Tulburările de spectru autist

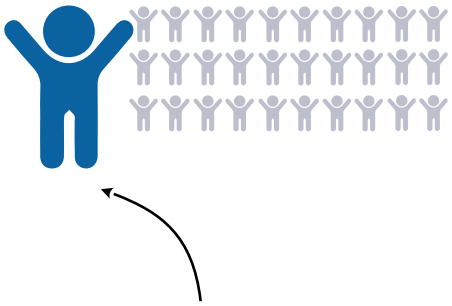
www.cji.ro

Conf. Dr. Florina Rad
medic primar psihiatrie pediatrică

Tulburările de spectru autist

Prevalența TSA

Ultimul studiu publicat de CDC (Centers for Disease Control and Prevention) în 2025 (cu date culese în 2022) estimează că la 1 din 31 (3,2%) de copii în vârstă de 8 ani a fost identificată o tulburare de spectru autist, cu o frecvență de 3 ori mai mare la băieți comparativ cu fetele. Prevalența TSA a crescut constant începând cu anii 2000, și dacă în anii '70 era considerată o boală rară, acum este una dintre cele mai frecvente tulburări de neurodezvoltare diagnosticate în populația pediatrică, estimările prevalenței fiind ridicate [1,4].



În 2025, la 1 din 31 (3,2%) de copii în vârstă de 8 ani a fost identificată o tulburare de spectru autist

Este această creștere a prevalenței reală?

Există mai multe explicații privind această creștere a prevalenței, printre care: modificarea criteriilor de diagnostic de-a lungul anilor (deși datele raportate de CDC în perioade în care criteriile au rămas constante arată o creștere constantă), o mai bună informare a medicilor de familie și a pediatrilor și a psihiatrilor pediatrici, dezvoltarea instrumentelor de screening și de evaluare, o mai bună informare a părinților care se prezintă mai repede cu copilul pentru evaluare - ca urmare, în ultima perioadă, autismul este mai frecvent identificat.

Estimările mai recente ale prevalenței sunt semnificativ mai ridicate, cel mai probabil ca urmare a unei conștientizări crescute la nivelul publicului și al profesioniștilor, a includerii cazurilor fără dizabilitate intelectuală, precum și a îmbunătățirii practicilor de diagnostic și a accesului la servicii de trimitere la specialiști, specifică grupul de autori ai Ghidului european de practică în Autism [1,2,4].

Ce sunt tulburările de spectru autist

Tulburările de spectru autist sunt tulburări de neurodezvoltare caracterizate prin carențe persistente în comunicarea și interacțiunea socială și modele restrictive și repetitive de comportament, de interese sau activități. Simptomele sunt prezente în perioada timpurie de dezvoltare, dar pot deveni manifeste, afectând funcționarea, doar atunci când solicitările sociale depășesc capacitățile limitate ale copilului sau adolescentului. De-a lungul vieții, unele simptome pot fi mascate prin diverse strategii învățate. Din acest motiv, o parte dintre persoanele cu TSA sunt diagnosticate tardiv, la vârsta adolescenței sau a adultului tânăr, atunci când nu mai pot compensa cognitiv sau prin strategii învățate dificultățile din mediul social [2,4,5].

Modificarea terminologiei

Vom regăsi de-a lungul timpului diverse terminologii pentru aceste tulburări. Autismul a fost descris pentru prima dată în 1943 de către Leo Kanner, care a prezentat în lucrarea sa „Autistic Disturbance of Affective Disorder", publicată în Baltimore, SUA, 11 copii cu „Early Infantile Autism", fiind considerat „părintele" acestei noi entități clinice, **autismul infantil.** În aceeași perioadă, Hans Asperger publică în limba germană teza sa de doctorat „Autistic Psychopathology in childhood" în care prezintă un lot de copii cu abilități verbale bune, dar cu probleme majore de interacțiune socială și aderență la rutină. **Tulburarea** descrisă de **Asperger,** care în prezent îi poartă numele, a ajuns în atenția specialiștilor doar în urma unui review al Lornei Wing în 1981. Doar în 1980 autismul este introdus ca entitate diagnostică în manualul de clasificare a tulburărilor psihice DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) la categoria diagnostică **Tulburări Pervazive de Dezvoltare (TPD)**. În 1994 a fost publicată ediția IV a manualului de clasificare a tulburărilor psihice (DSM IV), unde regăsim categoria diagnostică Tulburări pervazive de dezvoltare, care cuprinde:

- **Tulburarea autistă (Autismul infantil)**
- **Tulburarea Asperger**
- **Tulburarea Rett**
- **Tulburarea dezintegrativă a copilăriei**
- **Tulburarea pervazivă de dezvoltare fără altă specificație (Autismul atipic)**

