

TULBURARE DE SPECTRU AUTIST FĂRĂ DEFICIT INTELECTUAL SAU DE LIMBAJ (SINDROM ASPERGER) – PREZENTARE DE CAZ

Voichița Șoldan – psiholog-logoped autonom,
asistent medical principal pediatrie,
Dispensar medical școlar, Tîrgu Mureș

REZUMAT

Tulburările din spectrul autismului (TSA) sunt tulburări neurodevelopmentale, asociate cu deficite de bază în comunicarea socială și interacțiune socială și comportamente repetitive și restrictive. Prezentăm cazul unui copil de sex masculin, în vârstă de 6 ani 6 luni, diagnosticat la vârsta de 4 ani cu TSA fără defi-

cit intelectual sau de limbaj (sindrom Asperger), cu elemente de ADHD, de stress posttraumatic și de tulburări alimentare, cu evoluție favorabilă după 18 luni de psihoterapii combinate și logopedice, simultan cu trainingul părinților, integrat în colectivitate la grădiniță și urmează să fie școlarizat în clasa pregătitoare.

CUVINTE CHEIE: autism, sindrom Asperger, copil, școală

AUTISM SPECTRUM DISORDERS WITHOUT INTELLECTUAL IMPAIRMENT OR LANGUAGE IMPAIRMENT (ASPERGER SYNDROME) – CASE REPORT

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorders (ASD) are neurodevelopmental disorders associated with deficits in social communication and basic social interaction and repetitive behaviors and restrictive. We present the case of a male child, 6 years 6 months age, diagnosed at 4 years age with ASD without intellectual impairment or language (Asperger syndrome), with

elements of ADHD, stress posttraumatic and eating disorders, evolving positive after 18 months of combined psychotherapy and speech therapy, simultaneously with the training of parents, integrated into the community (kindergarten and trained for preparatory class).

KEY WORDS: autism, Asperger syndrome, child, school

* **Autor corespondent:** Voichița Șoldan – psiholog-logoped autonom, asistent medical principal pediatrie, Dispensar medical școlar, Tîrgu Mureș,

Articol primit: 10.01.2017, acceptat: 17.01.2017, publicat: 26.01.2017

Citare: Șoldan V. Autism spectrum disorders without intellectual impairment or language impairment(Asperger syndrome) – case report. Journal of School and University Medicine 2017;4(1): 12-17

INTRODUCERE

În 1943 Leo Kanner a descris primele cazuri de autism la copii, elementul comun al tabloului clinic fiind izolarea socială. Etimologic cuvântul autism provine din limba greacă, „autos” = sine.

În 1944, Hans Asperger descria și el o simptomatologie asemănătoare la un grup de băieți cu probleme de integrare socială, identificând în același timp și unele anomalii emoționale.

Autismul include o serie de tulburări comportamentale fundamentale. Tulburările din spectrul autist fac parte din grupa tulburărilor neurodevelopmentale, definirea și încadrarea formelor clinice în *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), de către American Psychiatric Association, suferind numeroase schimbări de-a lungul timpului. (vezi Tabel 1) .[1,2,3,4,5,6]

DSM-V desființează diagnostice ca: tulburarea de dezvoltare pervazivă nespecificată, tulburarea autistă, sindromul Asperger, tulburarea dezintegrativă a

copilăriei, fiind considerate ca simple variante ale unei singure entități clinice, definită ca *Tulburare de spectru autist*, cu manifestări variate, grupate diferit și de intensitate variabilă de la un pacient la altul (vârstă, sex, dezvoltare intelectuală, dezvoltarea limbajului, factori de mediu). [1,2,3,4,5]

Tulburările din spectrul autist (TSA) sunt tulburări neurodevelopmentale, asociate cu:

1. deficite de bază în comunicarea socială și interacțiune socială,
2. comportamente repetitive și restrictive.
3. Noua abordare diagnostică permite clinicianului un diagnostic mai descriptiv, ca TSA cu sau fără deficit intelectual/tulburări de limbaj, anomalii genetice, etc.

