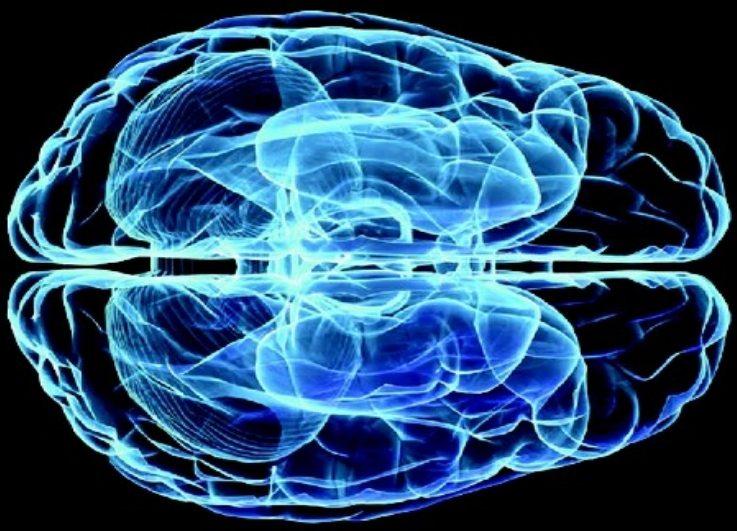
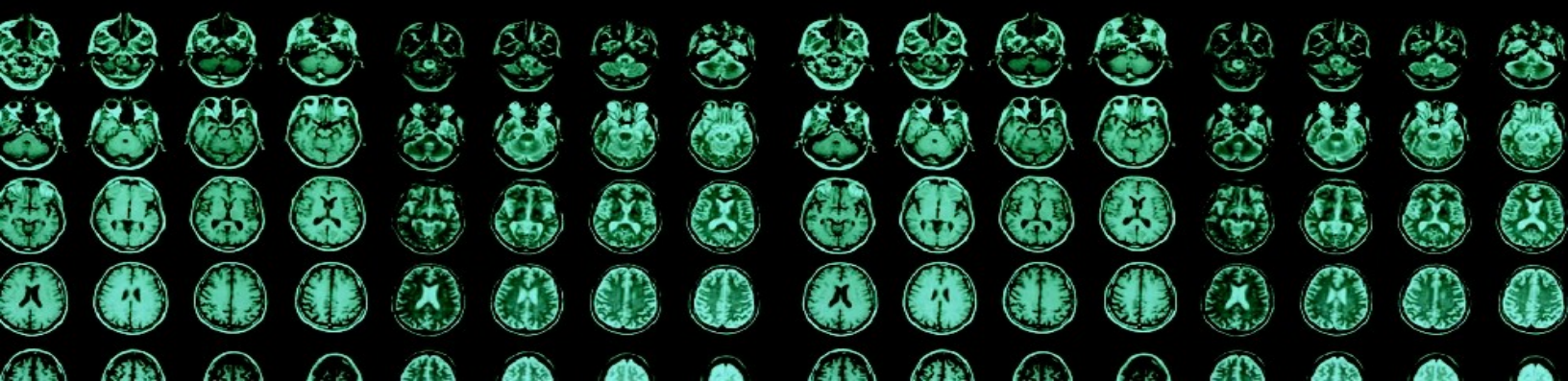
Medical solutions and real hope for those labelled with autism, ADD, ADHD, chronic fatigue syndrome, and other related brain dysfunctions

The MYTH of AUTISM



How a Misunderstood Epidemic Is Destroying Our Children

Dr. Michael J. Goldberg



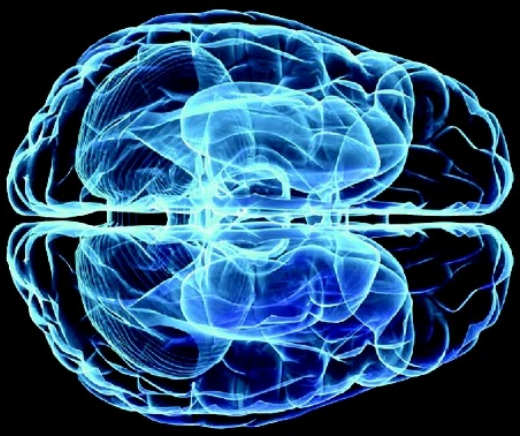
Cuprins

Pagina titlu
Pagina de drepturi de autor
Cuprins
CUVÂNT ÎNAINTE
INTRODUCERE
1 - LA ÎNCEPUT
Dar de unde să încep?
Deci de unde a început totul?
2 - CUM POATE FI ACEASTA NU FĂRĂ O BOALA?
Cum am ajuns aici
Înțelegerea, înțelegerea apare
3 - SCHIMBAREA LITERELOR: ADĂUGAȚI? ADHD? ADHD mixt? Adăugați liniștit?
4 - O ISTORIE A CERCETĂRII MEDICALE
5 - DOVENDILE
Exemple de conexiune probabilă a autismului cu stările disfuncționale imunitare sunt văzute în următoarele:
Printre principalele anomalii ale sistemului imunitar raportate:
Convulsii — Relația cu virușii, atacurile imune asupra creierului
Hipofiza - Creștere hipotalamică
6 - NEUROSPECT: UN NOU INSTRUMENT
Cum functionează?
Ce înseamnă acest lucru?
Impact
7 - CUM ÎNCEP EVALUAREA ȘI TRATAMENTUL: ABORDAREA GOLDBERG
Introducere în terapie: o privire de ansamblu asupra abordării Goldberg
Prelucrarea și evaluarea pacientului
Informații necesare înainte de prima programare la birou:
Întrebări adresate la fiecare vizită la cabinet, de către asistenta de admitere:
Procedura de numire efectuată de medic:
Consultatii telefonice lunare:
Analiza de sânge a pacientului
fundal
Rolul eliminării dietei și reducerii stresului legat de alergii
Zahăr, lactate și teorii dietetice în duel
Antivirale
Cercetare recentă
Antifungice
Aplicație
Exemple de tratamente antifungice:
Rolul potențial (limitat) pentru antibiotice
Locul pentru ISRS și alți agenți neurotropi limitati
ISRS-tratamentul probelor neurotrope
Terapia cu Gamma Globuline

8 - GREȘELI ȘI DIRECȚII GREȘITE
Mercur
Vaccinuri
Terapia de chelare
Analiza părului
Ce s-a întâmplat cu bunul simț?
9 - ROLUL ALERGENILOR SI AL DIETA
Ce să faci și să nu faci din dietă
Unul ar trebui:
10 - SFATURI PENTRU A AJUTĂ PENTRU ZIUA (ÎN FUNȚIE DE VÂRSTA COMPORTAMENTALĂ)
11 - VIITORUL
În concluzie
ANEXA A - UN STUDIU DE CAZ
ANEXA B - POVEȘTI PĂRINȚILOR
ANEXA C - DESCRIEREA PACIENȚILOR/CHESTIONAR DE DATE PENTRU AUTISM/PDD/ADHD FOLOSIT LA DR. PRACTICA LUI GOLDBERG
GLOSAR
NOTE

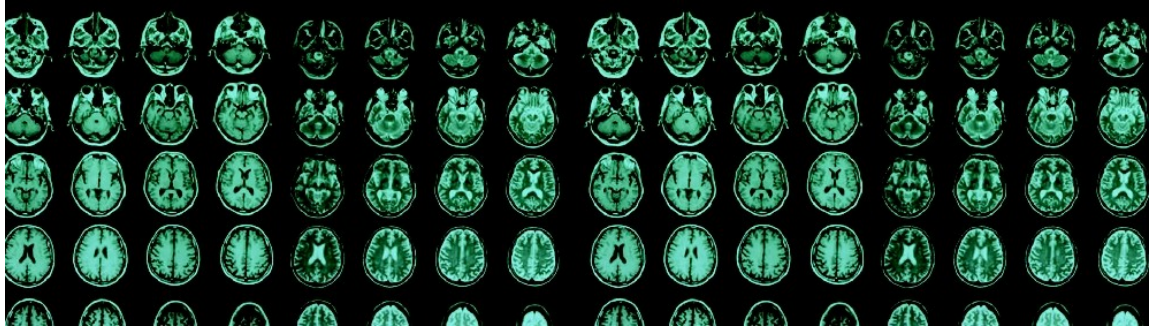
Medical solutions and real hope for those labelled with autism, ADD, ADHD, chronic fatigue syndrome, and other related brain dysfunctions

The MYTH of AUTISM



How a Misunderstood Epidemic Is Destroying Our Children

Dr. Michael J. Goldberg



Mitul autismului

Cum o epidemie neînțeleasă ne distruge copiii

Dr. Michael J. Goldberg
Elyse Goldberg
Dr. Ismael Mena

Copyright © 2011 de Dr. Michael J. Goldberg

Toate drepturile rezervate. Nicio parte a acestei cărţi nu poate fi reprodusă în niciun fel fără acordul scris expres al editorului, cu excepţia cazului de scurte fragmente din recenzii sau articole critice. Toate întrebările trebuie adresate la Skyhorse Publishing, 307 West 36th Street, 11th Floor, New York, NY 10018.

Cărţile Skyhorse Publishing pot fi achiziţionate în vrac la reduceri speciale pentru promovarea vânzărilor, cadouri corporative, strângere de fonduri sau în scopuri educaţionale. Se pot crea şi ediţii speciale după specificaţii. Pentru detalii, contactaţi Departamentul de vânzări speciale, Skyhorse Publishing, 307 West 36th Street, 11th Floor, New York, NY 10018 sau info@skyhorsepublishing.com.

Skyhorse® şi Skyhorse Publishing® sunt mărci comerciale înregistrate ale Skyhorse Publishing, Inc.®, o corporaţie din Delaware.

www.skyhorsepublishing.com

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

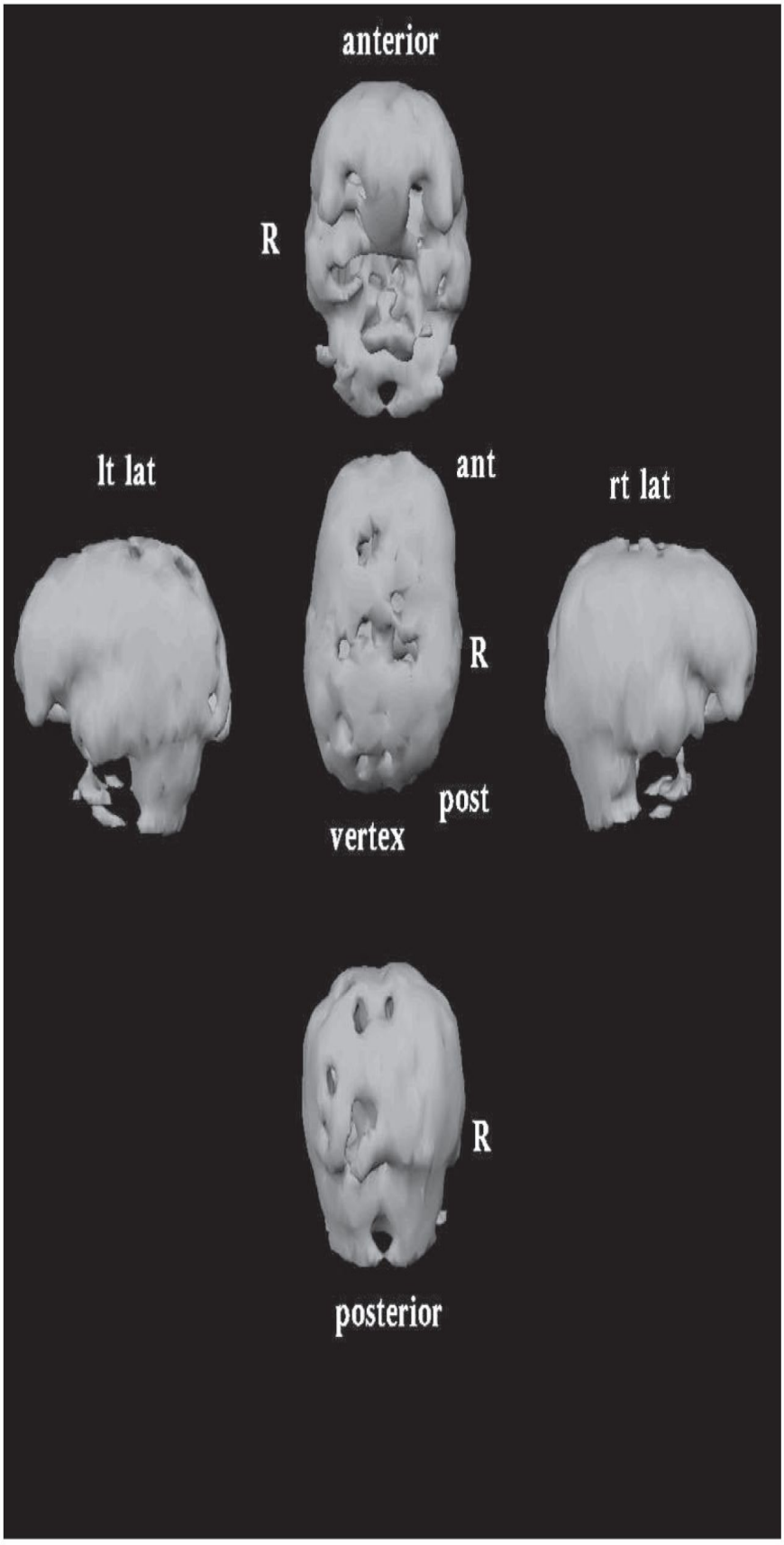
Datele de catalogare în publicare ale Bibliotecii Congresului sunt disponibile pe dosar.
9781616081713