Datorită heterogenității simptomatologiei și variațiilor individuale ale gradului de severitate sau ale evoluției în timp în contextul dezvoltării unor abordări psihoterapeutice complexe, încadrarea unui copil într-o categorie diagnostică conform criteriilor DSM IV-TR este un demers dificil. Controversele au fost rezolvate în 2013 odată cu apariția DSM 5. Părerea autorilor a fost că un singur diagnostic de tip spectru sau umbrelă este un avantaj atât pentru clinicieni, cât și pentru cercetători. Grupul de lucru pentru tulburările de neurodezvoltare a considerat că uniformizarea diagnosticului nu va determina scăderea sensibilității criteriilor sau a numărului copiilor care au acces la diagnostic. În DSM 5 toate categoriile diagnostice din DSM IV-TR, cu excepția tulburării Rett, au fost reunite sub denumirea de „tulburări de spectru autist" și incluse în capitolul Tulburări de neurodezvoltare. Este o schimbare importantă în taxonomia autismului, rezultatul imposibilității delimitării diferitelor tulburări, acestea reprezentând de fapt o singură condiție medicală cu diferite grade de severitate [3,6].

Semne de alarmă pentru TSA

Ghidul european de practică în TSA propune următoarele semne de alarmă pentru TSA la copii:

- **Nu răspunde la numele său până la vârsta de 12 luni.**
- **Nu arată cu degetul obiecte pentru a manifesta interes (să arate cu degetul un avion zburând deasupra) până la vârsta de 14 luni.**
- **Nu participă la jocuri de „rol" (să se „prefacă" că hrănește o păpușă) până la vârsta de 18 luni.**
- **Evită contactul vizual și vrea să fie singur.**
- **Are dificultăți de înțelegere a sentimentelor altor persoane sau de a vorbi despre propriile lui/ei sentimente.**
- **Are întârziere în achizițiile de limbaj și de comunicare.**
- **Repetă iar și iar cuvinte sau fraze (ecolalie).**
- **Oferă răspunsuri fără legătură cu întrebările.**
- **Este supărat de schimbări minore.**
- **Are interese obsesionale [2].**

În România, screeningul TSA se realizează de către medicul de familie și/sau medicul pediatru utilizând un instrument de screening elaborat de Comisia de Psihiatrie Pediatrică a Ministerului Sănătății. Instrumentul cuprinde întrebări adresate părinților și observația directă a medicului care face evaluarea, se aplică copiilor la vârsta de 12, 18, 24 și, respectiv, 36 de luni, iar aplicarea lui este obligatorie și decontată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate [3,6].

Care sunt simptomele specifice pentru TSA?

Diagnosticul TSA este unul clinic, bazat pe criteriile de diagnostic și instrumentat cu ajutorul instrumentelor de evaluare (instrumente specifice pentru TSA precum testul ADOS și instrumente de evaluare a nivelului de dezvoltare). În procesul de evaluare este important să excludem o serie de tulburări organice care ar putea provoca o parte din simptomatologie sau ar putea fi asociate cu TSA.

Tabloul clinic clasic pe care îl întâlnim este cel al unui copil mic, cu vârsta mai mică de 3 ani, ai cărui părinți sunt îngrijorați, deoarece copilul nu dezvoltă limbajul. În cabinet vom observa următorul tablou clinic: copil care nu vorbește și nu folosește limbajul nonverbal pentru a comunica, care nu răspunde atunci când este strigat pe nume, nu inițiază contacte sociale cu adulții sau cu ceilalți copii, nu arată cu degetul și nu se uită în direcția în care noi arătăm, nu împărtășește bucuria (nu arată adultului un joc care-i place sau ceva ce a reușit să facă), nu se joacă cucu-bau, nu înțelege și nu execută ordine simple, nu are joc simbolic (nu hrănește păpușa sau nu se joacă de-a ceva), poate fi sensibil la zgomote, texturi, mirosuri, gusturi, poate avea comportamente sau joc stereotip și aderență la anumite rutine (merge pe vârfuri, flutură mânuțele, se învârte, preferă aceleași trasee, consumă aceleași alimente) sau preocupări restrictive pentru anumite domenii (se joacă doar cu dinozauri). Aceste simptome pot varia de la un copil la altul, ceea ce conferă o mare heterogenitate clinică și sunt observabile încă de la 12 luni. În majoritatea cazurilor, dezvoltarea copilului este deficitară de la vârstă mică, însă există și o minoritate de cazuri în care debutul declarat de părinți este cu regres după o perioadă de dezvoltare aparent tipică. Este important în aceste cazuri, printr-o anamneză riguroasă, să evaluăm nivelul de dezvoltare anterior al copiilor, deoarece acest tip de debut este unul puțin frecvent și de multe ori părinții supraestimează dezvoltarea copiilor.



