificultăți în a le sintetiza într-un întreg
Funcții de planificare și executare	EF	Dificultăți legate de planificare, rezistență la schimbare și comportament repetitiv.

Tabelul 1: *Trei dintre cele mai importante teorii „vechi” în domeniul autismului și aspectele lor cele mai importante*

Nici una dintre aceste trei teorii nu oferă informații cuprinzătoare asupra autismului. Aceasta este doar o parte a problemei, deoarece noile cercetări asupra creierului au arătat că nu există o zonă specifică a acestuia care să funcționeze diferit în cazul autismului, și conform acestor trei teorii, exact la acest lucru ne-am fi așteptat. Ceea ce indică cercetările este că întreg creierul se comportă diferit la persoanele cu autism (Bailey et al., 1996). Aceste cercetări asupra creierului au arătat că nici una dintre teorii nu poate fi corectă pentru a explica autismul ca întreg.

Era necesar ca teoriile dezvoltate să fie mai cuprinzătoare. Astfel, au apărut două noi teorii. Teoria *sistemului inteligent de echilibrare a creierului*

(*ESB – Empathic-Systemizing-Balanced*) a lui Baron-Cohen (2003) care a contribuit anterior la dezvoltarea ToM, dar care nu aducea suficiente explicații, și teoria mult mai cuprinzătoare *S-MAS1P (teoria socioschemei) și MAS1P (Mental Age Spectrum within 1 Person)* (Delfos, 2001/2011; 2016a; 2016b). Teoria S-MAS1P pare să cuprindă toate elementele cunoscute despre autism și este susținută de ultimele cercetări asupra creierului. Toate piesele de puzzle adunate (teorii și cercetări) par să se potrivească în această teorie. Tabelul 2 cuprinde „noile” teorii în domeniul autismului.

Teoriile „noi” în domeniul autismului		
teorie	abreviere	aspect principal
Sistemul inteligent de echilibrare a creierului	ESB	Creierul este extrem de masculinizat (prezența testosteronului în cantități mari la nivelul lichidului amniotic)
Socioschema și spectrul de vârstă mintală în cadrul unei singure persoane	S-MAS1P	Autismul ca o dezvoltare atipică cu o maturizare întârziată și accelerată în același timp, la nivelul creierului

Tabelul 2: Două noi teorii în domeniul autismului

Înainte de a explica autismul utilizând teoria S-MAS1P trebuie să clarificăm ceea ce este autismul și ce înțelegem prin comportament autist.

2. Autismul și comportamentul autist

Definirea autismului nu este atât de simplă. Ghidurile sunt manualele psihiatrice-psihiologic-medicale. În diagnosticare se folosesc două manuale importante: DSM (*Manualul statistic de diagnostic al tulburărilor mintale* de la APA, Asociația Americană de Psihiatrie) și ICD (*Clasificarea internațională a bolilor* de la OMS, Organizația Mondială a Sănătății). Primul DSM (DSM-I, APA, 1952) a fost publicat în 1952, al doilea în 1968 (APA, 1968), al treilea în 1980, (APA, 1980), cel de-al patrulea în 1994 (APA, 1994) și DSM-5 în 2013. Acest manual conține informații doar despre problemele psihiatrice. ICD este un manual cuprinzător privind toate bolile posibile. Tulburările psihiatrice sunt descrise în partea V: *Tulburări mintale și comportamentale*. ICD se află la cea de-a zecea ediție din 1992, care are versiunea 2016, cea de-a 11-a ediție fiind programată pentru anul 2018 (WHO, 1992; 2016).