Tipărit în Statele Unite ale Americii

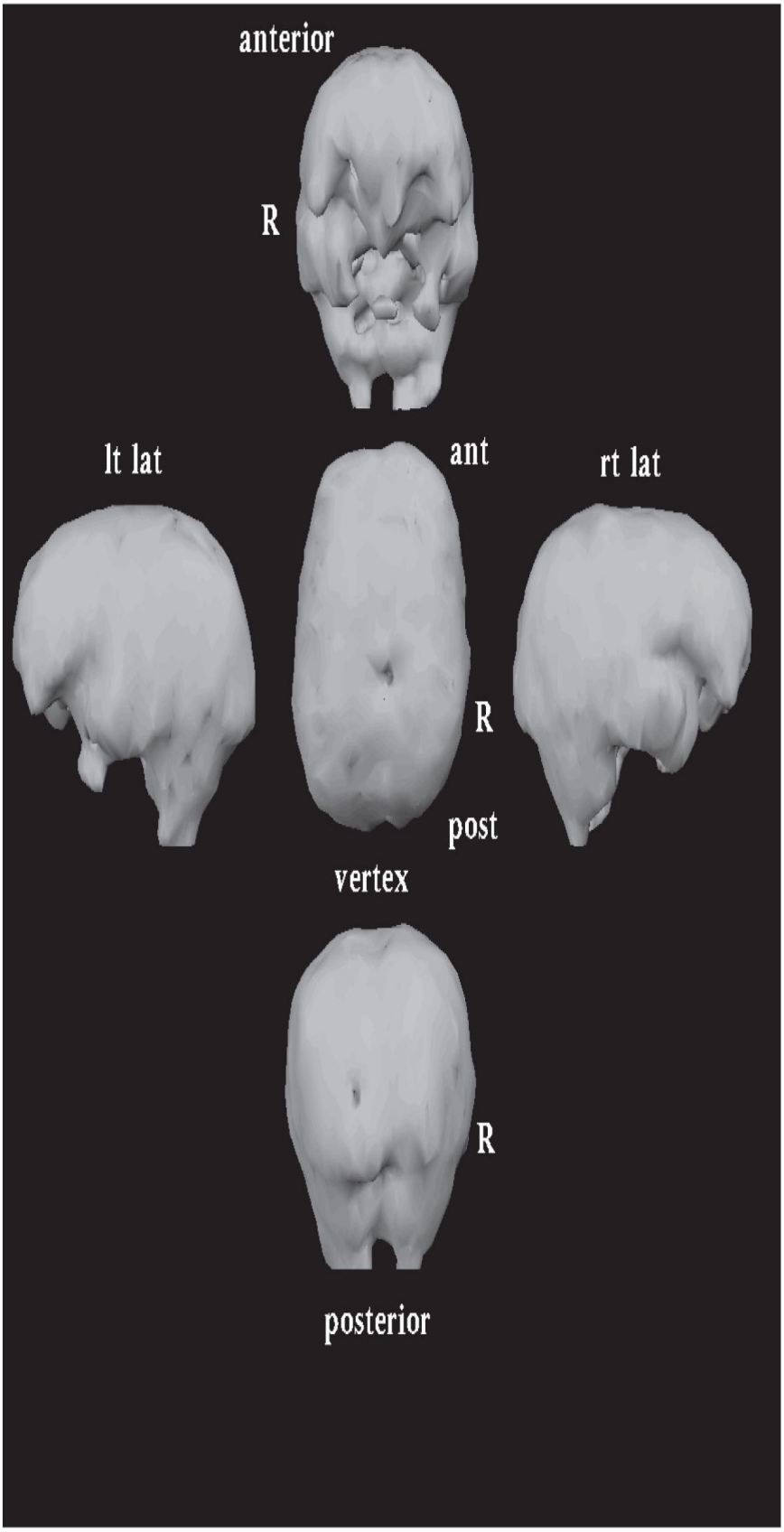
Cuprins

Pagina titlu
Pagina de drepturi de autor
CUVÂNT ÎNAINTE
INTRODUCERE
1 - LA ÎNCEPUT
2 - CUM POATE FI ACEASTA NU FĂRĂ O BOALA?
3 - SCHIMBAREA LITERELOR: ADĂUGAȚI? ADHD? ADHD mixt? Adăugați liniștit?
4 - O ISTORIE A CERCETĂRII MEDICALE
5 - DOVENDILE
6 - NEUROSPECT: UN NOU INSTRUMENT
7 - CUM ÎNCEP EVALUAREA ȘI TRATAMENTUL: ABORDAREA GOLDBERG
8 - GREȘELI ȘI DIRECȚII GREȘITE
9 - ROLUL ALERGENILOR SI AL DIETA
10 - SFATURI PENTRU A AJUTĂ PENTRU ZIUA (ÎN FUNȚIE DE VÂRSTA COMPORTAMENTALĂ)
11 - VIITORUL
ANEXA A - UN STUDIU DE CAZ
ANEXA B - POVEȘTI PĂRINȚILOR
ANEXA C - DESCRIEREA PACIENȚILOR/CHESTIONAR DE DATE PENTRU AUTISM/PDD/ADHD FOLOSIT LA DR. PRACTICA LUI GOLDBERG
GLOSAR
NOTE

Deşi centrul acestei cărţi este mitul autismului, multe dintre informaţii, studii şi concluzii pot fi aplicate la modul în care înţelegem şi abordăm variantele ADHD, CFS şi CFIDS la copii şi adulţi (şi la multe alte nespecifice psihiatrice şi de învăţare). etichete aplicate multor copii „cu nevoi speciale" astăzi).


anterior
R
lt lat
ant
rt lat
R
post
vertex
R
posterior

Imagistica inițială 3-D NeuroSPECT la pacientul cu autism (vezi anexa A). „Găurile” sunt zone multiple de scădere a perfuziei și scăderea funcției în creier. Această scanare a creierului ilustrează în mod grafic dificultatea funcției normale a creierului atunci când sunt prezente „găuri”.


anterior
R
lt lat
ant
rt lat
R
post
vertex
R
posterior

Scanarea NeuroSPECT 2,5 ani mai târziu, după tratamentul cu Abordarea Goldberg (vezi capitolul 7). Deşi funcţia creierului nu este normală, este îmbunătăţită semnificativ.

Concluzie: această tulburare şi complicaţiile ei pot fi modificate.

CUVÂNT ÎNAINTE

S INCE 1994, DR. MICHAEL GOLDBERG şi cu mine am colaborat în timpul mandatului meu ca director al Departamentului de Medicină Nucleară la Harbor-UCLA Medical Center din Torrance, California. Dezvoltarea tehnicilor de imagistică funcţională cantitativă în laboratorul nostru a fost esenţială pentru o colaborare de lungă durată în domeniul provocator al autismului, pe care Dr. Goldberg l-a bănuit de foarte devreme ca fiind consecinţa unui proces inflamator şi, prin urmare, susceptibil de tratament. De-a lungul anilor, creşterea epidemică a prevalenţei acestei stări îngrozitoare a întărit această ipoteză. În ultimii cincisprezece ani am participat activ la dezvoltarea de software cantitativ pentru a evalua perfuzia creierului prin intermediul NeuroSPECT. Dezvoltarea acestui software de imagistică a obţinut rezultate prin compararea cu o bază de date normală, potrivită în funcţie de vârstă şi exprimată în abateri standard peste sau sub media normală. (Culoarea gri este un interval normal, în timp ce albastru deschis, albastru închis şi verde denotă hipoperfuzie la 2, 3 şi, respectiv, 4 abateri standard sub media normală, potrivită în funcţie de vârstă. Culorile roşu, roz şi alb sunt 2, 3 şi, respectiv, 4 abateri standard peste media normală). Procesul presupune normalizarea volumului creierului pentru a stabili comparaţiile menţionate mai sus, iar acest lucru se realizează prin intermediul tehnicii Talairach, care se realizează în prezent prin reconstrucţie automată, atingându-se astfel scopul final de reproductibilitate 100% a rezultatelor (Segami Corp. Oaza Neurogam). Acest mod extrem de precis de evaluare a perfuziei creierului şi, prin urmare, a funcţiei creierului, este realizat cu radiofarmaceutic Tc ^{99m} HMPAO, Ceretec, care asigură stabilitatea distribuţiei şi concentrării în parenchimul cerebral după primele două minute de injectare IV cu un procent de 1%. doar pierdere de oră.

MITUL AUTISMULUI

Constatările NeuroSPECT ale perfuziei corticale şi subcorticale cerebrale în sindromul de oboseală cronică (SFC) şi în tulburările pervazive de dezvoltare, şi anume, autismul, ne-au permis să definim trăsături comune între aceste două tulburări.[1, 2, 3, 4] Am inclus aceste constatări, pe scurt, pentru a oferi cititorului un simţ al cercetării extinse care informează *Mitul autismului* .

Sindromul oboselii cronice

Pacienţii cu SFC prezintă pe parcursul evoluţiei stării lor cronice semne de boală a vaselor mici distribuite în părţile laterale ale lobilor temporali, zonele premotorii şi lobii parietali ajungând până la convexitatea creierului şi, de asemenea, în zonele orbital-frontale ale lobilor frontali. . De asemenea, este frecventă implicarea lobilor temporali în aspectele meziale, în proiecţia hipocampului, precum şi în girusul inferior şi la nivelul polilor

temporali. În sistemul limbic se observă diminuarea funcţiei în girurile cingulate anterioare şi posterioare şi aproximativ la 50 la sută dintre pacienţi hipoperfuzie în zona subgenuală implicând astfel prezenţa unei depresii secundare. În sfârşit există hipoperfuzie focală şi în ambii lobi occipitali din fisura interemisferică, evidenţiată la acest pacient în vederea posterioară şi în aspectele inferioare ale lobilor temporal şi occipital. În structurile subcorticale există foarte frecvent hipoperfuzie profundă a capului nucleilor caudaţi, mai rar în aspectele posterioare dorso-ventrale ale ambelor talame şi uneori şi hipoperfuzie în nucleii lentiformi. Constatările hipoperfuziei subgenuale, hipoperfuziei cingulate anterioare şi perfuziei talamice crescute indică prezenţa depresiei secundare. Hipoperfuzia girusului caudat şi cingulat posterior în prezenţa hipoperfuziei hipocampusului sunt indicative la alţi pacienţi de disfuncţie cognitivă, care este un simptom frecvent în CFS. Aceste constatări sugerează modificări inflamatorii severe care implică lobii temporali, frontali, parietali, lobii occipitali şi, frecvent, implicarea nucleilor caudaţi care denotă afectarea cognitivă.

Autism

Măsurătorile absolute cantitative ale rCBF cu Xenon 133 s-au dovedit a fi semnificativ mai mari decât în mod normal la copiii cu autism, cu valori maxime în lobii frontali şi cortexul vizual. Perfuzia minimă a fost observată în lobii temporali. Scăderea rCBF a fost de asemenea observată în cerebel şi lobul occipital. Imaginile Tc 99m HMPAO demonstrează o perfuzie frontală (subgenuală) crescută calitativ şi, de asemenea, hipoperfuzie temporală, occipitală. La acest pacient creşterea perfuziei subgenuale indică o comorbiditate a tulburării de deficit de atenţie.

La alţi pacienţi am demonstrat cu imagistica Tc 99m HMPAO creşterea perfuziei frontale, precum şi hipoperfuzie temporală, occipitală şi cerebeloasă. În ganglionii bazali ai acestor pacienţi există foarte frecvent perfuzia şi funcţia normală a talamului, nucleilor caudaţi şi nucleilor lentiformi. Ele pot avea, de asemenea, multe simptome în concordanţă cu caracteristicile TOC, asociate cu următoarele zone de disfuncţie, şi anume, frontal inferior, polii anteriori ai lobilor temporali (amigdala) şi girurile cingulate posterioare, demonstrând o perfuzie crescută a acestor zone.

În 1995, Mountz, Tolbert, Lill, Katholi şi Liu [5] au raportat constatările lor HMPAO la şase copii cu autism sever şi au demonstrat cu tehnici semicantitative hipoperfuzie temporală şi parietală cu lateralizare în emisfera stângă.

Georges, Costa, Coniz, Ring şi Ell au raportat la patru adulţi cu autism cu Tc-99 HMPAO rCBF diminuat în lobii temporali şi frontali. Anormalitatea temporală pare să fie confirmată mai ales la adulţi, adolescenţi şi copiii care suferă de autism. Astfel, afectarea lobului temporal într-un stadiu incipient de dezvoltare poate duce la manifestări autiste. Rezultatele sunt de altfel eterogene, denotă prezenţa hipoperfuziei occipitale şi a hipoperfuziei cerebeloase mai ales în aspectele meziale corespunzătoare zonei vermisului. Această observaţie ulterioară se corelează cu rapoartele din literatura de specialitate privind atrofia vermisului cerebelos demonstrată prin tehnica RMN. O eterogenitate suplimentară în grupul nostru de pacienţi este demonstrată de comorbiditatea aparentă cu TOC şi ADHD la aceşti copii şi prezentarea lor tipică de perfuzie crescută în lobii frontali laterali.