Un al doilea tip de tablou clinic pe care îl putem întâlni este cel al adolescenților care au un nivel cognitiv bun și care au compensat sau au învățat diverse strategii de gestionare a deficitului lor de relaționare socială în mica copilărie și la care simptomele creează un disconfort atunci când solicitările sociale excedă abilitățile lor de compensare. De obicei este vorba despre adolescenți cu un nivel bun de dezvoltare cognitivă, cu preocupări circumscrise pentru anumite domenii în care uneori excelează, care în copilăria mică au avut relații sociale bune în special cu adulții sau copiii mai mari, aspecte care au camuflat dificultățile sau dezinteresul lor de comunicare socială cu egalii de vârstă. De obicei, la trecerea de la un ciclu de învățământ la altul sau la vârsta adolescenței, apar dificultăți de relaționare socială, anxietate, depresie sau uneori comportamente autoagresive sau agresive în context școlar sau social.

Vom observa pe parcursul evaluării dificultățile la nivelul teoriei minții (abilitatea de a înțelege și a se adapta la perspectiva, emoțiile sau comportamentele celorlalți), inflexibilitatea cognitivă, dificultăți de a înțelege glumele, ironiile, metaforele, sensul implicit al cuvintelor, naivitatea socială, spirit justițiar, atenția exagerată pentru detalii și dificultatea de a vedea întregul, modificările calitative ale limbajului (prozodie particulară, vorbire pedantă, solilocviu sau ecolalie), preferința pentru anumite domenii cu neglijarea celorlalte domenii academice care nu intră în sfera de interese, dezinteres social. În acest context, este important să evaluăm istoricul de relaționare socială și de adaptare la medii noi și să evaluăm particularitățile de gândire ale adolescentului cu instrumente specifice [2,3,4,5,6].

Ce factori determină apariția TSA?

Tulburările din spectrul autist sunt considerate a avea un determinism multifactorial și un profil neurocognitiv caracteristic. Sunt tulburări înalt heritabile, considerate a avea în mod primar o bază genetică, dar o serie de factori de mediu pot influența exprimarea vulnerabilității genetice. Ca urmare, nu avem un singur factor incriminat în etiologia autismului, ci interacțiunile complexe între gene și mediu sunt responsabile de apariția acestor profile atipice de neurodezvoltare [3,4,6].

Mituri despre TSA

Mit:	Realitate:
„Unii copii vorbesc mai târziu”/„Și tatăl lui a vorbit după 3 ani”/ „Băieții vorbesc mai târziu.”	Nu toți copiii își dezvoltă limbajul în același ritm, dar nu există diferențe în funcție de gen și există câteva repere în dezvoltarea limbajului de care trebuie să se țină cont. Dacă un copil nu atinge în mod constant obiectivele de dezvoltare pentru vârsta sa, părintele trebuie să apeleze la medicul de specialitate.
„Nu este nimic în neregulă cu copilul meu. Uite ce bine arată!”	O întârziere în dezvoltare nu este asociată neapărat cu semne fizice. Un copil cu întârziere în dezvoltare poate arăta la fel ca oricare altul.
„Este doar leneș/ă.”	Dificultatea de a merge/sta așezat/a vorbi poate fi un indicator al unei întârzieri în dezvoltare.
„Tulburările de spectru autist apar doar la băieți.”	Chiar dacă TSA au fost identificate mai frecvent la genul masculin, TSA apar indiferent de gen, etnie, statut social sau grup de vârstă.
„Toți copiii cu autism sunt la fel, ca urmare au aceleași nevoi.”	TSA sunt unele dintre cele mai eterogene afecțiuni, atât clinic, cât și etiologic. Ca urmare, evaluarea trebuie să fie riguroasă și adaptată pentru fiecare copil, iar programele terapeutice trebuie individualizate.