Clasificarea din aceste manuale este îndrumarea profesioniștilor de a diagnostica o problemă comportamentală specifică. Clasificarea se bazează pe comportamentul și prevalența statistică a unui grup de comportamente, care se numesc împreună un *sindrom*. Ambele manuale sunt în linii generale asemănătoare în ceea ce privește autismul. Cel mai frecvent utilizat manual pentru problemele mintale este DSM. Autismul a apărut în DSM pentru prima dată în DSM-III, în 1980. În primele două DSM-uri (DSM-I, APA, 1952 și DSM-II, APA, 1968) autismul a fost considerat un *tip de schizofrenie din copilărie*. Din 1970, lucrurile s-au schimbat, deoarece Kolvin și colegii săi au demonstrat că autismul nu are nimic de-a face cu *schizofrenia* (Kolvin et al., 1971), iar Kanner a urmat acest lucru prin faptul că nu a mai vorbit despre schizofrenia din copilărie, așa cum a făcut înainte.

Clasificarea autismului în DSM și ICD

Clasificarea „autismului” a început cu *Reacția schizofrenică în copilărie* (DSM-I și II), care s-a transformat în *Tulburări de dezvoltare pervazivă* (DSM-III și IV) cu subtipuri în DSM-IV: *Tulburarea autistă* (denumită și *Autism clasic* sau *Autism Kanner*), *Tulburarea Asperger*, *Tulburarea Rett*, *Tulburarea dezintegrativă în copilărie (CDD)* și *Tulburarea de dezvoltare pervazivă nespecifică (PDD-NOS)* și apoi în *Tulburările din spectrul autist/ ASD* (DSM-5) individualizate prin denumirea unor caracteristici specifice cum ar fi: *cu sau fără dizabilități intelectuale; cu sau fără probleme ale limbajului structural; asociate cu o condiție medicală sau genetică cunoscută sau cu un factor de mediu; asociate cu alte tulburări de dezvoltare; tulburare mintală sau comportamentală*.

DSM-5 vorbește despre *Tulburările din spectrul autist (ASD)* și de un spectru extrem de larg de posibile probleme medicale, psihiatrice și psihologice asociate. Conceptul de autism în 2013, când apare DSM-5, încă se bazează foarte mult pe Kanner, cu imaginea sa destul de „difuză” asupra autismului. Când ne uităm la esența problemei, imaginea se schimbă și devine mai clară. Ne întoarcem apoi la ideea lui Asperger despre cele două fețe ale unei monede, autismul fiind diferit de alte tulburări. Când numim un grup neclar de trăsături autism, facem greșeala de a considera că ceea ce este denumit la fel (*Autism* sau *Tulburare din spectrul autist*) este aceeași tulburare și, prin urmare, ar trebui să beneficieze de același tratament. Acest lucru nu numai că nu este adevărat, ci reprezintă și o greșală gravă, care implică riscuri mari. DSM-5 este ca o umbrelă care acoperă o gamă largă de stări și tulburări.

Diversitatea autismului și a comportamentului autist

Clasificarea autismului se bazează pe comportament, în special pe probleme de comportament. Numai problemele sunt luate în considerare, nu și avantajele. Altfel, în ceea ce privește dezvoltarea, *factorii de risc* sunt adesea punctul central și nu *factorii de protecție*. În plus, copiii au un anumit repertoriu comportamental ca reacție la problemele de viață cu care se confruntă și unele dintre aceste comportamente amintesc de autism. De exemplu, ideea de bază asociată autismului este aceea de a se retrage în sine. Totuși, acesta este un comportament pe care copiii îl pot afișa în multe situații: în cazul traumelor, neglijării, surzeniei, divorțului părinților, anxietății și multe altele.

Un exemplu impresionant de diagnostic eronat prin prisma *repertoriului comportamental* al copiilor care au probleme este cercetarea lui Michael Rutter și a colegilor (Rutter et al., 1999). Ei investigat copii din orfelinatelor din România după căderea lui Ceaușescu și au constatat că erau într-o stare de neglijență severă. Pentru mulți dintre acești copii, diagnosticul de autism, *autism clasic*, părea să se potrivească foarte bine. Cu toate acestea, atunci când au fost plasați în familii de *asistenți maternali* din Europa, comportamentul care a stat la baza diagnosticării cu autism a dispărut în decurs de șase luni-până la un an. A durat cel mai mult în cazul copiilor care au suferit pentru o perioadă mai lungă de timp din cauza condițiilor îngrozitoare din orfelinat. Comportamentul „orfanilor” s-a dovedit a fi o reacție la condițiile pe care le-au suferit la orfelinat și nu a provocat de o condiție *poligenetică*, așa cum ne-a învățat a doua revoluție în cercetarea privind autismul. Rutter a inventat un nou concept care să-i caracterizeze pe acești copii: *QAP, Modelul cvasi autism*.