În sindromul Asperger defectele de hipoperfuzie apar predominant în lobii occipitali în aspectele paramediale şi, de asemenea, în vermisul cerebelos.
Atât în sindromul de oboseală cronică, cât şi în autism, zonele multifocale descrise – izbitor în lobii occipitali şi întotdeauna mai extins în lobii temporali – sugerează puternic natura inflamatorie a ambelor tulburări, la nivel vascular sau celular (vasculată versus afectare celulară), deschizând astfel aşteptări pentru diagnostic precoce şi, sperăm, pentru tratament pentru aceste şi alte boli invalidante potenţial asociate.

Ismael Mena, MD

Profesor emerit Ştiinţe radiologice
UCLA School of Medicine

Doctor Honoris Causa
Universitatea din Auvergne, Franţa

Departamentul de Medicină Nucleară
Clinica Las Condes
Santiago, Chile

INTRODUCERE

CÂND M-am absolvit de la UCLA Medical School ca medic pediatru în 1972, mi s-a spus că dacă aș avea măcar un copil cu autism în cabinetul meu ar fi neobișnuit. Astăzi, cea mai mare parte a cabinetului meu (250–300 de pacienți activi în orice moment) este compusă din copii și adulți tineri diagnosticați pe spectrul autist, lucru pentru care nu am fost niciodată pregătiți la facultatea de medicină. Practicile generale de pediatrie au acum între șase și doisprezece copii pe spectru sau cu dificultăți semnificative de învățare. Am auzit de la părinți că pediatrii lor erau la fel de nepregătiți ca și mine pentru acest atac. Deci, cum se face că în treizeci de ani rata „autismului" la copiii americani a trecut de la inexistent la a afecta aproape 1% din populația totală sau chiar mai mult?

Pentru a înțelege această schimbare, permiteți-mi să vă spun o istorie. După ce nu am reușit să scriu de mână în clasa a treia, profesoara mea a glumit că ar trebui să devin medic. Crescând, mi-au plăcut matematica și știința, îmi plăcea să lucrez cu oamenii și copiii și nu mă imaginam într-un laborator cu eprubete, așa că medicina, și în special pediatria, a devenit scopul meu. Am fost extrem de recunoscător că am fost acceptat la Facultatea de Medicină UCLA și rămân recunoscător pentru pregătirea minunată, pentru stagiul și rezidențiatul în pediatrie petrecut la Centrul Medical Județul Los Angeles – Universitatea din California de Sud, cu rotații prin Spitalul de Copii din Los Angeles. Ceea ce am învățat în cadrul acestor instituții mi-a oferit un fundal excelent în boli infecțioase, imunologie, alergii și multe altele. Profesorii și sistemul medical la care am fost expus au format un sistem dinamic, captivant. Există încă așteptarea ca un medic să folosească o combinație de abilități clinice și tehnologii emergente pentru a ajuta la progresul înțelegerii lor și pentru a-și duce cercetarea la noi niveluri. Medicina era privită ca o frontieră care trebuia explorată în mod constant. Această așteptare a scăzut rapid când a fost vorba de cercetarea cauzelor unei boli în creștere numită autism.

Am intrat în cabinetul privat în Tarzana, California, cu optimism și entuziasm. Am construit al treilea cel mai mare cabinet de pediatrie în Valea San Fernando din Los Angeles. Într-o zi plină, puteam vedea până la cincizeci și doi de copii. Nu aș lăsa niciodată un copil bolnav să aștepte o întâlnire dacă ar fi deloc posibil. Am fost predat medicina preventiva la facultatea de medicina; Eram un medic pediatru bun dacă puțini copii aveau nevoie de internare la spital. Statele Unite au evoluat rapid la un sistem în care spitalele încurajează, totuși, internările. Din păcate, „sănătatea" noastră colectivă se reduce acum la dolari și cenți.

Pe atunci, de exemplu, practica standard era amânarea imunizării pentru un copil dacă avea răceală sau febră; Părinții aduceau copilul înapoi pentru injecții odată ce era sănătos. Economia ne dictează acum că limităm vizitele. Cu cât facturăm mai mult la un moment dat, cu atât mai bine, așa că haideți să-i vaccinăm cu tot ce le putem da cât sunt aici, la birou, totul în numele eficienței.

Ce vaccinuri noi sunt adăugate la lista de vaccinuri necesare pentru copilărie şi de ce? Câţi cititori ştiu că decizia destul de recentă a Academiei de Pediatrie din 1991 de a administra un vaccin împotriva hepatitei B în creşa nou-născuţilor [1] (cel mai periculos timp de adaptare din viaţa unui bebeluş) nu a fost făcută pe baza raţională a eficacităţii medicale, ci, în mare parte, din cauza problemei lipicioase a corectitudinii politice? Nu ar fi PC să sublinieze numărul limitat de cazuri în care un copil s- *ar putea* întoarce într-o casă cu risc ridicat, aşa că haideţi să vaccinăm *toţi* sugarii. (Pentru consemnare, nu am dat niciodată vaccinul la creşă, iar mulţi pediatri acum nu au nicio problemă dacă părinţii aleg să amâne vaccinarea pentru mai târziu.)

La începutul anilor optzeci am cunoscut-o pe femeia care avea să-mi devină soţie. La aproximativ cincisprezece luni după ce ne-am întâlnit, Elyse a dezvoltat o boală misterioasă care la acea vreme nu avea nici un nume - suferea brusc dureri de cap severe, oboseală copleşitoare, probleme constante de memorie pe termen scurt şi adesea perioade de ceaţă severă a creierului, fibromialgie musculară şi simptome articulare, febră şi glandele umflate. A vizitat diverşi medici din toată ţara, dar a rămas mizerabilă şi nediagnosticată. Analizele ei de sânge au fost pozitive pentru un număr uimitor de viruşi - aproape fiecare virus pentru care a fost testat, excluzând HIV. În timp ce ea a fost testată pozitiv pentru Epstein-Barr, CMV (citomegalovirus), HHV6, rubeola şi rubeolă, pentru a numi câteva, a fost rapid evident că, în timp ce unele dintre aceste titruri ar putea reprezenta un potenţial virus de vizat, altele erau doar o activare falsă de la un sistem imunitar disfuncţional sau greşit direcţionat (poate un virus sau retrovirus neidentificat). Cu aceste rezultate ale testelor în mână, părea logic să bănuim că unii dintre aceşti viruşi (nu ca o nouă infecţie acută, ci cu noul concept de reactivare) îi provocau o afectare a sistemului imunitar sau că, într-un fel, sistemul imunitar făcea greşeli. . Pacienţii sănătoşi nu aleargă cu trei sau patru viruşi activi în corpul lor, sau chiar mai multe titruri crescute - deşi unii din profesiile medicale nu au văzut nicio semnificaţie în rezultatele acestor teste de sânge, fie că sunt viruşi adevărati, fie doar titruri false, nu a existat nicio dovadă directă în ceea ce îi privea că acest lucru a cauzat un rău (retrospectiv, aceasta a fost o greşeală foarte mare).

Era bolnavă şi speriată. Ca medic, m-am simţit neajutorat şi am apelat la vitamine şi aminoacizi pe bază de prescripţie medicală, gândindu-mă că ar putea ajuta la rezolvarea oricăror dezechilibre din sistemul ei. Ea lua şaizeci şi opt de suplimente pe zi, lăsând puţin loc pentru mâncare cu tot lichidul de care avea nevoie pentru a le înghiţi. Au trecut ani înainte ca ea să aibă un diagnostic. Este deopotrivă trist şi ironic că unele dintre aceleaşi tratamente încercate asupra ei atunci şi altele pe care nu le-am fi permis niciodată (pentru că erau potenţial dăunătoare) sunt folosite astăzi asupra copiilor cu aproximativ aceeaşi rată de succes, aproape deloc. Mai îngrijorătoare sunt dovezile preliminare (cu un studiu oficial planificat) din testarea NeuroSPECT care arată un potenţial stres crescut pentru creierul copiilor atunci când aceştia sunt supuşi unora dintre ideile de tratament mai netestate (inclusiv chelarea, oxigenul hiperbaric şi megasuplimentele).

Ne-am căsătorit, iar simptomele ei au continuat. Într-o noapte, la cină, fiul meu, în jur de patru ani la acea vreme, a spus: „Tată, de ce o trimiţi pe mama în toată ţara? De ce nu o repari?" Aceasta a început călătoria mea în funcţionarea complexă a sistemului neuroimunitar şi modul în care acesta controlează corpul şi creierul nostru.

1

LA ÎNCEPUT

La începutul anilor optzeci, am început să văd o schimbare în preocupările pacienţilor din practica mea. Copiii erau obosiţi. Mamele au început să se plângă că nu pot ţine pasul sau că se simt „spaţioase" sau „zone". Acest lucru a fost îngrijorător, deoarece la începutul carierei mele puteam glumi cu siguranţă că, dacă o mamă verifica literele mici de pe certificatul de naştere al copilului ei, nu avea voie să se îmbolnăvească până când copilul avea cel puţin optsprezece ani. A trebuit să nu mai spun asta, din moment ce mamele au fost printre primele lovite de ceea ce se numea „gripa yuppie". Executarea titrurilor de sânge virale (măsurarea anticorpilor virali specifici în fluxul lor sanguin/ser) la aceşti pacienţi a fost uimitoare. Am fost învăţaţi la facultatea de medicină că trebuia să ai doar un virus activ la un moment dat, iar titrurile „vechi" trebuiau să fie prezente, dar în număr redus. Aceşti pacienţi prezentau mai multe viruşi evidente. A evoluat o teorie conform căreia sistemul imunitar era atât de disfuncţional, încât a crezut în mod eronat că se luptă cu mulţi viruşi. Cum ar putea atât de multe mame şi copii să se plimbe şi să funcţioneze cu dovezi evidente pentru un anumit tip de tulburare autoimună sau virală severă? După câţiva ani, am participat, în 1990, la Primul Congres Internaţional despre Oboseala Cronica, găzduit de dr. Jay Goldstein, care începea să definească această nouă boală căreia i-a fost dat numele oficial (dar în mod deliberat înjositor) de Sindrom de Oboseală Cronică de către Centre. pentru Controlul Bolilor cu doi ani mai devreme, în 1988. Dr. Goldstein şi alţi clinicieni foloseau termenul de sindrom de oboseală postvirală/sindrom de oboseală cronică (britanicii încă mai folosesc termenul de ME—encefalomielita mialgică). CDC a făcut criteriile/definiţia oficială în 1988. Câţiva ani mai târziu, am avut onoarea de a fi cohosting, iar călătoria noastră spre înţelegere a început cu seriozitate. La aceste conferinţe am întâlnit mulţi medici grozavi, printre care dr. Nancy Klimas, care aveau să ofere în sfârşit câteva răspunsuri. Dr. Klimas mi-a aşezat soţia şi i-a explicat sistemul imunitar. Ea a explicat cum a funcţionat şi, dacă aţi apăsat pe butoanele greşite, cum nu a funcţionat. Acei şaizeci şi opt de aminoacizi pe care îi lua soţia mea erau de la o companie care la acea vreme producea aminoacizi de calitate farmaceutică (care, în teorie, puteau fi absorbiţi în siguranţă de către organism). Deoarece aminoacizii sunt elementele de bază ale proteinelor şi ale altor biomolecule şi joacă un rol în căile energetice, a fost o premisă bună: compania ar preleva o probă de sânge a unui pacient, o analiza şi apoi decide ce amestec de suplimente (proporţia de aminoacizi şi câteva vitamine) pe care trebuia să le luaţi pentru a ajuta organismul să revină la normal. La facultatea de medicină şi într-un stagiu de vară, am avut norocul să studiez sub Dr. Ben Kagan (Spitalul Cedars-Sinai—UCLA). Cu câţiva ani, înainte de a muri, am avut curajul să-l întreb despre suplimente. Eram interesat în special

de lizină, un aminoacid esenţial cheie, pentru capacitatea sa cunoscută de a lupta împotriva virușilor – și m-am gândit că virușii ciudați din sângele soției mele ar putea fi vindecați cu tratamentele adecvate cu aminoacizi. „Ce părere aveți despre suplimentele de aminoacizi?" Ben s-a uitat la mine și mi-a spus: „Știi, Michael, am încercat să facem asta – să ajutăm un copil să fie mai sănătos cu suplimente de aminoacizi – dar prima problemă a fost că trebuie să ai un raport adecvat de arginină [cealaltă cheie. aminoacid legat de sistemul imunitar, dar o problemă, deoarece ar putea întări, hrăni virusurile legate de herpes] la lizină. Dar mult mai important, nu am putut trece de ficat." Mi s-a spus că această cercetare a fost deja făcută în Boston în anii 1930 și, de asemenea, nu a avut succes, deoarece nu au putut trece aminoacizii prin ficat. Deoarece acizii animo nu puteau fi absorbiți, a fost imposibil să se întărească căile corecte în organism prin suplimentare. Comunitatea medicală a recunoscut că conceptul are potențial, dar părea nepractic. Dr. Kagan mi-a spus că majoritatea produselor fără prescripție medicală nu ar funcționa, deoarece nu ar putea fi absorbite de corpul uman și nici nu ar putea trece de bariera hemato-encefalică. Corpul nostru este conceput pentru a ne proteja de substanțele străine - de aceea acidul din stomacul nostru este atât de puternic și de ce avem un ficat, alte dispozitive de filtrare și celule de protecție. Întors la cabinetul meu, investigând dacă această cale de terapie ar putea ajuta cu adevărat, făceam o mulțime de profiluri de aminoacizi. Acest test a măsurat nivelurile serice de aminoacizi, în credința că „modelul" era predictiv pentru tipul de boală și unele dintre disfuncțiile care au apărut și, teoretic, un ghid despre cum să încercați să ajutați la schimbarea acestui lucru prin sprijinirea organismului în o manieră nutrițională foarte direcționată. Am observat un model similar atât la copii, cât și la adulții pe care îi testam. În acel moment, am început să tratez unii dintre părinții copiilor din cabinetul meu care se plângeau de această boală generalizată, nespecifică.