Sindromul Asperger așa cum era definit de DSM – IV, se caracterizează prin comportament repetitiv care afectează capacitatea de a comunica. Conform DSM-V el este prezentat ca TSA fără deficit intelectual sau de limbaj.[1,2,3,4,5]

Tabel nr.1 : Istoricul clasificării autismului în DSM [1,2,3]

1952	DSM-I	Nu există termenul de autism sau Tulburare de dezvoltare pervazivă
1968	DSM-II	Se folosește terminologia de „Reacție schizoidă a copilăriei”
1980	DSM-III	Tulburare de dezvoltare pervazivă: Tulburare de dezvoltare pervazivă a copilului Autismul infantil Autism atipic
1987	DSM-III-R	Tulburare de dezvoltare pervazivă: Tulburare autistă Tulburare de dezvoltare pervazivă nespecificată
1994	DSM-IV	Tulburare de dezvoltare pervazivă: Tulburare de dezvoltare pervazivă nespecificată Tulburare autistă Sindrom Asperger Tulburare dezintegrativă a copilăriei Sindrom Rett
2000	DSM-IV-TR	Idem DSM – IV (cu câteva corecții pentru Tulburarea de dezvoltare pervazivă nespecificată)
2013	DSM – V	Tulburare din spectrul autist

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10, versiunea OMS pentru 2016), încadrează sindromul Asperger (cod F84.5), la capitolul V (Mental and behavioural disorders, codurile F00-F99), subcapitolul Tulburări de dezvoltare psihologică (Disorders of psychological development, codurile

F80-F89), în cadrul Tulburărilor de dezvoltare pervazivă (cod F 84). ICD – 10 (versiunea pentru 2016), definește sindromul Asperger ca o tulburare de validitate nosologică incertă, caracterizată prin același tip de anomalii calitative ale interacțiunii sociale reciproce specifice autismului, împreună cu un repertoriu repetitiv, stereotip, restrictiv, de interese și ac-

tivității. Diferă de autism, în primul rând, prin faptul că nu există nici o întârziere generală sau o întârziere de limbaj sau în dezvoltarea cognitivă. Această tulburare este adesea asociată cu stângăcie marcată. Există o tendință puternică pentru această afecțiune de a persista în adolescență și în viața de adult. În viața adultă timpurie, ocazional, pot să apară episoade psihotice. Alte diagnostice asimilate sindromului Asperger sunt cele de psihopatie autistă și tulburare schizoidă a copilăriei. [7]

Posibil ca, în 2018, la următoare revizie, când va apărea ICD-11, să apară unele modificări de încadrare diagnostică, astfel încât să dispară posibilele confuzii induse de diferențele dintre DSM-V și ICD-10.[8]

Etiologia este neclară, se vorbește de o cauzalitate multifactorială cu implicarea factorilor genetici în contextul factorilor de mediu, biologici și/sau genetici, care induc anomalii în structura și funcționalitatea creierului, răspunzătoare de apariția TSA, dar markerii specifici încă nu au putut fi identificați, rezultatele studiilor fiind încă contradictorii. Factorii genetici pot fi implicați, aproximativ 10% din cazurile de autism se asociază cu sindrom Angelman, sindrom X-fragil (sindromul Martin Bell), sindrom Down, scleroza tuberoasă, și altele. Părinții unui copil cu TSA au 2-18% șanse de a avea și un al doilea un copil cu TSA. Alți factori de risc sunt medicația din timpul sarcinii (acid valproic, talidomida), vârsta înaintată a părinților, alți factori ce acționează imediat înaintea, în timpul și imediat după naștere, greutatea mică la naștere. [1,2,3,4,5,6,8,9] Se vorbește de asemenea despre factori inflamatori și autoimuni, 50% dintre copiii cu TSA având în antecedente manifestări atopice cu activarea mastocitelor (astm, eczema, alergii sau intoleranțe alimentare), corelate cu prezența autoanticorpilor cerebrali; mastocitele activate pot elibera mediatori inflamatori și neurotoxici, responsabili de focare inflamatorii cerebrale.[10] Sunt în curs numeroase studii și cercetări privind etiologia și factorii de risc ai TSA.