Descoperind natura, alimentarea și maturarea comportamentului considerat a aparține Tulburărilor din spectrul autist, am identificat trei surse: 1: *Autism*, bazat pe un model genetic; 2: *QAP, Modelul cvasi autism* ca reacție posibilă, dar nu obligatorie, la un factor psihologic; și 3: *ABIM: Comportamentul autist indus de o condiție medicală* ca o reacție posibilă, dar nu obligatorie la un *factor medical* (Delfos, 2016a; 2016b).

Deci, când privim *Tulburările din spectrul autist*, par să existe trei surse diferite: *modelul genetic*, *factorul psihologic* și *factorul medical*. Este clar și devine tot mai clar, prin exemplul orfelinatelor din România, că reacția la un factor psihologic este total diferită de ceea ce tindem să considerăm *autism*, iar comportamentul cauzat de un factor psihologic necesită un tratament complet diferit. Copiii grav neglijăți din orfelinat s-ar putea transforma în copii fericiți social atunci când sunt plasați într-o familie adoptivă atentă: „tratamentul” pentru copii neglijăți a fost „grija”.

În ceea ce privește factorul medical, să aruncăm o privire la exemplul lui Mirela, care s-a încadrat perfect în diagnosticul de *autism clasic* în primii cinci ani de viață și apoi brusc a părut „vindecată”.

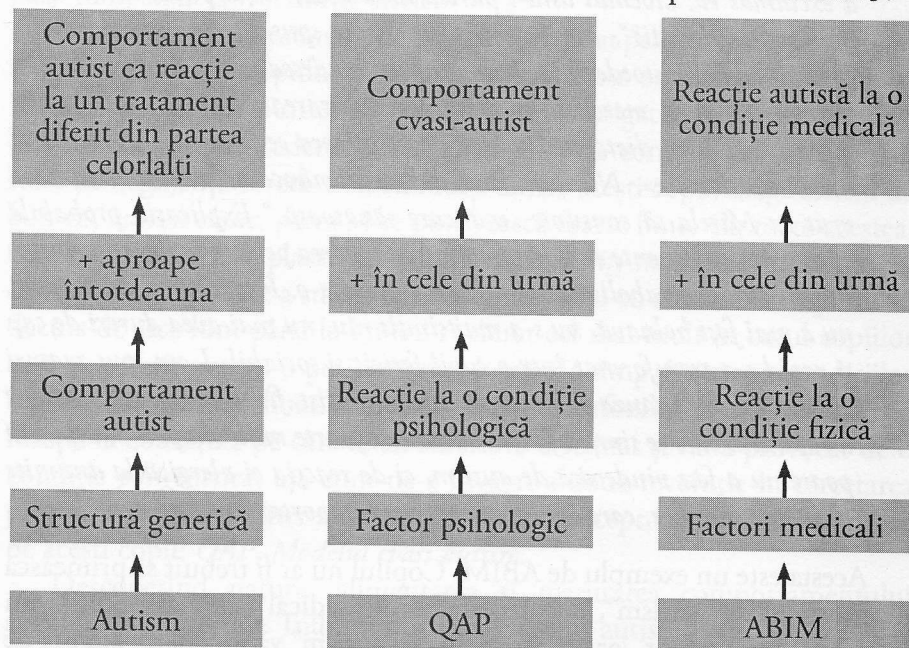
- ❖ *Mama Mirelei era extrem de fericită. Fiica ei mai mică, în vârstă de cinci ani, a fost complet vindecată de autism printr-o dietă. Comportamentul ei autist a dispărut în totalitate. Era însă uimită că a fost atât de ușor să-și vindece copilul de acea afecțiune devastatoare. M-a întrebat dacă sunt de părere că o dietă i-ar ajuta și pe alți copii cu autism. Înainte de a-i răspunde, am întrebat-o despre această dietă. Voiam să știu dacă a fost dificil să-și convingă copilul să urmeze această dietă. „Nu, deloc!”, a exclamat ea, „tocmai asta-i partea amuzantă!” „Ai putea să-mi oferi mai multe detalii?”, am întrebat eu. Mi-a spus că, înainte de dietă, copilul ei era întotdeauna bolnav. Vârsa adesea, avea dureri de cap teribile și refuza mereu să-și mănânce mâncarea. «Partea amuzantă», spuse ea, «este că dieta este bazată exact pe ceea ce fiica mea obișnuia să mănânce înainte». Nu i s-a mai dat acea mâncare, întrucât mama a vrut ca Mirela să consume „mâncare sănătoasă.” Explicația probabilă este că noile alimente din dietă au fost mâncarea pe care copilul a simțit-o instinctiv că metabolismul ei ar putea procesa-o. Fetița nu a mai vărsat, nu a mai fost bolnavă, nu s-a mai simțit rău, nu mai avea dureri de cap și rapid s-a transformat într-o copil fericit și sociabil. I-am spus mamei că am suspectat cauza comportamentului autist, fiind mai mult o reacție a copilului care se simțea foarte bolnav de foarte mult timp. I-am spus că poate nu a fost vindecată de autism, ci de reacția ei alergică la anumite alimente specifice, care i-au provocat un comportament autist.*