Practica mea a început să crească, dar în loc să văd nou-născuți pentru controale de sănătate, am văzut pacienți cu oboseală cronică și copii cu CFS și copii cu tulburare mixtă de deficit de atenție și hiperactivitate (ADHD) și tulburare de deficit de atenție liniștită (ADD) pe care nu am fost niciodată. predate la facultatea de medicină (pentru că aceste categorii nu existau la acea vreme). Unul dintre colegii mei a cărui practică nu a observat încă o creștere similară a acestor tipuri de plângeri a glumit că trebuie să se întâmple doar pe partea mea de stradă. Cât mi-aș fi dorit să fi fost adevărată această afirmație.

În timp ce lucram cu aceste profiluri de aminoacizi, folosind cercetările și testele companiei, privind aplicațiile recomandărilor lor în produse, compania mi-a trimis dosare ale unui grup de familii din West Los Angeles care aveau copii cu autism. Cercetatorul lor principal a observat o similitudine timpurie in testarea lor si cea a adultilor cu sindrom de oboseala cronica. Au vrut să fac profiluri suplimentare de aminoacizi, titruri virale și, de asemenea, titruri de candida (o formă de drojdie) pe acești copii. La acea vreme, erai considerat un șarlatan la limită dacă spuneai chiar cuvântul *candida* . Dacă aș spune că cred că drojdia a cauzat disfuncția acestor copii sau adulți, cercetătorii pe care îi respect și pe care mă bazez nu ar fi mai vorbit niciodată cu mine, pentru că aș fi fost un prost. Dacă mi-am calificat discuția, am observat că lucrările pe adulți au confirmat că atunci când sistemul imunitar este stresat, ceea ce numim „hipersensibilitate întârziată" este oprit sau disfuncțional, problema era deschisă pentru discuție. În acel moment, oricine, un copil sau un adult, este predispus la o potențială creștere a drojdiei sau a ciupercilor. Cu excepția cazului în stare critică, această creștere excesivă va fi limitată în mod corespunzător la

tractul gastro-intestinal (uneori zona vaginală la femei), uneori pielea extern, dar nu va fi găsită în sângele pacientului, creierul sau orice alt organ intern primar. În acest fel, drojdia sau candida pot fi un simptom - o dovadă a stresului asupra organismului - dar nu şi motivul sau cauza. Când am rulat aceste teste, am făcut o descoperire interesantă. Am observat că rezultatele profilurilor de aminoacizi pentru copiii cu autism au fost similare cu rezultatele acestor adulţi şi alţi copii pe care îi vedeam şi îi tratam în practica mea pentru aceste simptome generalizate ale sindromului de oboseală cronică şi noile variante ADHD. Când cineva îşi dă seama că un „yuppie" de tip A, pregătit la facultate, cu funcţionare ridicată anterior, nu ştie de ce a mers la bucătărie sau a condus până la capătul blocului, nu-şi aminteşte cuvântul potrivit de spus şi devine copleşit cu voce tare. în locurile predispuse la atacuri de panică şi atacuri de anxietate, obţinem o perspectivă extraordinară cu privire la ceea ce se întâmplă cu adevărat cu aceşti copii, cât de rău trebuie să se simtă, cât de îngroziţi trebuie să fie uneori, când îi interpretăm complet greşit. Am efectuat panouri imunitare, titruri virale, ANA (anticorpi antinucleari) şi am făcut NeuroSPECT (tomografie computerizată cu emisie de foton unic pe creier - o tehnică de imagistică care arată fluxul sanguin în creier folosind un izotop radiologic cu doze mici, cu raţiunea că fluxul sanguin se corelează direct. şi obiectiv la funcţia creierului). A existat o suprapunere a tiparelor de creşteri multiple ale titrului viral la Epstein-Barr, CMV (citomegalovirus) şi HHV6 (virusul herpesului uman 6) şi celule NK scăzute (frecvent sub 4 sau 5 la sută - un marker cheie pentru disfuncţia imunitară la copii şi adulti). Pe NeuroSPECT, creierul copiilor „autisti" a prezentat anomalii aproape identice cu cele ale adulţilor şi copiilor mai mari din practica mea – adică o hipoprofuzie a lobului temporal care le afectează funcţia şi în special zonele de memorie, abilităţi sociale, procesare auditivă şi limbaj – toate deficitele pe care le dăm greşit vina pe autism. Rezultatele m-au impresionat. „Ce legătură are autismul cu sistemul imunitar?" M-am întrebat. Eu, ca toţi ceilalţi la acea vreme, nici măcar nu începusem să iau în considerare faptul că simptomele „autismului" ar putea fi cauzate de o boală. La acea vreme, autismul era considerat a fi o tulburare misterioasă fără o cauză cunoscută. Întrucât pacienţii păreau „psihotici" şi a fost o eră a psihiatriei profund încadrată în teoriile freudiene („parentingul la frigider" se credea a fi un motiv cheie pentru această tulburare psihologică), autismul a fost definit ca o formă de schizofrenie din copilărie. Punctul cheie este atunci când Dr. Kanner însuşi a fost întrebat ce a separat un copil cu această nouă idee a autismului de schizofrenia clasică din copilărie, răspunsul dr. Kanner a fost: „Copilul cu autism nu a fost niciodată afectuos". Doar pe baza acestei afirmaţii, 99,9% dintre copiii de astăzi nu ar avea „autism", iar lumea medicală ar trebui să încerce cu adevărat să-şi dea seama ce se întâmplă cu aceşti copii. Fără mitul autismului, ne-am fi dat seama cum un proces de boală ar putea doborî şi distruge un copil potenţial normal – nu copii misterios greşiţi, în mod congenital dincolo de speranţa unei adevărate recuperări (baza conceptelor pe care le numim „autism").

Când Elyse şi-a dat seama că aceşti copii aveau titruri virale şi markeri imunitari similari cu ea, s-a uitat la mine aproape în lacrimi şi a spus: „Dacă aceşti copii se simt chiar cu o zecime mai rău decât mine, trebuie să faci ceva *!* " Ca adult, deşi nu înţelesese ce se întâmplă cu corpul ei, ştia cel puţin că nu este normală. Dar aceştia erau copii. „Mike", a implorat ea, „ei nu ştiu cum se simte „bine". Nu au nicio bază de comparaţie. Poate că nu ştiu că creierul lor nu funcţionează. Ei cred că asta este tot ce există. Nu poate exista prea multă calitate a vieţii." Ea a vrut să iau măsuri.

Dar de unde să încep?

După aproximativ şapte ani de cercetare şi optsprezece luni în care am tratat-o pe Elyse cu modulatori imunitari foarte primitivi şi orice altceva pe care am putut să pun mâna pentru a-şi îmbunătăţi sistemul imunitar (cu ştiind că nu existau dovezi concludente că aceşti agenţi ar fi de ajutor, am ar evita cu meticulozitate orice agent despre care ştiam că în teorie ar putea fi potenţial dăunător pentru un creier sau corp normal, fiziologic; urmez această politică strictă până în prezent şi mi-a servit bine), soţia mea a revenit să funcţioneze şi, aşa cum spune ea ea, „lumea". Este greu de crezut, privind în urmă cât de disfuncţională a fost. Elyse are un IQ foarte mare şi a absolvit facultatea la nouăsprezece ani; nu era obişnuită să uite de ce a intrat în bucătărie sau unde şi-a lăsat cheile, nu a experimentat „uitare" (cum se poate întâmpla oricui), ci perioade de ceaţă a creierului, făcând imposibil să gândeşti. Pierderea memoriei pe termen scurt a fost o problemă constantă. Într-o zi, ea mi-a spus că se simţea de parcă un comutator din corpul ei i-a fost pornit şi s-a simţit bine şi a continuat să se descurce mai bine. Elyse glumeşte că nu-şi aminteşte să fi fost căsătorită; nenumăratele vacanţe pe care le-am luat cu copiii (două fete din căsnicia mea anterioară şi un băiat din căsătoria anterioară) îi este greu să-şi amintească. Slavă Domnului pentru poze! Este o parodie că ideea în expansiune a „tulburării din spectrul autist" a devenit un diagnostic de coş de gunoi şi o scuză pentru comunitatea medicală pentru a abandona cercetările, tratamentele şi speranţa pentru atât de mulţi pacienţi bolnavi. La prima mea discuţie la Autism Society of America, soţia mea mi-a dat un cot şi m-a întrebat: „Unde sunt doctorii?" În timp ce eram medic şi vorbitor principal, majoritatea celorlalţi vorbitori au fost doctori, iar publicul în mare parte părinţi. În timp ce prezentam scanări NeuroSPECT ale creierului, imagini reale cu ceea ce se întâmplă în creierul copiilor bolnavi şi oferind un motiv medical pentru disfuncţie - un posibil proces de boală, nu o tulburare de dezvoltare - nu părea să conteze. dincolo de zidurile conferinţei! Dacă profesia medicală nu abordează acest lucru ca pe o problemă de rezolvat, cum vor spera părinţii şi mii de copii afectaţi vreodată un răspuns? Copiii prezintă simptome clasice de tulburări virale, adevărate encefalopatii, dar aceste simptome sunt ignorate deoarece aceşti copii sunt etichetaţi cu autism. Este dincolo de raţional.
În calitate de medic, înţeleg că ideile anterioare despre dificultăţi de învăţare de dezvoltare (adică autism, ADHD, demenţe în copilărie), care au fost cândva sub îndrumarea şi controlul psihiatriei, ar trebui să nu mai fie viabile. Pediatrii şi părinţii se confruntă cu o epidemie medicală în creştere rapidă. Punctul de pornire al cercetării, obiectivul de pornire trebuie să fie acela de a descoperi o adevărată epidemie medicală, nu de a infirma o „etichetă" neobiectivă, bazată pe psihiatrie. Fără această schimbare a focalizării, se vor irosi mai mulţi ani şi milioane de dolari vor continua să fie direcţionaţi greşit către scopuri neproductive.

Deci de unde a început totul?

În lucrarea de cercetare clasică din 1943 a doctorului Leo Kanner, el a subliniat modelul de comportament, prezent încă de la începutul vieţii, pe care l-a numit „autism infantil timpuriu". Înainte de aceasta, au existat, în literatură, relatări ocazionale despre copii individuali al căror comportament se potrivea cu imaginea descrisă mai târziu de Kanner.

Kanner i-a descris doar pe copiii cu autism referiţi la clinica sa şi, mai târziu, pe cei care frecventau o anumită şcoală specială (Kanner, 1955). Nu a făcut estimări ale numărului populaţiei generale, dar a considerat că acest sindrom este rar.
Mai târziu, Kanner şi Eisenberg (1956) au discutat despre concepţia originală a lui Kanner despre autism şi cele cinci trăsături pe care le considera diagnostic. Acestea au fost o lipsă profundă de contact afectiv cu alte persoane; o dorinţă anxios obsesivă de păstrare a asemănării în rutinele şi mediul copilului; o fascinaţie pentru obiecte, care sunt manipulate cu pricepere în mişcările motorii fine (o zonă de slăbiciune reală la mulţi dintre copiii diagnosticaţi astăzi); mutism sau un fel de limbaj care nu pare destinat comunicării interpersonale; şi un potenţial cognitiv bun demonstrat în faptele de memorie sau abilităţi la testele de performanţă, în special placa de formă Séguin. Kanner a subliniat, de asemenea, debutul de la naştere sau înainte de treizeci de luni.
În aceeaşi lucrare, Kanner şi Eisenberg au modificat criteriile de diagnostic, selectând două ca fiind esenţiale.
Acestea erau

1. o lipsă profundă a contactului afectiv şi
2. comportament repetitiv, ritualic, care trebuie să fie de tip elaborat.

Ei au considerat că, dacă aceste două caracteristici ar fi prezente, s-ar găsi şi restul tabloului clinic tipic.
Ratele de autism în 1956: 1 copil din 10.000.
Ratele de autism în 2011: cu 1 copil din 110 acum numărul oficial CDC, cele mai multe discuţii actuale folosesc 1 copil din 91, numere mult mai mari fiind citate de rutină (1:80 în armată!).
Deci, cum pot atât de mulţi copii să aibă acum o tulburare atât de rară anterior? Cum poate o „disfuncţie mentală severă" rară, aproape nemaiauzită, să devină ceva pe care fiecare pediatru îl vede, ceva de care fiecare părinte este îngrijorat? Cum putem acum ca această nenorocire rară să ameninţe să ne copleşească şcoala şi sistemele sociale, în timp ce distrugem familiile din această ţară şi din întreaga lume?
Pentru a înţelege acest lucru, trebuie să ne întoarcem la început. Mai sus, Kanner (1943) a descris o tulburare în funcţie de trăsăturile sale „comportamentale". Inutil să spunem că disfuncţia „comportamentală" poate fi cauzată de mulţi factori, *nu* doar de ideea unei disfuncţii de dezvoltare sau psihiatrice.
Gândiţi-vă la asta: o idee generală care notează modele de comportament considerate a fi adevărate de-a lungul deceniilor, cu *doar* un model „comportamental" pentru diagnostic, nu o disfuncţie fiziologică obiectivă sau consistentă sau o constatare necesară pentru a dovedi sau infirma această „tulburare/diagnostic" (dar cumva toti acesti copii o au toata viata).
Profesioniştii din domeniul sănătăţii nu au idee ce cauzează această tulburare. Explicaţiile au variat de la schizofrenia din copilărie la parentalitate proastă până la ceva biologic, toate cu conceptul de bază că „ceva" trebuie să se fi întâmplat în timpul dezvoltării. Cumva (mecanism necunoscut) creierul a fost greşit conectat; aceşti copii nu erau în regulă, nu puteau fi în regulă (dar fără idee despre ce se întâmplă, sau de ce sau cum s-a întâmplat).
Dacă ne întoarcem şi trecem în revistă literatura din anii 1940 şi 1950, nu a existat nicio susţinere sau chiar o discuţie despre o legătură genetică. Am propus că astăzi nu există mai multe dovezi ale unei legături genetice decât ideea acum pe deplin contestată şi insultătoare a unei „mame de la frigider".