Epidemiologie: TSA se pare că este în creștere la nivelul întregii lumi, cu o incidență mai mare la băieți, sex ratio baieti: fete= 4:1, dar nu există variații legate de rasă, etnie, mediu socio-economic. Prevalența, conform CDC, în 2012, varia între 8,2-24,6 cazuri la 1000 de copii, cu o medie de 14,6 la 1000 de

copii (1 caz la 68 de copii). Sindromul Asperger are o prevalență de 3 la 1000 copii.[1,2,6,8]

Diagnosticul, conform DSM – V, se stabilește după 5 criterii (A, B, C, D, E), care țin cont de vârsta la debut (C), caracterul limitativ al simptomelor (D), de deficiențele de comunicare și interacțiune socială (A), de prezența comportamentelor, intereselor și activităților restrictive, stereotipe(B), comorbidități și deficiențe intelectuale (E), după cum urmează.[1]:

A. Deficite persistente în comunicarea socială și interacțiunea socială, în toate contextele, nemăfestate ca întârzieri de dezvoltare generale, care să se regăsească în toate cele 3 arii descrise mai jos:

1. Deficite în reciprocitatea socio-emoțională: pornind de la manifestări de apropiere socială anormală și imposibilitatea menținerii unei conversații din cauza lipsei de reciprocitate afectivă, emoțională, de interese și ajungând până la absența totală de inițiativă în interacțiunile sociale.

2. Deficite în comportamentele de comunicare non-verbală, folosite în interacțiunea socială: pornind de la comunicare non-verbală și verbală foarte slabă (anormalități în contactul vizual, limbaj corporal) sau deficite în înțelegerea și folosirea comunicării non-verbale și până la absența completă a expresiilor faciale și a gesturilor în comunicare.

3. Deficite în dezvoltarea și menținerea relațiilor sociale (în afara relațiilor cu anturajul, îngrijitorii): pornind de la dificultăți de adaptare a comportamentelor în funcție de contextele sociale diferite, dificultăți în participarea la jocuri imaginative și la formarea prieteniiilor până la absența totală a interesului pentru ceilalți oameni.

B. Comportamente, interese și activități restrictive, repetitive (stereotipe), manifestate în cel puțin 2 dintre următoarele arii:

1. Vorbire, mișcare motorie și utilizare de obiecte în mod stereotip (repetitiv): precum simple mișcări stereotipe, ecolalia, utilizarea repetitivă a obiectelor, utilizarea de secvențe idiosincratice.

2. Atașament excesiv la rutină, comportamente și vorbire ritualizate sau rezistență excesivă la schimbare: de pildă ritualuri motorii, insistență în a mânca aceeași mâncare, în a merge pe același drum, folosirea acelorași întrebări sau apariția stresului la mici schimbări.

3. Interese fixiste, restrictive manifestate cu o concentrație maximă, o intensitate anormală: precum atașament/preocupare puternică pentru obiecte neobișnuite, interese excesive manifestate cu perseverență.

4. Hiper- sau hipo- reactivitate la stimuli senzoriali sau un interes neobișnuit pentru caracterul senzorial al mediului (de pildă, indiferență la durere/căldură/frig, reacții neobișnuite la anume sunete sau texturi, atingere sau mirosire excesivă a obiectelor, fascinație pentru lumină sau pentru învârtirea obiectelor).

C. Simptomele trebuie să fie prezente din copilăria timpurie (chiar dacă nu se manifestă integral până în momentul în care cerințele sociale depășesc capacitățile limitate).

D. Toate aceste simptome limitează și îngreunează funcționarea firească a individului zilnic.

Diagnosticul diferențial se face cu: sindromul Rett, mutismul selectiv, tulburări de limbaj și tulburarea comunicării sociale (pragmatice), tulburări de dezvoltare intelectuală fără TSA, boala ticurilor, ADHD, schizofrenia.[1,2,3,6,11,12,13]

Tratamentul nu este medicamentos (arareori simptomatic), ci psihoterapeutic, instituindu-se terapii individualizate ca: Terapia Comportamentală Aplicată (ABA), ludoterapia, jocul de rol, logopedie și trainingul părinților.[1,11,12,13,14,15,16]

Evoluția și prognosticul sunt variabile în funcție de gradul și tipul de afectare având în vedere polimorfismul TSA și multitudinea de factori favorizanți sau declanșatori mai mult sau mai puțin cunoscuți/identificați.

PREZENTARE DE CAZ

Prezentăm cazul unui copil de sex masculin, L.L.A, născut în iunie 2010, care frecventează o grădiniță cu program prelungit, din Tîrgu Mureș, pentru care evaluarea psihologică s-a făcut la solicitarea mamei copilului, cu motivația lipsei de atenție, a problemelor de vorbire și hiperactivității copilului. Evaluarea psihologică s-a făcut în cabinetul de psihologie și a constat din: interviu cu mama copilului și aplicare de teste/chestionare (o ședință 60 minute), evaluarea copilului cu aplicarea de teste relevante (2 ședințe a 50 minute).