Acesta este un exemplu de ABIM. Copilul nu ar fi trebuit să primească diagnosticul de „autism”, deoarece factorul medical (alergia) necesită un tratament total diferit, iar diagnosticul de „autism” va îndepărta atenția de la adevărata problemă.

Aceste exemple cu *Autism*, *QAP* și *ABIM* arată că termenul de *Tulburare din spectrul autist* nu este destul de precis și poate duce chiar la probleme grave în loc să ajute sau întârzie ajutorul eficient.

Când vorbim despre comportament, am dori să facem distincție între *autism* și *comportamentul autist*. Prin autism ne referim la starea provocată de un model poligenetic care determină, conform teoriei S-MAS1P, o dezvoltare întârziată și accelerată a maturizării creierului în același timp. Această amestecare ciudată a comportamentului precoce și întârziat poate să apară la orice vârstă. Aceasta este ceea ce observăm în descrierea lui Kaspar Hauser din introducere. Vom explica acest lucru în capitolul următor, când vom vorbi despre teoria S-MAS1P.

Comportamentul autist este un comportament care reprezintă o reacție la un „pericol” psihologic sau medical. Este un comportament precum închiderea în sine, anxietate în situații sociale, dificultăți în a-ți face prieteni, frică de a-ți face prieteni, de a fi timid. Este un comportament care este un mecanism de înfruntare a pericolului și este foarte comun în rândul oamenilor, în general, cu siguranță nu doar la persoanele cu autism. Nu se bazează pe o problemă de maturizare a creierului. Ca urmare, clasificarea Tulburărilor de spectru autist (ASD) este prea largă pentru a clarifica modul în care se poate trata *comportamentul autist*. Prin urmare, este necesar să se descifreze ASD raportat la sursele sale. Pentru a vedea diferitele clasificări care rezultă din aceasta, ne vom raporta la Tabelul 3.



Tabelul 3: *Straturile autismului și comportamentul autistic cu Autism, QAP și ABIM*
(Delfos, 2016a, 2016b)

În ultima linie din Graficul 3 se văd cele trei clasificări: *Autism*, *QAP* și *ABIM*, respectiv cauzele: *structură genetică*, un *factor psihologic* sau un *factor medical*. Observăm comportamentul *autist* față de comportamentul *autismului* și realizăm că cel dintâi nu trebuie neapărat să facă parte din clasificarea sau diagnosticarea autismului. De asemenea, comportamentul autist apare foarte des în autism ca urmare a modului în care oamenii tratează persoanele cu autism; de exemplu, *hărțuirea* la școală este foarte frecventă în cazul autismului. Comportamentul autist poate apărea ca urmare a unei situații psihologice sau medicale, dar nu este obligatoriu să apară.