În lumea în care m-am antrenat, o creştere rapidă a copiilor afectaţi care prezintă toţi un model similar de comportament ar fi trebuit să creeze întrebări adecvate şi să iniţieze investigaţii ştiinţifice, medicale. Ce se întâmplă? De ce vedem brusc atât de mulţi copii disfuncţionali? Poate că ceva nu este în regulă aici? Poate asta nu este autism? Diagnosticul iniţial a continuat să se extindă şi să se modifice, iar toţi copiii noi tocmai sunt puşi într-o variantă a vechiului coş. În loc să extindem supa alfabetică a autismului (PDD, Asperger, spectrul autist, LKS [sindromul Landau-Kleffner] etc.), sau la fel ADD (de la un copil hiper, de obicei inteligent, am dezvoltat noi etichete pentru diferiţii copii care apar ca ADHD mixt, ADHD liniştit, ADD fără hiperactivitate şi multe altele), poate că experţii ar fi putut spune că poate nu este doar ceva ce putem eticheta cu autism; poate că acesta nu este ADHD-ul pe care am fost instruiţi să-l tratăm. Poate că avem o altă problemă (cu unele simptome „autiste" sau asemănătoare ADHD). Poate că trebuie să punem întrebările critice: aceşti copii se potrivesc măcar cu această etichetă? Câţi părinţi (adesea împotriva propriilor credinţe) li se spune în prezent copiilor lor că au această tulburare ciudată numită „autism" (sau sunt în spectru) şi trebuie să înveţe să trăiască cu ea, să o accepte? Câţi părinţi cred că copiii lor sunt chiar aproape de a îndeplini criteriile principale ale lui Kanner: „o lipsă *profundă* de contact afectiv şi un comportament repetitiv, ritualic elaborat"? Kanner a făcut o distincţie foarte importantă, una pe care probabil ar trebui să o aplicăm cu toţii acum. El a separat un copil cu această nouă idee de autism de copilul cu schizofrenie din copilărie. Amintiţi-vă că totul a fost o boală psihiatrică; Declaraţia doctorului Kanner a fost că un copil cu autism „nu a fost niciodată afectuos". Acum, dacă tot ce facem este să aplicăm acel criteriu (cum am aplicat exclusiv criteriile de comportament ritualic astăzi), 99,99 la sută dintre aceşti copii ar fi clasificaţi cu o boală, şi nu ca având autism, iar asta ar deveni cu siguranţă o cale către un rezultat mai dezirabil decât ceea ce avem acum.

Precedentul este că nu a existat niciodată o epidemie de vreun tip de tulburare genetică sau de dezvoltare. Nu există excepţii. Şi totuşi, marea majoritate a cercetătorilor din această ţară şi din întreaga lume, încă studiază aceşti copii ca şi cum ar avea o tulburare de „dezvoltare" nedefinită, necunoscută. În loc să se concentreze pe ceea ce poate fi înţeles doar ca un proces de boală (nu de dezvoltare), sistemul continuă să finanţeze cercetătorii care încearcă să descopere şi să înţeleagă „autismul" (ca tulburare de dezvoltare) şi o listă în continuă extindere de probleme fizice conectate. .

Acesta este motivul pentru care au avut loc atât de puţine progrese, în ciuda milioanelor de dolari cheltuiţi. Cercetătorii sunt finanţaţi pentru a studia ceea ce marea majoritate a copiilor care apar astăzi nu pot avea. Dacă acest proces continuă, toată lumea va pierde (cu excepţia cercetătorilor şi universităţilor care primesc sume masive de finanţare, precum şi a industriei terapeuţilor alternativi care ajută să încerce să trateze aceşti copii „cu nevoi speciale").

Este evident că 99,99% dintre copiii afectaţi nu se apropie de definiţia lui Kanner a autismului. Majoritatea covârşitoare a copiilor diagnosticaţi ca „autisti" nu au autism (aşa cum este înţeles sau utilizat termenul), ci mai degrabă prezintă simptome ale unei stări de boală, o disfuncţie a SNC (sistemului nervos central). Această disfuncţie seamănă cu o adevărată encefalopatie medicală, mai degrabă decât cu ceva numit „autism". Spre deosebire de o tulburare de dezvoltare, această boală este tratabilă dacă acţionăm suficient de repede. Câte dintre grupurile de autism existente pun la îndoială finanţarea actuală, eforturile actuale? Câţi merg în faţa Congresului protestând că avem un grup mare de copii

care, dacă sunt ajutaţi, dacă sunt trataţi, ar putea creşte pentru a deveni cetăţeni productivi, ar putea plăti taxe (în loc să necesite din ce în ce mai multe servicii sociale) într-o zi? De ce *nu* ?
Acesta este „mitul autismului". Copiii sunt etichetaţi cu o tulburare pe care nu o au cu adevărat. Părinţilor li se spune că există puţine speranţe, când ar trebui să existe o mulţime de motive pentru speranţă. Atâta timp cât continuăm să etichetăm atât de mulţi copii şi familii cu această tulburare nedefinită, inexplicabilă, puţini medici, părinţi sau politicieni se aşteaptă ca aceşti copii să îşi revină vreodată sau să-şi recapete funcţia normală. Mitul autismului perpetuează multe terapii periculoase sau parţial de succes, un anumit succes (adesea cu riscuri mari) fiind mai bun decât nimic.
Ceea ce mă deranjează este copilul autist care îşi petrece ziua la o şcoală specială cu alţi cinci până la zece copii şi le copiază comportamentele proaste mai degrabă decât să înveţe de la un copil normal.
Ce-ar fi dacă medicii şi terapeuţii s-ar fi aşteptat ca un copil să se recupereze şi s-ar concentra pe găsirea de răspunsuri pentru a remedia acest lucru acum, pentru această generaţie de copii, mai degrabă decât să accepte orice grad de îmbunătăţire minimă ca fiind minunată? Dacă am putea aduce copiii şi părinţii acestei generaţii înapoi în domeniul pediatriei care exista când m-am antrenat?
A devenit evident că conexiunile neuroimune şi/sau virale cronice sunt singura cauză posibilă, singurele mecanisme propuse care nu au *contradicţii ştiinţifice* şi un compendiu din ce în ce mai extins de articole *în sprijin.* În timp ce mulţi vor pune întrebarea „Unde sunt studiile controlate?" fiecare fapt medical şi descoperire recentă ajută la fundamentarea probabilităţii unui proces autoimun, legat de neuroimun.
Ne aflăm în prezent la o răscruce. Vom continua să urmăm orbeşte vechea logică, vechea gândire, fără nicio disfuncţie fiziologică consistentă măsurabilă sau documentată, sau ne putem uni în spatele unor date solide din punct de vedere ştiinţific, mai mult decât probabilitatea medicală rezonabilă şi logica clinică, înainte de a pierde pentru totdeauna şansa de a ajuta această generaţie? de copii? Există cercetători, clinicieni şi oameni de ştiinţă excelenţi gata să se concentreze pe rezolvarea acestei boli acum, mai degrabă decât să studieze mitul, dar acest efort de a lupta împotriva unei boli (NIDS, sau orice nume este folosit în cele din urmă) rămâne îngropat sub zidul dezinformarii controlate. Aceasta este acum, evident, o criză medicală, o adevărată epidemie medicală care nu ar mai trebui să fie sub supravegherea psihiatriei, ci ar trebui relocată pe tărâmul bolilor infecţioase pediatrice, al imunologiei pediatrice şi al unei neurologii pediatrice axate pe medical.
Dacă nu facem cu toţii un pas acum pentru a schimba acest lucru, pentru a cere ştiinţă clinică şi logică, nu mitologie, sistemul ar putea dura cu uşurinţă încă zece până la cincisprezece ani (sau mai mult) pentru a găsi răspunsurile corecte. Câţi sunt gata să facă un pas şi să spună: „Este suficient"? Câte milioane de dolari au fost cheltuite (în special în ultimii şase până la şapte ani) fără răspunsuri şi fără nicio speranţă nouă?
Efortul NIDS a fost format pentru a ajuta la analizarea acestei crize în mod adecvat, ştiinţific, logic şi medical. Mulţi părinţi muncesc din greu pentru a contribui la crearea unui viitor real pentru copiii lor. (Vizitaţi site-ul lor @ www.NIDS.net .)
La o conferinţă sponsorizată de NIH în urmă cu mulţi ani (1996), prezentând munca mea preliminară NeuroSPECT cu Dr. Ismael Mena şi Dr. Bruce Miller, în faţa unei săli pline de cercetători de nivel înalt, inclusiv mulţi laureaţi Nobel, m-am exprimat cu prudenţă

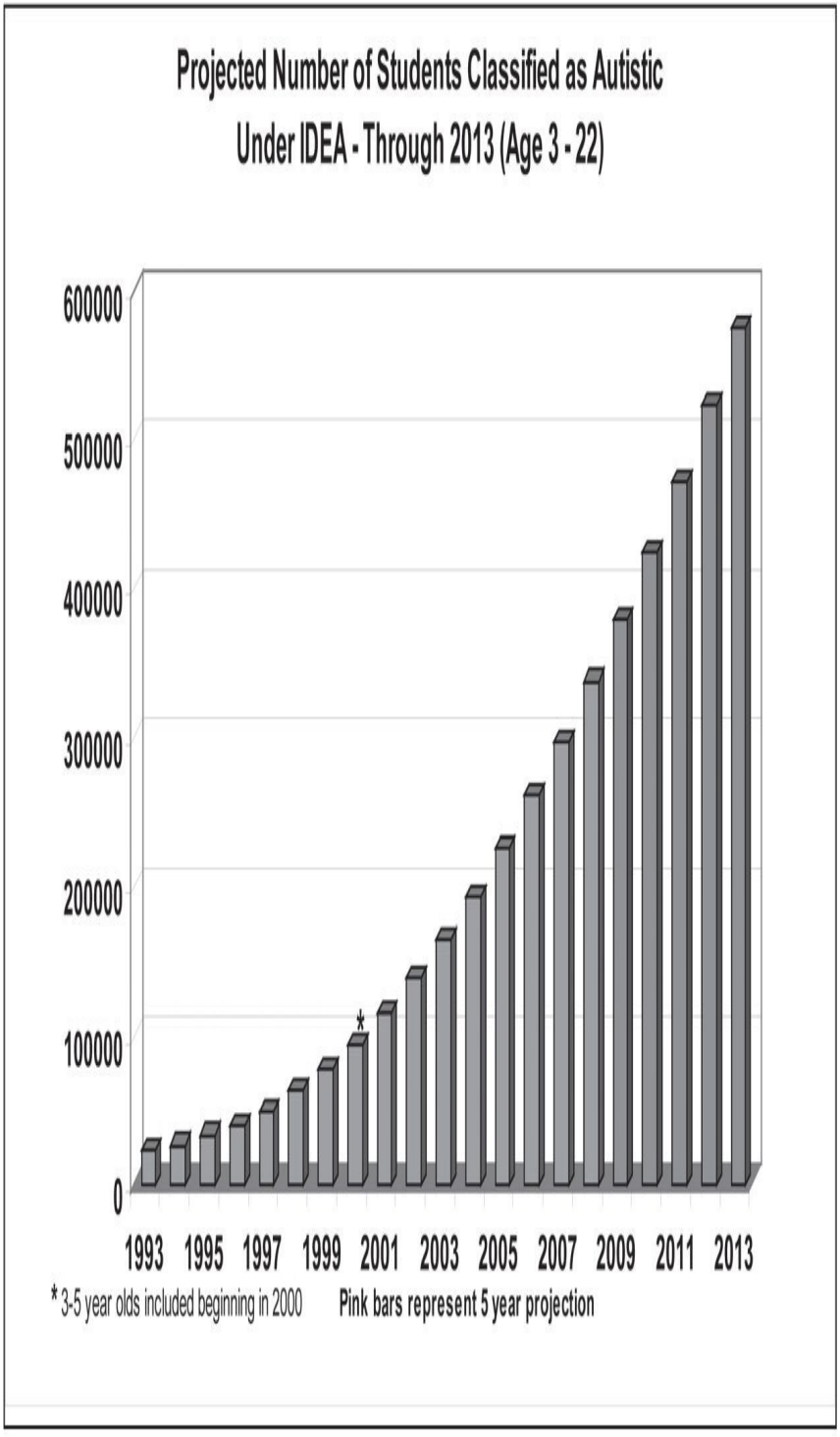
(aşteptându-mă rezistenţă la această idee) că dacă acest proces te loveşte ca adult, vei obţine CFS sau noua idee de ADHD pentru adulţi. Dacă te loveşte ca adolescent sau copil mai mare, primeşti variante ADD/ADHD sau CFS/CFIDS. Dar dacă acest proces te loveşte ca şi copil mic, cu un creier imatur şi un sistem imunitar imatur, faci autism/PDD. Nu râdeau (sau mă interziceau de la viitoarele conferinţe) şi, doi ani mai târziu, la următoarea conferinţă, mulţi veneau să-şi exprime acordul. Întrucât era în 1998, pentru mine rămâne un mister trist astăzi de ce nu au fost alocate mai mulţi bani şi mai multe resurse unei investigaţii medicale de „autism".