Metodele de evaluare folosite au fost: interviu semistructurat (mama, fără alte persoane rele-

vante), observația (comportamentul non-verbal, relația părinte – copil), testul Raven color, cuburile Kochs pentru aprecierea nivelului de dezvoltare cognitivă a copilului, fișa de investigare pentru părinți, chestionar de evaluare a copiilor cu vârste cuprinse între 3-7 ani (ECI 4), fișa de evaluare logopedică, tehnici ludice. *Observații:* receptivitatea părintelui, disponibilitatea de a-i răspunde și exprimarea atenției față de copil; dovedirea unei atitudini afectuoase, calde, prin tonul vocii și exprimarea facială în cadrul comunicării; atitudini gestuale și corporale manifestate de părinte și răspunsurile copilului la aceste manifestări non verbale. [11,12,13,14,15,16]

Date despre familia copilului (istoric social):

Copilul face parte dintr-o familie legal constituită, cu doi copii; în familia copilului mai este o soră în vârstă de 1 an. Relațiile din familie sunt armonioase, ambii părinți fiind implicați în creșterea și educarea copiilor. Părinții sunt ajutați în creșterea și educarea copiilor de către familiile lărgite. Ca stil parental, mama se înscrie în stilul interactiv, cu orientare spre oameni și un ritm rapid, activ. Acest stil este caracterizat de sociabilitate, spontaneitate, optimism, ușurință în exteriorizarea emoțiilor. Manifestă competitivitate, încredere în forțele proprii, își sprijină afectiv copilul, îl laudă și-l încurajează pentru realizările sale, oferindu-i încredere în sine. Mama copilului este foarte informată cu privire la caracteristicile de dezvoltare pe vârste a copiilor, cu privire la nevoile ce trebuie satisfăcute unui copil pentru a se asigura o dezvoltare armonioasă a acestuia.

Rezultatele evaluării psihologice :

a) Dezvoltarea socio-psiho-emoțională a copilului

- Dezvoltarea cognitivă: este cel mai probabil în baremul vârstei sau peste acesta. Nu colaborează pentru aplicarea unui instrument de stabilire a nivelului intelectual. Refuză să lucreze cu cuburile Kochs ”deoarece au prea multe culori”, iar culoarea lui preferată e verde. Realizează seria A a testului Raven color, cu o singură eroare, dar refuză să-l finalizeze. Nu desenează, nu colorează, execută doar niște mazăgălituri.

- Deprinderile de autonomie personală sunt formate, dar neconsolidate (mănâncă singur în

grădiniță, dar nu și acasă; se îmbracă singur, are control sfincterian). Stabilește relații interpersonale relativ adecvate, este sociabil, are uzanța relaționărilor sociale. Nu menține contactul vizual. Are preocupări bizare legate de trierea/manipularea unui anume tip de obiecte, cu preferință pentru obiectele mici, identice, de aceeași culoare – roșie sau verde.

- **Limbajul** pasiv și activ este peste nivelul vârstei cronologice ca bogăție a vocabularului, nuanțare morfo-sintactică și flexibilitate în utilizare; își exprimă cu ușurință sentimentele și emoțiile.

- **Fișa de evaluare logopedică** reliefează următoarele aspecte: motricitate generală bună, motricitate fină (mobilitatea degetelor) bună, structuri perceptiv-motrice, nu este unilateralizat dar tinde să utilizeze mai mult mâna stângă, cunoștințe și achiziții peste nivelul vârstei în ceea ce privește formele (ex. romb), nuanțe ale culorilor, operarea cu cifre, recunoșterea literelor (cunoaște alfabetul), informații privind animalele și mediul lor de viață; cunoaște limba engleză și îi place să cânte în limba engleză; cunoaște principalele momente ale zilei, zilele săptămânii, lunile anului, anotimpurile; este orientat în timp și spațiu; cunoaște culorile, mărimile, cantitățile și formele geometrice; cunoaște schema corporală; prezintă dificultăți de concentrare și de menținere a atenției în activitate; nivelul de înțelegere a limbajului este nivelul vârstei iar limbajul verbal este bine dezvoltat, folosește denumiri, acțiuni, însușiri, cuvinte de relație; vorbește în propoziții dezvoltate, folosind corect timpul verbelor, înțelege și folosește noțiunile de ieri, azi, mâine și percepe continuitatea unei acțiuni; înțelege și utilizează adecvat pronumele personal și conjugarea corectă a verbelor; fonastenie – voce lipsită de energie, slăbiciune, vorbire lipsită de modulații, mișcare a buzelor fără sunet; prezintă dislalie polimorfă, cu afectarea sunetelor; L, F-V, S-Z-Ț, Ș-J-CE-CI și R. Substituie cuvintele de legătură sa, se, și, să cu : HA, HE, HI, HU; diagnostic neuropsihiatric – TSA (în observație); antecedente personale patologice: boli virale ușoare.