O față a poveștii

Problema *diversității* a ceea ce se încadrează în ASD și a ceea ce este, de fapt, autismul, devine și mai clară atunci când privim autismul în profunzime. Începând cu Hans Asperger, care a vorbit despre două fețe ale unei monede, putem observa cu ușurință că DSM acordă atenție doar uneia dintre părți: punctele slabe, în termeni S-MAS1P, întârzierea. Aceasta este, totuși, doar jumătate din poveste. Din perspectiva teoriei Socioschemei și a MAS1P, aceste slăbiciuni reprezintă partea întârziată a dezvoltării unei persoane cu autism.

Caracteristicile conform DSM-5 (APA, 2013) sunt:

1. o *dezvoltare socială* insuficientă, cu o serie de caracteristici speciale care nu respectă nivelul intelectual al copilului;
2. o *dezvoltare a limbajului* întârziată și deviantă care are, de asemenea, anumite trăsături definite și nu respectă nivelul intelectual al copilului;
3. insistența asupra identității, după cum arată modele de joc *stereotipice*, *preocupări* anormale sau *rezistența la schimbare*;
4. debut înainte de vârsta de 30 de luni.

Dacă vrem să vedem imaginea clară și completă a autismului, trebuie să abordăm ambele părți ale monedei: slăbiciunile și punctele forte, întârzierea și accelerarea.

În această carte folosim termenul de *autism* limitat la starea provocată de un model poligenetic și nu provocată de un factor psihologic sau medical. Ce este autismul va fi explicat în următorul capitol și, de acum înainte, când vorbim de autism, ne referim la acest model, nu la diversitatea DSM-5. Nu vom folosi termenul ASD/tulburări din spectrul autist și nici subcategoriile din DSM-IV, cum ar fi sindromul Asperger sau PDD-NOS.

3. Schema socială și MAS1P

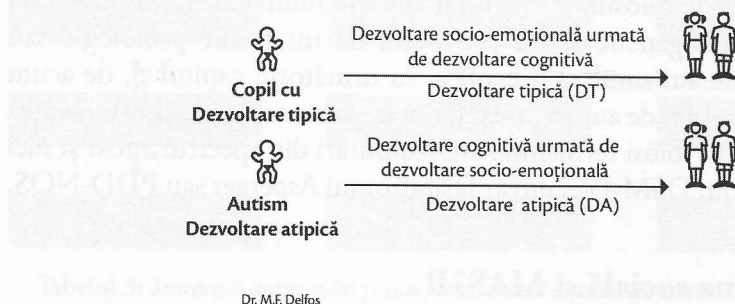
Ceea ce ne uimește cel mai mult la persoanele cu autism este că nu le putem recunoaște sau înțelege comportamentul foarte ușor. Pare dincolo de ceea ce știm și suntem obișnuiți. Comportamentul lor social pare inadecvat și ceea ce este chiar mai dificil de înțeles este nivelul lor de inteligență ridicat, în multe cazuri. Din cauza acestei inteligențe, ne așteptăm, de asemenea, la un nivel înalt de *dezvoltare socială*, dar care, spre surprinderea noastră, lipsește. Atunci când un copil cu autism este considerat inteligent, dar prezintă un comportament inadecvat din punct de vedere social, oamenii nu se gândesc întotdeauna la un defect, ci dau vina mai ușor pe părinți, pentru modul în care și-au crescut copilul.

❖ *Mama lui Jack, un băiat cu o tulburare care nu era vizibilă, s-a simțit recunoscătoare, în cele din urmă, în momentul diagnosticării acestei tulburări. În sfârșit, sentimentul de neputință a fost luat în serios. «Dar încearcă să-i explici asta bunicilor lui», spuse ea. Cuvintele sale exprimă singurătatea cauzată de lipsa înțelegerii celor din jurul ei și de lupta pe care o duce singură pentru a-și ajuta copilul.*

Motivul de uimire al oamenilor din jurul unei persoane cu autism este că dezvoltarea copiilor cu autism diferă de ceea ce suntem obișnuiți și de ceea ce ne așteptăm.