Speranţa mea fierbinte este că în viitorul apropiat existenţa unei stări disfuncţionale/de reglare a sistemului imunitar va fi acceptată în mod obişnuit, indiferent dacă pacientul prezintă sau nu oboseală. Poate că vom ajunge să recunoaştem că o stare de dereglare imună este o afecţiune generalizată care poate include multe fenomene interdependente, cum ar fi CFS/CFIDS, boala reumatoidă atipică şi/sau tipică, majoritatea, dacă nu aproape tot, autismul şi părţi ale ADHD, cum ar fi precum şi alte dificultăţi de învăţare. Pare probabil ca această boală să aibă un element de predispoziţie genetică (confirmat în studii epidemiologice emergente). Urmărind un număr de familii în practica mea, am constatat că nu toţi membrii aceleiaşi familii se îmbolnăvesc. Adesea un copil şi/sau un singur părinte este afectat. Acest lucru implică probabil o lipsă de contagiune continuă, dacă există, asociată cu acest sindrom, ceea ce sugerează o predispoziţie genetică cu agenţi sau evenimente declanşatoare multiple. Acestea pot include viruşi, o combinaţie de stres sau diverse traume, declanşând o stare în organism în care sistemul imunitar, SNC sau ambele nu revin la un nivel normal de funcţionare. După cum este susţinut de multe lucrări evaluate de colegi, odată ce acest proces este în mişcare, este controlat de sistemul imunitar înnăscut, nu de stresul sau factorii de stres care iniţiază (sau orice fel de un simplu defect cromozomial genetic).

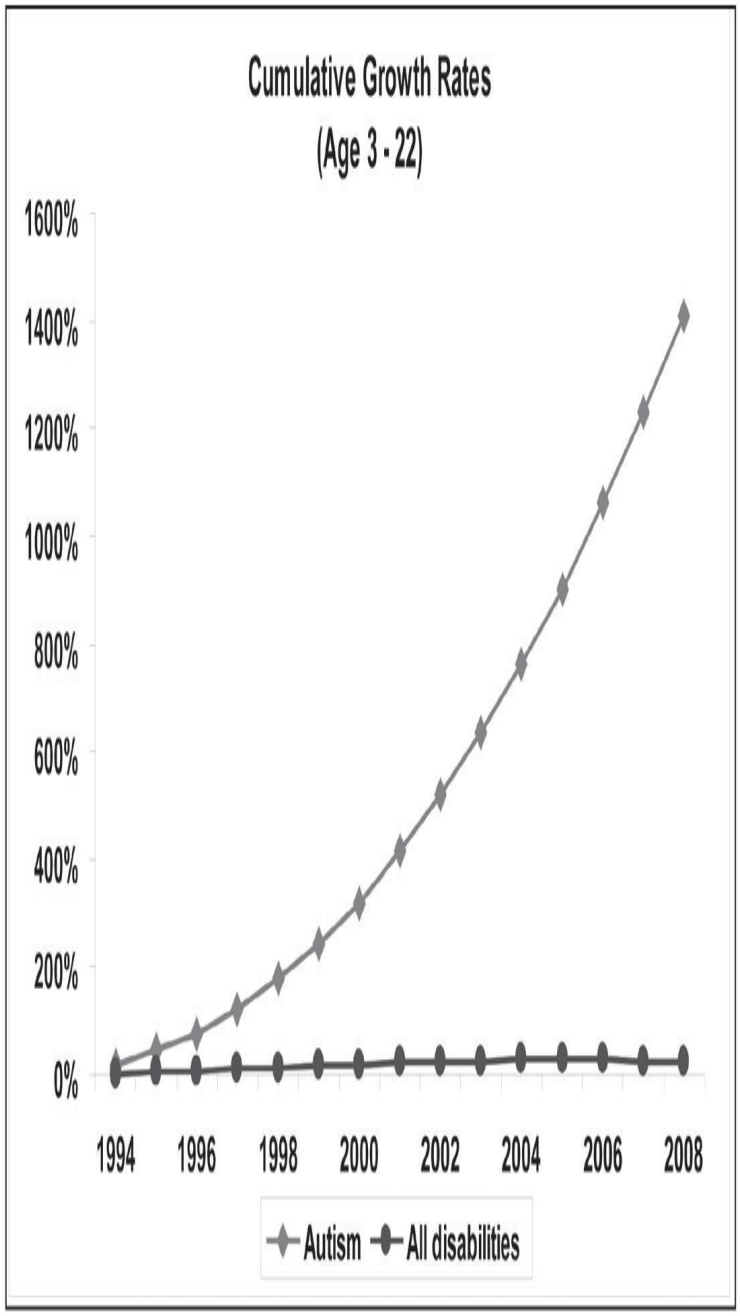
Implicaţiile social-educaţional-economice ale tuturor acestor lucruri sunt terifiante. Rămânem fără bani şi falimentăm sistemele educaţionale pentru a face faţă epidemiei copiilor cu nevoi speciale. Nu am decât respect (şi simpatie) pentru profesorii, care sunt în linia întâi, fiind rugaţi să facă tot posibilul pentru a educa un număr tot mai mare de copii afectaţi. Cu toate studiile despre toate motivele posibile pentru aceasta, câţi s-au gândit să se uite la imaginea de ansamblu? Aceşti copii sunt toţi puncte pe o curbă clopot. În loc să prezinte mai multe variante de dificultăţi de învăţare, puse sub diferite etichete, aceşti copii sunt într-adevăr bolnavi şi au o parte din creierul lor nu funcţionează. Cât de mult mai de succes ar avea aceşti profesori, cu cât am putea începe să visăm la scăderea costurilor educaţiei, cel puţin mult mai eficiente pentru toţi elevii, dacă am recunoaşte că, ca medici şi părinţi, avem obligaţia de a trimite copiii la şcoală alert şi sănătos? Indiferent de combinaţia de factori, odată în mişcare, există probabil o problemă definibilă din punct de vedere medical care poate fi tratată. Trebuie să încetăm să presupunem că funcţia acestor copii este cioplită în piatră, determinată într-un mod misterios genetic, de dezvoltare. Continui să cred că conştientizarea şi recunoaşterea adevăratei crize medicale discutate în această carte vor însemna că părinţii şi copiii vor primi mai mult ajutor, dar ajutor concentrat şi dedicat în direcţia corectă. Căci, dacă va fi ajutat, cu corpul şi creierul copiilor sănătoşi, sistemul nu numai că va zâmbi la succesul său, ci şi va economisi sute de milioane (în acest moment probabil sute de miliarde) de dolari în cheltuieli acum inutile.

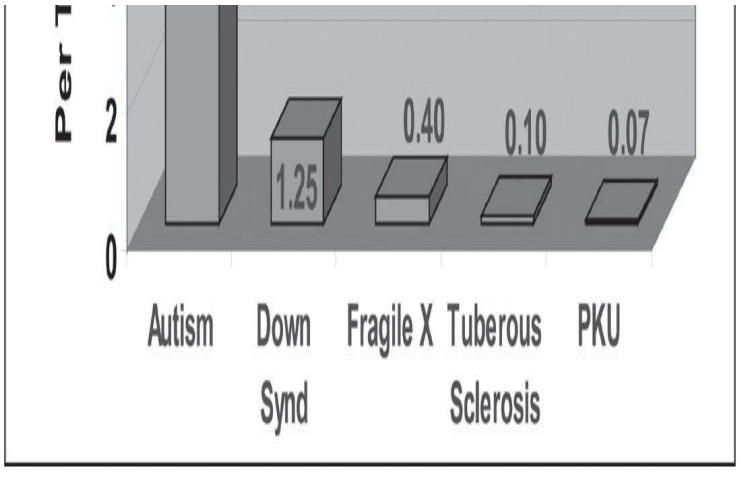
2

CUM POATE FI ASTA DECĂ O BOALA?



Grafice produse de Anthony E. Vizioli


Cumulative Growth Rates
(Age 3 - 22)
1600%
1400%
1200%
1000%
800%
600%
400%
200%
0%
1994
1996
1998
2000
2002
2004
2006
2008
Autism
All disabilities


Per
2
0
1.25
0.40
0.10
0.07
Autism
Down Synd
Fragile X
Tuberous Sclerosis
PKU

FĂRĂ SINDROMUL DOWN, X FRAGIL ŞI alte tulburări comune ale copilăriei, care au o legătură genetică, pot fi evidente la naştere şi ale căror rate au rămas stabile în ultimii cincizeci de ani, ratele autismului cresc rapid pe tot globul, afectând populaţiile din copilărie în numere similare cu epidemiile medicale din trecut, cum ar fi gripa spaniolă şi ciuma bubonică. Această boală afectează copiii după naştere. Se dobândeşte, ca şi alte boli. Pe baza lucrărilor şi rapoartelor clinice timpurii, legate de rezultatele emergente NeuroSPECT (folosirea unui radioizotop cu doze mici şi imagistica pentru a măsura fluxul sanguin, care defineşte funcţia în zone ale creierului), eu şi alţi câţiva medici am inventat termenul NIDS. (Sindroame de disfuncţie a imunităţii neurologice) ca o modalitate de a încerca să creeze o umbrelă *medicală* peste categoriile *de dezvoltare anterior* de ADHD, autism şi alte învăţare probabil imunmedicate (un sistem SNC, disfuncţie creată de neuroimun în zone cheie ale creierului) sau tulburări cognitive. Ipoteza NIDS a fost discutată pentru prima dată la începutul anului 2000 şi a găsit un acord larg, fără dezbateri ştiinţifice sau dispute de către cercetătorii şi reprezentanţii farmaceutici care au citit-o. Pur şi simplu avea sens.

Sub umbrela NIDS, multiplii markeri secundari metabolici, fiziologici şi imunitari care sunt anormali la aceşti copii au sens. „Noua" constelaţie de familie care se prezintă multor medici începe să aibă sens. Reprezentând nimic despre care am fost învăţat vreodată la facultatea de medicină, la stagiu sau la rezidenţiat, a existat acum o nouă constelaţie familială de mamă sau tată cu CFS/CFIDS sau „altă" tulburare mediată imun, un copil mai mare (sau doi) cu un Varianta ADHD (sau altă tulburare de învăţare) şi un copil mai mic (sau doi) cu autism sau PDD. Acest model este imposibil pentru o tulburare de dezvoltare sau genetică. Este rezultatul logic al unei conexiuni neuroimune complexe, virale complexe cu NIDS.

Să ne întoarcem la simptome şi să uităm de etichetă. Dacă eliminăm diagnosticul de autism şi pur şi simplu ne uităm la simptome, vedem o varietate de factori comuni. Istoricele medicale tipice includ probleme legate de imunitate de eczeme, urticarie sau alte probleme alergice, împreună cu infecţii recurente ale urechii, dureri frecvente în gât şi boli asemănătoare gripei.

Confuz pentru mulţi părinţi şi profesionişti din domeniul sănătăţii este faptul că mulţi copii „normali" vor experimenta, de obicei, infecţii recurente, infecţii recurente ale urechii, o naştere stresată şi alergii recurente şi nu vor cădea în această tulburare complexă (NIDS). Logica este simplă atunci când înţelegem că majoritatea copiilor normali din trecut nu s-au născut în circumstanţe deja stresate (mulţi adulţi şi copii au acum sisteme imunitare activate în comparaţie cu valorile de bază normale de acum patru sau cinci decenii) şi apoi, în funcţie de combinaţie şi numărul de factori de stres, în timp ce cei mai mulţi dintre ei vor reuşi să se recupereze şi să revină la un nivel de bază acceptabil; un grup din ce în ce mai mare de sugari şi copii sunt împinşi peste margine în această stare complexă neuroimună, apoi disfuncţională virală complexă. Este interesant că, ca şi în cazul unui copil „normal", unii dintre aceşti copii, probabil dependenţi de răspunsurile lor alergice, au un istoric de congestie recurentă şi apoi infecţii recurente, în timp ce unii (de obicei cei fără probleme de congestie sau la care declanşează congestia au fost eliminate) va părea în general să rămână sănătos şi să nu prezinte infecţii recurente ale urechii, sinusurilor sau toracice. Experienţa mea copleşitoare de ani de zile cu o practică pediatrică „normală" mare (în care

unii copii erau predispuşi la alergii) a fost în modul de a păstra un copil curat şi cum să evit congestia/infectiile recurente.
Simptomele obişnuite ale disfuncţiei neurologice (mai degrabă decât o tulburare bazată pe psihologie) includ probleme de concentrare care pot fi descrise ca „spaţial" sau „zone"; o dificultate de procesare senzorială, auditivă sau vestibulară; „disfuncţie executivă"; dificultăţi de somn sau un ciclu anormal de somn; şi anomalii motorii fine sau grosiere. După cum sa menţionat în altă parte, aceste constatări, în special problemele motorii fine şi grosiere, devin markeri pentru probabilitatea apariţiei unui virus. Dacă ne întoarcem la literatura despre autism din anii 1940 şi 1950, nu se menţionează problemele motorii fine sau grosolane.