- **Dezvoltarea afectivă:** nu sunt prezente tulburări emoționale, copilul dezvoltă un atașament corect centrat pe mamă, are răspunsuri emoționale corespunzătoare. Mama relatează crize de afect la impunerea unor reguli de către adult sau la re-

fuzul adultului de a-i satisface imediat cererile. ECI 4 reliefează scoruri cutoff cu semnificație la: ADHD, tipul cu deficit de atenție, stres posttraumatic (mama relatează un episod în care, la vârsta de 3 ani, consecutiv unei căderi, copilului i-au fost puse 2-3 copci la buza inferioară (fără spitalizare), Tulburări de alimentare (are preferințe alimentare puternice, mănâncă puțin, refuză să mănânce singur uneori), tulburare Asperger (comportamente bizare, uneori mișcări repetitive).

Diagnostic: În urma evaluării neuropsihologice și psihiatrice, pe baza prezenței criteriilor de diagnostic DSM-V: A2; B1, 2, 3 ; C, interpretăm cazul ca TSA fără deficit intelectual sau de limbaj, (echivalent cu sindrom Asperger, conform ICD-10 și DSM-IV), cu elemente de ADHD, elemente de stres posttraumatic și de tulburări alimentare.

Terapie: Se instituie unu program de consolidare a deprinderilor de autonomie personală și socială, de reglaj comportamental, în special în mediul familial și terapie logopedică, pentru corectarea sunetelor afectate. Metodele psihoterapeutice aplicate au fost Terapia Comportamentală Aplicată (ABA), ludoterapia, jocul de rol, sandplay therapy, logopedie, trainingul părinților, toate cu planuri individualizate și adaptate la nevoile copilului. Programul de terapie a început la vârsta de 4 ani și 3 luni timp de 1 an și 6 luni cu o frecvență de 2 ședințe pe săptămână, cu durata de 50 de minute, după o perioadă de preterapie și evaluare.

Rezultatele obținute în urma terapiei au fost menținerea contactului vizual, consolidarea deprinderilor de autonomie personală, reducerea stereotipiilor, respectarea regulilor atât acasă cât și în societate, reducerea preferințelor alimentare prin acceptarea unor noi alimente, corectarea sunetelor afectate, fonasteniei, reușind chiar să folosească modulații și intonații diferite în vorbirea curentă, dezvoltarea limbajului para și non verbal. Copilul este integrat în continuare în colectivitate, unde se remarcă schimbări majore în comportament, în respectarea programului și regulilor, urmând să fie școlarizat în clasa pregătitoare.

Recomandări pe termen lung: monitorizarea în continuare, în funcție de necesități, cultivarea abilităților deosebite ale copilului (limba engleză), dezvoltarea imaginației creative, dezvoltarea inteligenței emoționale, alegerea unui sistem de învățământ unde copilul să poată fi integrat, înțeles, valorizat și stimu-

lat. Transformarea obsesiei copilului pentru domeniul favorit într-o pasiune și, ulterior, într-o meserie. Acești copii pot deveni profesioniști și specialiști foarte buni în domeniile care îi atrag. Pasiunea copilului ar putea deveni ușor iritantă și enervantă atât pentru părinți, cât și pentru cei din jur. Copilul având tendința de a vorbi numai despre ceea ce îl pasionează, acest lucru ar putea deveni deranjant. De aceea, părinții sunt sfătuiți să îi ducă la cursuri, ateliere sau școli specializate în acel domeniu, unde își poate cultiva liber pasiunea. Din păcate, la fel ca multe alte tulburări din spectrul autist, nu se poate vindeca complet. Părinții pot oferi însa copilului sprijinul necesar pentru a-i îmbunătăți calitatea vieții și a-l integra mai bine în societate. [13,14,15,16]