Dezvoltarea atipică

Dezvoltarea tipică (TD) este dezvoltarea care începe cu accent pe aria social-emoțională, iar mai târziu zona cognitivă se află în centrul atenției. Desigur, atunci când copiii dezvoltă zona social-emoțională, ei cred că și partea cognitivă este activă, dar accentul cade pe domeniul social. Când se pune accentul pe zona cognitivă, bineînțeles că zona socială nu este inactivă. Este vorba despre focalizare și unde se concentrează atenția asupra dezvoltării mai rapide. Comparativ, evoluția TD și dezvoltarea autismului (*dezvoltare atipică*, ATD) sunt inverse (Delfos, 2016a; 2016b). Vedeți figura 5 (p. 26) pentru o reprezentare grafică a acestui lucru.



Dr. M.F. Delfos

Figura 5: Dezvoltarea domeniilor social-emoționale și cognitive în dezvoltarea tipică (TD) și dezvoltarea atipică (ATD) (Delfos)

Deci, ceea ce face comportamentul copiilor cu autism să fie atât de neașteptat, este dezvoltarea inversă, rezultând într-un comportament care nu este aproape niciodată la vârsta la care îl așteptăm. Avem nevoie de o perspectivă de dezvoltare asupra autismului (Delfos, 2016a; Delfos & Groot, 2013). Chiar și atunci când nu avem proprii copii, avem statistici interne despre comportamentul oamenilor. În domeniul social, copiii cu autism tind să pară mult mai tineri decât suntem obișnuiți, acest lucru făcându-i să pară copilăroși, rău crescuți, surzi, egoiști sau chiar cu

probleme mentale; toate aceste prezumții nu sunt valabile. La început, de la naștere și probabil chiar din uter, focalizarea la copiii cu autism este în domeniul cognitiv, iar uneori mai târziu sau chiar mult mai târziu, accentul se îndreaptă spre zona social-emoțională. Încă o dată, în timpul focusului asupra cunoașterii, aceștia sunt activi și pe partea social-emoțională, iar atunci când se concentrează pe domeniul social, ei sunt activi și în domeniul cognitiv. Deci, pe partea cognitivă, atunci când copiii cu autism sunt capabili să vorbească, par adesea mult mai în vârstă decât vârsta lor cronologică și par foarte înzestrați; dar, de fapt, acesta este un *copil înzestrat doar pe o latură*.

Două laturi: maturizarea întârziată și accelerată a creierului

Atunci când comparăm cele *două căi de dezvoltare* (TD și autism), observăm, în cazul persoanelor cu autism, că zona social-emoțională este întârziată în comparație cu dezvoltarea tipică, iar zona cognitivă este *accelerată* în comparație cu TD. Acesta este un alt mod de a exprima ce spunea Hans Asperger despre cele două laturi ale unei monede: *punctele tari și punctele slabe*. Teoria S-MASIP plasează aceste puncte forte și slăbiciuni în maturizarea creierului: întârzierea și accelerarea maturizării creierului.

Maturizarea creierului înseamnă că sunt produse noi celule (*materie cenușie*), iar celulelor noi și vechi le este testată capacitatea de a face conexiuni bune (*materie albă*) cu alte celule ale creierului. Celulele care fac conexiuni bune sunt păstrate și celulele care nu se conectează în mod corespunzător sunt șterse (*neurulația prin proliferarea și migrarea celulelor*). Acest lucru se întâmplă în diferite părți ale creierului și înseamnă că maturarea arată o creștere a volumului creierului, urmată de o scădere. Vedeți Figura 6 pentru un exemplu de maturizare a cortexului la copii TD: senzomotorie, asociere parietală/temporală și prefrontală; de la naștere până la adolescență. Hazlett și colegii (2006) au arătat că, în cazul autismului, curba prefrontală poate apărea mai târziu până la mult mai târziu.