Prezenţa simptomelor de mai sus ar trebui să necesite o atenţie medicală şi o evaluare medicală. Nu mai putem continua să o ignorăm sau să o discreditäm. Dacă eliminăm eticheta numită autism şi ne concentrăm din nou pe pacient, copilul, putem începe să ne confruntăm cu simptome care, fără isterie, fără concepţiile greşite despre „autism", ar fi privite ca o adevărată criză medicală.

Cum am ajuns aici

Din păcate, fără instrumentele sau tehnologia care să investigheze cu exactitate creierul uman, eticheta autismului a evoluat de la observarea unui set de simptome la un copil disfuncţional. În forma sa cea mai severă („autism clasic"), vorbirea eficientă a fost absentă, iar clinicienii au văzut adesea simptome de comportament repetitiv, extrem de neobişnuit, agresiv şi uneori auto-vătămator. Cei afectaţi aveau moduri extrem de anormale de a se raporta la oameni, obiecte sau evenimente. Părinţii au observat că ceva „nu este în regulă", adesea în primele trei până la şase luni de viaţă. Aceşti copii de obicei nu zâmbeau şi adesea rezistau afecţiunii.
Majoritatea cercetătorilor şi clinicienilor nu au căutat răspunsuri medicale la autism (la fel ADD/ADHD şi majoritatea tulburărilor de învăţare sau psihologice din copilărie), deoarece credeau că este o tulburare netratabilă din punct de vedere medical. Fără tehnologia care să îi înţeleagă pe aceşti copii, pediatrii şi psihologii pediatri au acceptat conceptele de parenting sărac sau psihoză/schizofrenie a copilăriei şi au clasificat autismul ca o tulburare psihologică şi/sau de dezvoltare. Psihologii şi psihiatrii oferă de obicei tratament.
În conformitate cu această premisă, discuţiile recente s-au concentrat pe diferenţa dintre „autismul congenital" (inclusiv autismul „clasic" Kanner) şi o altă formă legată de tulburări neurologice şi medicale precum scleroza tuberoasă, fenilcetonuria, rubeola congenitală şi sindromul Down. Cu toate acestea, a apărut o a treia formă care este denumită „autism dobândit sau regresiv" (poate cel mai mare subgrup al acestor copii). În scopul acestei cărţi, autismul dobândit este o afecţiune în care copilul se dezvoltă normal în primele douăsprezece până la optsprezece luni de viaţă şi apoi regresează în spectrul din ce în ce mai larg de tulburări autiste.
Aceşti copii contestă credinţa anterioară că 70 până la 80% dintre copiii cu autism sunt cu deficienţe mintale. Se târăsc, se ridică în picioare, merg şi, de obicei, ating reperele motorii normale la program. Până la vârsta de apariţie a simptomelor, ei sunt afectuoşi (ceea ce exclude definiţia doctorului Kanner) şi par să aibă o inteligenţă peste medie. Copiii cu

autism dobândit pot începe să dezvolte o anumită vorbire, dar apoi, fără avertisment, încetează să progreseze sau încep să regreseze. Dintr-o dată, aceşti copii devin retraşi. Ei oscilează între a fi tăcuţi şi hiperactivi. Adesea se pot dezvolta comportamente de auto-stimulare (de exemplu, baterea bratelor, balansarea, rotirea sau lovirea capului). De-a lungul timpului, unele simptome manifestă care sunt atât similare, cât şi atipice cu cele ale copiilor diagnosticaţi anterior ca având autism congenital. Propun ca mulţi dintre aceşti copii cu autism dobândit să se încadreze în această categorie medicală a NIDS (sindroame de disfuncţie neuroimună) şi trebuie priviţi ca suferind de o boală medicală autoimună care este potenţial tratabilă.

Înţelegerea, înţelegerea apare

Pentru a înţelege cum am ajuns aici, trebuie să înţelegem istoria. La începutul anilor 1970, creierul uman era încă în principal o cutie neagră. Au existat studii sofisticate, indirecte, pentru a determina zonele funcţiilor anatomice, dar datele obiective erau încă practic inexistente. Am avut scanări CAT (tomografie axială computerizată) şi eventual RMN (imagini prin rezonanţă magnetică) capabile să ilustreze leziuni, tumori, posibile malformaţii AV (arteriovenoase) - în esenţă ceea ce credem ca fiind „structural". A fost foarte puţină înţelegere cu privire la cauza oricărei disfuncţii cerebrale. De fapt, în domeniul psihiatriei, s-a acceptat în general că nu există date obiective reale, iar un întreg sistem de etichete şi clasificarea disfuncţiilor mentale a evoluat pe baza simptomelor - nimeni nu şi-a imaginat că în cele din urmă vom fi capabili să „căutăm " la modul în care acel creier funcţiona sau nu.

În timp ce cunoştinţele specifice erau slabe (deschizând uşa către o lume care clasifica multe dintre aceste tulburări, condamnând copiii la o presupusă disfuncţie pe termen de viaţă, cu absenţa datelor obiective), dacă ceva avea să meargă prost, existau doar anumite moduri. asta s-ar putea întâmpla. Aceşti copii au început cu creier presupus normal şi cranii normale anatomic; posibilele cauze ale disfuncţiei sunt limitate.

Mecanismele posibile sunt

1. un defect structural si
2. o malformaţie congenitală/de dezvoltare, o anomalie cromozomială, o malformaţie AV sau vasculară, o leziune, un neoplasm/tumoare sau un proces metabolic primar.

De-a lungul multor ani de studiu, s-a constatat că niciunul dintre aceste mecanisme posibile (inclusiv orice idee despre un simplu defect genetic sau cromozomial) nu este în vigoare la aceşti copii (sau adulţi cu aceste tulburări asociate). Singura posibilitate care rămâne este ca creierul să devină disfuncţional prin mecanisme infecţioase (virale, bacteriene, alţi agenţi) şi imunologice. Viruşilor herpes în special le place să ajungă la lobul temporal al creierului şi se ştie că provoacă convulsii. Cunoştinţele noastre despre interacţiuni virale neuroimune, în cele din urmă complexe, au înflorit din cauza apariţiei HIV. În afara expansiunii indefinibile a tulburărilor psihiatrice anterioare, se începe inevitabil să se concentreze asupra mecanismelor imune şi virale complexe; aceasta ar putea fi o explicaţie mult mai rezonabilă şi mult mai logică decât tulburările de „dezvoltare" psihiatrice/nedetectabile prezente în mod misterios încă de la naştere.

Corpul are diferite „sisteme”. Acestea includ endocrin, imun, hematologie, EENT (ureche, ochi, nas, gât), cardiovasculare, pulmonare, GI (gastrointestinale), GU (genital-urinar), musculo-scheletice și neurologice. În cadrul acestor sisteme, pot apărea doar anumite mecanisme ale bolii. Acestea sunt toxice metabolice, genetice/de dezvoltare, infecțioase, imunologice și traumatisme tumorale. Privind aceste sisteme, este evident până acum, deși pot exista disfuncții în diferite sisteme ale corpului, singurele sisteme cheie pentru patofiziologia tuturor acestor disfuncții/boli sunt sistemele imunologice și infecțioase. Dacă natura și fiziologia nu s-au schimbat, este timpul să ne concentrăm pe realitate, știință, logică și un remediu.
În timp ce eram într-o școală de medicină „turn de fildeș” – UCLA – am fost, de asemenea, recunoscător după reflecție că am fost expus la evoluția timpurie și înțelegerea a ceea ce am numit tulburări de colagen-vasculare - lucruri precum lupusul, sclerodermia și alte tulburări la care ne gândim acum. ca boli autoimune. Deoarece aveam cunoștințe limitate despre sistemul nostru imunitar și complexitățile sale, retrospectiv nu este o surpriză că mulți markeri nu au fost diagnosticați în mod constant sau validați ca cauzali. Cu toate acestea, cu ANA și alți markeri (inclusiv modificări anormale ale titrurilor virale), am abordat pacienții cu înțelegerea că ar putea avea o boală medicală potențial gravă.
Când am absolvit facultatea de medicină, prezența unei IgM anormale de imunoglobuline, în special atunci când era crescută, a fost un motiv pentru a căuta pe cineva pentru un limfom ocult sau alt cancer. Acum este adesea ignorată în loc să fie cel puțin interpretată ca o disfuncție a sistemului imunitar. Cauza poate să nu fie evidentă, dar efectuarea acestor teste ca măsură de precauție este o abordare mult mai bună, anticipativă și preventivă decât sistemul nostru actual.
Când am absolvit facultatea de medicină, dacă un adult tânăr a dezvoltat zona zoster (reactivare a varicelei), ai fi evaluat probabilitatea unei boli grave, inclusiv un cancer ocult sau leucemie. Motivul a fost că pentru un tânăr adult să izbucnească în zona zoster a fost considerat un semn foarte grav al unui sistem imunitar stresat. Copiii, adolescenții și mulți adulți tineri se întâmplă acum și nu sunt investigați de urgență pentru o boală gravă. De ce? La facultatea de medicină nu s-a discutat despre entitățile la adulți cu sindrom de oboseală cronică, fibromialgie sau la copiii cu ADHD mixt, ADHD liniștit sau despre o epidemie de „autism”. După cum sa discutat, aspectul acestor entități are sens atunci când sunt privite împreună.
Este de remarcat faptul că bolile autoimune clasice sunt mai frecvente la femei decât la bărbați și, în timp ce „autismul” este acum la fete și băieți, faptul că este mai frecvent la băieți decât la fete poate susține discuțiile conform cărora băieții, înainte de schimbările lor hormonale, poate fi mai susceptibil la disfuncții/stres imunitar. Poate că copiii și adulții au fost sinceri când au spus că nu se simțeau bine, că nu puteau gândi corect, că li se simțeau creierul încețoșat – se dovedește că în istoria medicală ideea misterioasă a oboselii cronice sau CFIDS se întoarce cel puțin la anii 1500. Au existat epidemii de-a lungul istoriei (una documentată de părintele medicinei engleze Thomas Siddenhaum în anii 1680) de o afecțiune misterioasă, oboseală, disfuncție mentală cu o prezentare asemănătoare gripei - dar spre deosebire de astăzi, aceste presupuse focare au fost raportate și apoi ar dispărea pentru mult timp. perioade de timp. Desigur, fără date obiective, fără capacitatea de a determina cauza acestor epidemii, rezultatul a fost mai degrabă isterie decât investigație științifică.

În 1934, dr. Sandy Gilliam a descris un focar de boală obositoare neobișnuită, care a fost numită „poliomielita atipică”. Două focare speciale care au fost investigate de Dr. DA Henderson de la CDC și de Dr. Alexis Shelokov de la NIH au condus la termenul „neuromiastenie epidemică”, care a fost termenul preferat pentru focarele de oboseală, deoarece au analizat această problemă în New England . *Jurnalul de Medicină* din 1957. Problema a început undeva la sfârșitul anilor 1950 și începutul anilor 1960, accelerându-se dramatic în anii 1970 și 1980. Au început să apară focare la nivel mondial ale acestui fenomen ciudat, dar, spre deosebire de trecut, ele continuă să se repete, în loc să se oprească. Unul dintre focarele din Japonia, în 1984, a fost numit „sindromul NK scăzut”. Simptomele au fost o tonalitate generală, fără niciun agent bacterian sau viral identificabil. Dacă se aplică înțelegerea noastră emergentă a imunologiei complexe și a virologiei, se pare că poate avea loc o epidemie medicală - și am ignorat acest lucru de cel puțin douăzeci și șase de ani acum.

Încă de la o conferință de cercetare sponsorizată de NIH la Boston în octombrie 1998, a fost recunoscut că unii dintre acești adulți „psihosomatici” ar putea avea într-adevăr ceva în neregulă din punct de vedere medical cu ei. Unele dintre ele au prezentat celule NK scăzute, dovezi ale unui stres imunitar care ar putea duce la activarea virală cronică, disfuncție mitocondrială și, din păcate, un risc crescut de cancer. La acea conferință sa constatat că unii dintre acești pacienți au dovezi ale unui HHV6 „activat”. Doisprezece ani mai târziu, aceste descoperiri sunt încă contestate și investigate. De-a lungul anilor, pentru mulți din NIH și instituțiile noastre academice a rămas mai ușor să „dezbatem” și să conteste descoperirile virale sau imune (*nu sunt la fel, nu sunt consecvente pentru toată lumea*), mai degrabă decât să se concentreze pe explicarea și înțelegerea modului în care acestea ar putea juca cu adevărat un rol cheie în patogeneza acestor tulburări. Motivele sau explicațiile pentru aceasta devin din ce în ce mai greu de înțeles sau de justificat de la distanță într-un moment de criză ca acesta.