În loc de concluzii, poemul „Autism is”, din volumul „ASPoetry: Illustrated Poems from an Aspie Life” de Wendy Lawson. „*Autism is: being present in this world,/But not entirely of it. / I am one step removed and curled, / The switch just doesn't click. / I perform the role of my perception,/ And play many parts so well./ But minus files for my redemption, / My part in life I cannot tell. Life is like a video,/ I watch but cannot partake./ My uneven skills are but an echo,/ Of the frustrations which I hate! /However, my focused use of time and space, / I would not give away. / I know that I am especially placed, / For some developed career one day!*” (Wendy Lawson este psiholog, profesor univertar și după 25 de ani de diagnostic greșit – schizofrenie, în 1994, a fost diagnosticată cu sindrom Asperger, moment în care s-a întors la universitate și și-a dedicat cariera studierii acestei boli cu accent pe influența dezvoltării neurologice individuale asupra stilurilor de învățare.)

Asociația Americană de Pediatrie recomandă, pe cât posibil, screeningul pentru TSA la toți copiii cu vârsta de 18 luni și 24-30 de luni, deoarece diagnosticul și intervenția timpurie sunt foarte importante pentru o evoluție favorabilă a cazului.[1,8]

BIBLIOGRAFIE

1. American Psychiatric Association – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, 2013
2. American Psychiatric Association – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition, American Psychiatric Association, 1994

3. Kaufmann WE. DSM-5: The New Diagnostic Criteria For Autism Spectrum Disorders,
4. <http://www.autismconsortium.org/symposium-files/WalterKaufmannAC2012Symposium.pdf>
5. Kent R, Carrington S, Le Couteur A, Gould J, Wing L, Maljaars J, Noens I, Van Berckelaer-Onnes I, Leekam S. Diagnosing Autism Spectrum Disorder: who will get a DSM-5 diagnosis?, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2013;54:11:1242–1250
6. Milea Ș. DSM 5 și psihopatologia infancto-juvenilă. *Revista de Neurologie si Psihiatrie a Copilului si Adolescentului din Romania* 2013;21(3):5-16
7. Tasker R, McClure R, Acerini C. *Oxford Book Handbook of Pediatrics, Second Edition.* Oxford Univerity Press 2008;320-322, 518-520, 556-584,772-784, 986-994
8. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) -WHO Version for; 2016*
9. Christensen D, Baio J, Van Naarden Braun K, Bilder D, Charles J, Constantino J, Daniels J, Durkin M, Fitzgerald R, Kurzius-Spencer M, Li-Ching Lee, Pettygrove S, Robinson C, Schulz E, Wells C, Wingate M, Zahorodny W, Yeargin-Allsopp M. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years. *Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, Centers for Disease Control and Prevention 2012. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 2016;65(3);1–23
10. Peng Kiat Pua E, Bowden S, Seal M. Autism spectrum disorders: Neuroimaging findings from systematic reviews. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2017;(34):28–33, available online 4 December 2016
11. Theoharides Th, Tsilioni I. *Neuroimmune Pharmacology. Autism Spectrum Disorders,* Springer International Publishing 2016: 643-659
12. Manning-Courtney P, Murray D, Currans K, Johnson H, Bing N, Kroeger-Geoppinger K et al. *Autism Spectrum Disorders, Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* 2013; 43(1):2–11
13. Iacob DC. Differentiated Diagnosis Between Autism And Alalia. *Clinical Interview. Journal of School and University Medicine* 2015;2(2):48-52
14. Pop A. Social (Pragmatic) Communication Disorder. *Journal of School and University Medicine* 2015;2(2):46-48
15. Peeters Th. *Autismul, teorie și intervenție educațională.* Polirom Iași 2009
16. Asociația de Științe Cognitive din România; *Metode și tehnici de evaluare și intervenție. Ghid pentru părinți; Ghid elaborat în cadrul proiectului POSDRU/23/2.2/G/7859; octombrie 2007, Cluj-Napoca, ppi 93-113; 151-293*
17. Barkley, Russell A. *Copilul dificil: manualul terapeutului pentru evaluarea și trainingul părinților.* Cluj-Napoca. Editura ASCR 2009: 123-151; 236-242
18. Lawson W. „ASPoetry: Illustrated Poems from an Aspie Life”. *Jessica Kingsley Publishers* 2006:43