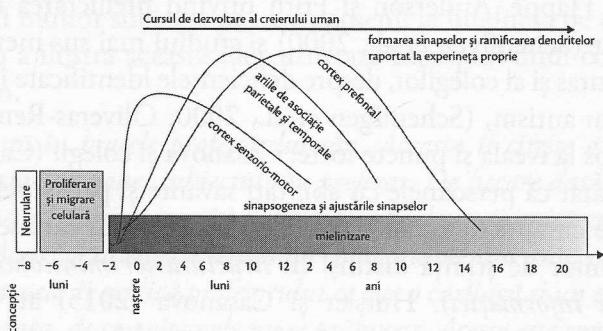


Figura 6: Maturizarea creierului: creșterea urmată de scăderea celulelor creierului

Există dovezi substanțiale pentru partea întârziată a autismului; printre altele, există cercetarea Institutului Brain (Bastiaanse et al., 2011), care indică faptul că există o dezvoltare întârziată în domeniul social, în cazul autismului. Ei au concluzionat că autismul nu este o dezvoltare defectuoasă, ci o dezvoltare întârziată. Un alt exemplu este cercetarea lui Hua și a colegilor (Hua et al., 2011), care afirmă că există o dezvoltare întârziată a creierului copiilor cu autism, în special în domeniile *interacțiunii sociale, comunicării și comportamentului repetitiv*, domenii asociate criteriilor de diagnosticare pentru autism în manualele DSM/ICD. Și există mult mai multe cercetări, toate indicând aceeași direcție: întârzieri la nivelul creierului legate de dezvoltarea socială (DeRamus & Kana, 2015). De fapt, aceasta este o latură a monedei pe care Hans Asperger le-a numit *slăbiciuni* și ceea ce este *autismul/ASD* conform DSM și ICD și *partea întârziată a autismului* conform S-MAS1P.

În manifestarea comportamentului, cele două părți (*puternic/slab* și *întârzierea/acelerația*) interacționează și, prin urmare, inteligența poate fi ascunsă așa cum vom vedea mai departe. Oliveras-Rentas și colegii (Oliveras-Rentas et al., 2012) vorbesc despre deficiențe în testele de inteligență care sunt puternic asociate cu *abilitățile de comunicare*.

Această întârziere înseamnă că se pot face *progrese*. Afirmția este vizibilă în cercetarea lui Rueda și colegilor și a lui Peterson, care a arătat că, în timp, progresul în dezvoltarea unei *teorii a minții* este posibil la persoanele cu autism (Rueda et al., 2014, Peterson et al., 2014). Cercetările arată, de asemenea, că *profilurile de dezvoltare* ale copiilor prezintă progrese în timp (Hedvall et al., 2013).

Există mai puține cercetări privind *accelerarea*. Motivul probabil este că oamenii se uită mai mult la probleme și mai puțin la punctele tari. Dar există studiul lui Courchesne privind creșterea accelerată în sensul maturizării creierului la copiii cu autism, care nu se maturizează către vârsta de trei ani (Courchesne et al., 2004), ci mai târziu; vedeți, de exemplu, cercetarea lui Hazlett și a colegilor (2006). Cercetările lui Scheuffgen, Happé, Anderson și Frith privind prelucrarea mai rapidă a informațiilor (Scheuffgen et al., 2000) și studiul mai sus menționat al lui Oliveras-Rentas și al colegilor, despre deficiențele identificate în profilul IQ al copiilor cu autism, (Scheuffgen et al., 2000; Oliveras-Rentas și colab., 2012) au scos la iveală și puncte forte. Casanova și colegii (Casanova et al., 2007) au arătat că persoanele cu abilități savante și persoanele inteligente sau talentate cu autism aveau o structură a creierului care se asemăna cu cea a oamenilor de știință distinși în *structura lor minicolumnară* (parte a *prelucrării informației*). Hutsler și Casanova (2015) au constatat că neuropatologia poate apărea în primii ani la copiii cu autism și ar putea beneficia de intervenția timpurie.