Mit:	Realitate:
„TSA sunt produse de vaccinuri, mai ales de ROR.”	OMS și American Academy of Pediatrics: nu există dovezi pentru o asociere între vaccinare și TSA. De la primul articol care sugerează această relație, articol retras ulterior din Lancet datorită demonstrării conduitei neetice și fraudei, numeroase studii din întreaga lume infirmă această ipoteză.
„Televizorul provoacă autismul.”	Expunerea la vârste mici la ecrane interferează cu dezvoltarea copiilor (OMS a elaborat recomandări clare în privința evitării expunerii copiilor la ecrane), însă nu este suficientă pentru a produce TSA, ci este mai degrabă un factor de mediu care poate accentua o vulnerabilitate genetică.
„Orice persoană cu autism este un geniu într-un anumit domeniu.”	Deși o caracteristică importantă a TSA este preocuparea pentru un domeniu circumscris de interese, nu orice persoană cu autism va excela în acest domeniu de interes. Se estimează că 10% dintre persoanele cu autism pot avea abilități speciale în anumite arii în care pot excela, într-o manieră inconsistentă față de celelalte arii de dezvoltare.
„Persoanele cu autism nu își doresc prieteni.”	Persoanele cu autism au dificultăți de interacțiune socială care interferează cu abilitatea lor de a comunica cu alte persoane.
„Persoanele cu autism nu au emoții.”	Persoanele cu autism au emoții la fel ca ceilalți oameni, însă din cauza inabilității lor de comunicare socială acestea nu își manifestă emoțiile sau își pot exprima emoțiile într-o manieră diferită (uneori considerată inadecvată).
„Autismul poate fi vindecat.”	Deficitele caracteristice pot fi recuperate în grade variabile în funcție de anumiți factori: existența unor factori genetici sau a altor afecțiuni asociate, diagnosticul precoce, accesul la servicii de terapie, asocierea dizabilității intelectuale. Trăsăturile spectrului se mențin de-a lungul vieții, însă pot interfera mai mult sau mai puțin cu funcționarea.

Mit:	Realitate:
„Autismul dispare la vârsta adultă.”	Autismul persistă la vârsta adultă fiind considerată o tulburare „lifelong condition”. TSA pot fi diagnosticate la anumite persoane doar la vârsta adultă, context în care pe parcursul procesului de diagnostic se va demonstra afectarea funcționării sociale din copilărie, chiar dacă persoana respectivă a reușit să camufleze deficitul prin diverse strategii învățate. La vârsta adultă, afecțiunile asociate (depresie, anxietate, tulburare obsesiv-compulsivă) pot deveni obiectivul terapeutic principal [6].

Cum să comunicăm în media despre TSA?

Terminologie adecvată: folosirea unui limbaj adecvat, centrat pe persoană (persoană cu autism sau copil diagnosticat cu TSA). Evitarea limbajului patologizant (bolnav de autism), a termenilor emoționali, a etichetărilor care riscă să transforme subiectul în „exemplu de milă” sau „erou spectaculos”. Evitarea stereotipurilor și miturilor („toți autiștii sunt genii” sau „nu simt emoții”, „sunt retrași și nu pot socializa”, „se pot vindeca prin iubire”).

Prezentarea faptelor cu acuratețe: Autismul este o tulburare de neurodezvoltare, nu o boală psihică sau o „condiție rară”. Sublinierea diversității, intereselor, personalității persoanelor - nu reducerea acestora la un diagnostic. Iar diagnosticul nu va fi folosit drept justificare pentru comportamente neînțelese.

Ascultarea și includerea opiniei persoanelor care au fost diagnosticate cu TSA.

Evidențierea realității complexe: provocări și puncte forte, nevoia de sprijin adaptat.

Oferirea de informații despre mecanismele de sprijin, resurse utile.

Bibliografie

1. Shaw KA, Williams S, Patrick ME, et al. Prevalence and Early Identification of Autism Spectrum Disorder among Children aged 4 and 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 16 Sites, United States, 2022. MMWR Surveill Summ, 2025;74(No.SS-2):1-22

2. Fuentes, J., Hervás, A., Howlin, P. et al. ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. Eur Child Adolesc Psychiatry 30, 961–984 (2021). https://doi.org/10.1007/s00787-020-01587-4

3. Dobrescu, I., Rad, F., Nedelcu, M.C. (2016). Tulburări Pervazive de dezvoltare/Tulburări de Spectru Autist. În Dobrescu I (ed). Manual de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului, ediția a II-a revizuită și adăugită. București: Editura Total Publishing, 264-347.

4. Fuentes J, Bakare M, Munir K, Aguayo P, Gaddour N, Öner Ö. (2014) Autism spectrum disorder. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

5. American Psychiatric Association (2016). DSM-5: Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică al Tulburărilor Mintale, ed. a 5-a, Editura Callisto

6. Rad F. coord (2019) – Incursiune în lumea copilului cu TSA – Ghid pentru părinți, Editura Medicală

Autor: Conf. Dr. Florina Rad, medic primar psihiatrie pediatrică

Această resursă a fost realizată în cadrul proiectului Educație media pentru sănătate mintală, demarat de Centrul pentru Jurnalism Independent (CJI) cu sprijinul UNICEF în România.

Opiniile exprimate în acest material aparțin autoarei și nu reflectă în mod necesar poziția UNICEF în România.

© 2026 Centrul pentru Jurnalism Independent