Din punct de vedere istoric, aceste focare au condus la o anchetă și o investigație de către Institutul Național de Alergie și Boli Infecțioase din NIH și Filiala Exanteme virale și Herpesvirus a CDC. Dar, din păcate, CFS/ CFIDS *nu a fost* clasificat ca o posibilă boală imunitară sau virală și, din păcate, experții de mare putere au concluzionat că aceste simptome sunt psihosomatice. Nu cred că am rata realitatea medicală a acestei epidemii greșite de „autism” astăzi, dacă experții CDC, atunci când au fost chemați să investigheze acest focar, ar fi fost constructivi, deschizând calea către un curs progresiv și logic de înțelegere, prevenire. , și tratamentul probabil. În schimb, după ce l-au dublat în mod greșit sindromul Epstein-Barr, din cauza titrurilor virale crescute, jenați, mulți dintre cercetători s-au răzbunat personal, încurajând presa să folosească termenul „gripă yuppie” și sugerând că aceasta nu era o boală medicală gravă. la acești adulți (mai ales femei). Este de remarcat faptul că *CFS nu mai este considerată o boală infecțioasă.* Deși poate nu este o boală infecțioasă acută, cu mișcare rapidă, cum ar fi gripa, răceala, rujeola sau poliomielita, nu există nicio îndoială că ne uităm la un fenomen imunitar/viral lent, dar insidios, pe care l-am fi oprit sau corectat până acum dacă am fi a concentrat resursele pe înțelegere, obținerea de răspunsuri.

Unul dintre motivele majore pentru direcționarea greșită a sistemului medical poate fi urmărit din confuzia cu privire la pacienții care s-au prezentat în timpul focarului din Lake Tahoe, care a început în august/septembrie 1984. După cum sa menționat,

anchetatorii/cercetătorii de nivel înalt au ignorat importanţa creşterii titruri virale. Concentrându-ne pe cauzele psihosomatice şi ignorând dovezile virusilor şi markerilor pentru disfuncţia imună probabilă la aceşti adulţi, ne-am deviat de curs cu mai bine de douăzeci şi şase de ani în urmă.

Înapoi la facultatea de medicină, cu toţii am fost învăţaţi că dovezile pentru o infecţie virală acută însemnau ceea ce se numea un titru de IgG trandafir, schimbat de patru ori (adică, 1:20 devine 1:80 (limită), 1:40 a devenit 1:160, 1 :80 a devenit 1:320 etc.). Deşi nu este definitiv, atunci când simptomele unei boli erau prezente şi titrul viral sa schimbat de patru ori sau mai mult, aceasta a fost considerată o dovadă sugestivă, foarte suspectă pentru acel virus. Chiar şi atunci, fără o biopsie a creierului sau o tehnică care a evoluat la ceea ce numim o sondă PCR pozitivă, titrurile erau sugestive, chiar convingătoare, dar nu dovezi definitive (apariţia scurtă a oricărui titru IgM pozitiv era foarte suspectă, adesea simţită *a* fi dovezi concrete ale unui virus activ – acum chiar şi acesta este adesea ignorat ca un „fals pozitiv"). Totuşi, după cum s-a menţionat, în 1984, din motive foarte complexe, când la început aceşti adulţi şi mai târziu copiii au apărut cu titruri crescute constant, titruri pe care la şcoala de medicină ni s-a învăţat reprezentau dovezi presupuse ale acelui virus, au fost ignorate. Aşadar, în loc de ceea ce ar fi trebuit să fie începutul unei investigaţii medicale asupra motivului pentru care aceşti adulţi aveau aceste titruri virale crescute în mod acut de Epstein-Barr sau alte titruri virale, dar acum, pe o bază cronică, pe termen lung, cercetătorii de masă şi „medicamentul" au decis (şi au început să învaţă) că aceste titruri nu însemnau nimic.

Acum, în loc de douăzeci şi şase de ani dedicaţi înţelegerii acestui nou fenomen de boală, protocoale definitive şi noi medicamente care să ajute, am discreditat mai întâi adulţii numind toate plângerile lor psihosomatice, iar acum vindem cumva o idee complet ilogică, neştiinţifică că totul la aceşti copii este de dezvoltare. Nu.

Un articol recent de la Universitatea Stanford ilustrează cât de extrem a devenit acest lucru. Un dr. Montoya şi asociaţii săi au susţinut că, dacă am fost învăţaţi că este semnificativ dacă titrurile virale au crescut de patru ori, nu ar trebui să fie semnificativ dacă cu *terapie* titrurile au scăzut de patru ori? El a tratat doisprezece pacienţi adulţi, bolnavi cronic de CFS/CFIDS, cu titruri crescute de herpes-6 (HHV-6) şi virusul Epstein-Barr (EBV). Fiecare pacient a trebuit să aibă patru sau mai multe dintre următoarele simptome neurocognitive (părinţi, gândiţi-vă la copiii dvs.): funcţionare cognitivă afectată, viteză de procesare încetinită, tulburări de somn, deficit de memorie pe termen scurt, oboseală şi simptome compatibile cu depresia. După şase luni cu un agent numit Valganciclovir (un antiviral antiherpetic, dar care nu este sigur pentru utilizarea de rutină), nouă din doisprezece (75 la sută) dintre pacienţi au experimentat aproape rezolvarea simptomelor, şi-au reluat funcţiile zilnice acasă şi/sau la locul de muncă - ceva ce au nu a putut face ani de zile.

Într-o lume care neagă sensul acestor titruri la adulţi şi copii, cercetătorii au arătat o scădere semnificativă atât a titrurilor lor de IgG EBV VCA (1:2560 > 1:640) cât şi a titrurilor lor de IgG HHV-6 (1:1280 > 1: 320).

Cercetătorii cheie cu care am fost implicat, care sunt în mod deschis mulţumiţi de „articolul Dr. Montoya" au recunoscut că nu ar fi putut niciodată să primească finanţare sau aprobare în atmosfera actuală de cercetare. Doar pentru că era atât de puternic, atât de „mare", a fost capabil să o facă. După douăzeci şi şase de ani de asta, nu este timpul să se schimbe atitudinile predominante?

3

SCHIMBAREA LITERELOR: ADĂUGAȚI? ADHD? ADHD mixt? Adăugați liniștit?

La începutul și la mijlocul anilor 1980, diferitele etichete ale ADHD (ADD cu hiperactivitate, ADD fără hiperactivitate, ADHD etc.) erau aplicate pentru a descrie copiii nou disfuncționali care apăreau în cabinetul meu și în întreaga țară. Fără imagistică și fără aplicarea de noi instrumente pentru a înțelege creierul, diferențele radicale cu noul ADHD (acum majoritatea în pediatrie) nu au fost înțelese - ducând la erori probabile de medicație la acești copii. Emiterea de judecăți, chiar și educate, pe baza simptomatologiei, fără o evaluare mai atentă a funcției reale a creierului, în opinia mea, nu ar trebui permisă în secolul XXI. Acum avem instrumentele. Avem responsabilitatea de a le folosi. Din munca NeuroSPECT (a se vedea discuția ulterioară în această carte și referințele la articole), copilul de modă veche hiper-ADHD (luminos, alert, cu flux sanguin crescut către lobii frontali și lobii temporali normali și restul creierului) este destul de diferit de cel ADHD noi mixte sau liniștite (în care fiecare are componente ale hipoperfuziei lobului temporal și, de obicei, au componente de „spacialitate", „zonalitate", disfuncții cognitive, anxietate, comportamente de opoziție sau depresie).

Cu această perspectivă, ideea evidentă este că acest lucru nu este același lucru cu ceea ce s-a întâmplat cu posibilii 5-10% dintre copii, de obicei băieți, care erau considerați copilul de modă veche hiper-ADD. După cum s-a menționat, acel copil era strălucitor, inteligent și alert – dacă ai putea să-l aduci în locurile lor. În mod semnificativ, nu a existat nicio discuție în școala de medicină despre acești copii care au disfuncție cognitivă sau executivă. Ulterior, la scanările NeuroSPECT, aceștia au avut hiperperfuzie în lobii lor frontali și un rest în general sănătos al creierului. Când au început să apară variantele mixte, liniștite și multiple ale ADHD, a fost imediat evident - deoarece majoritatea dintre ele aveau componente ale disfuncției lobului temporal, hipoperfuziei lobului temporal - trebuie să se întâmple altceva.

Pe acest fundal al unei epidemii de autism, deficitele de atenție reprezintă acum nu numai cea mai frecventă problemă de dezvoltare la copiii de vârstă școlară, dar s-a schimbat și dramatic. Acolo unde odată se credea că ADD i-a afectat pe copiii de vârstă școlară, despre care se aștepta să-și depășească problemele „ADD" până la pubertate, acum se recunoaște că între 50 și 70% dintre copiii cu deficit de atenție diagnosticați între șase și doisprezece ani continuă. pentru a manifesta simptome supărătoare pe parcursul adolescenței și nu numai. Cu termenul ADHD aplicat acum în mod obișnuit la adulți și copii și cu mai multe variante discutate, poate că este timpul să recunoaștem că acest lucru nu are nimic de-a face cu munca inițială despre ADD/ADHD. Un număr tot mai mare de copii cu ADHD sunt

acum diagnosticaţi cu sindromul Tourette. Tourette este acum văzută ca fiind legată de „imunitate”. Nu numai că cred că nimic din toate acestea nu este întâmplător, ci şi că singura modalitate de a înţelege este faptul copleşitor că avem o epidemie medicală nerecunoscută. Acest lucru nu este compatibil cu ideea unei conştientizări brusc mai bune sau, după cum sa menţionat, o „epidemie” a categoriilor anterioare de disfuncţie de dezvoltare sau psihologică.

Susţin concluzia că aceasta este o nouă epidemie medicală sunt observaţiile cercetătorilor din ultimele trei decenii care continuă să sublinieze contribuţia slăbiciunilor funcţiilor cognitive de ordin superior (adică procesele de gândire şi raţionament) la eşecul şcolar al multor persoane cu dizabilităţi de învăţare. copii. Copiii au apărut în număr mare cu deficite în abilităţile „metacognitive” (adică, capacitatea de a accesa cunoştinţele dobândite atunci când este necesar, ştiind cum să aplice abilităţile învăţate). Aceşti copii nu sunt capabili să-şi concentreze atenţia asupra caracteristicilor esenţiale ale sarcinilor. Ei nu pot concepe în mod eficient strategii pentru a le îndeplini. Aceşti copii sunt adesea descrişi ca elevi „pasivi”. A fost imediat evident că, atunci când am fost învăţat că un copil ADD (denumit hiper-ADD) era în mod inerent foarte inteligent, foarte strălucitor, „pur şi simplu nu puteau fi ţinuţi în locurile lor”, era în mod clar o epocă diferită, iar cei copiii au prezentat simptome diferite de cele pe care le au acum. Copiii se prezintă acum cu probleme cognitive, iar aceşti copii apar într-un număr din ce în ce mai mare. Aceste simptome, aceste variante ADHD care nici măcar nu erau recunoscute în anii 1970, sunt acum marea majoritate. De asemenea, în marele nostru detriment ca societate, continuăm să ne concentrăm asupra tuturor „celelalte” motive pentru care şcolile eşuează, notele scad, IQ-urile scad, *fără* să recunoaştem că aceşti copii au o „disfuncţie cognitivă” totală de la o boala. Cât timp eşuăm şi cât timp le permitem acestor copii să eşueze, înainte să spunem că este suficient?

Odată cu creşterea rapidă a grupului de copii care nu se potrivesc cu profilurile autiste „clasice”, numărul de variante ADHD şi alte etichete multiple fiind folosite pentru a clasifica, defini copiii noştri, este timpul să facem un pas înapoi şi să-i întoarcem pe aceşti copii la îngrijirea medicală. lume. Odată cu recunoaşterea şi înţelegerea crescută a fenomenului de dereglare imunitară, este timpul să ne dăm seama că aceste probleme la copii nu sunt secundare unor probleme de dezvoltare sau psihologice ciudate, neînţelese anterior, dar avem un adevărat epifenomen medical. Indiferent dacă acest epifenomen este cauzat de un retrovirus, un virus obişnuit, o dispoziţie genetică (foarte probabil), schimbări de mediu (foarte probabil), probleme ale stratului de ozon sau mulţi alţi factori insinuaţi sau analizaţi de-a lungul anilor care au impact asupra sistemului nostru imunitar, odată ajuns Avem un proces controlat de sistemul neuroimunitar „înnăscut” al organismului (susţinut de mai multe articole revizuite de colegi) şi este timpul să înţelegem asta şi să ne ocupăm de asta în mod adecvat şi eficient ca medici.

Sprijin suplimentar pentru legătura sistemului imunitar, nu ca factor secundar, ci ca o adevărată explicaţie patofiziologică primară pentru această boală/tulburare, este recunoaşterea faptului că în cadrul acestui grup de pacienţi un numitor comun este un număr mare de alergii sau intoleranţe. Aproximativ 25% dintre copiii sănătoşi au acum boli cronice, inclusiv alergii, migrene, diabet şi multe altele, în timp ce s-a recunoscut, de asemenea, că mulţi copii cu tulburări medicale complexe prezintă alergii şi probleme imunitare. În mod obişnuit, în istoria familiei se găsesc adesea eczeme, migrene (în special

la mame), febra fânului, astm şi/sau alte boli „autoimune”, cum ar fi tiroidita, lupusul sau artrita reumatoidă. Aşa cum le subliniez părinţilor în mod frecvent, acest lucru sprijină patofiziologia primară a sistemului imunitar, problemele legate de imunitate, nu ceva ce este de dezvoltare sau genetic. Ceea ce nu se vede în cadrul acestor familii este o istorie de rutină a unor adevărate tulburări genetice sau de dezvoltare.
Cum se face că nimeni nu a recunoscut sau legat scăderea IQ-ului în ultimii douăzeci de ani în baza de date ERIC (Educational Resource Information Center) cu probabilitatea unei epidemii medicale, cognitive şi fizice?
După cum s-a menţionat în altă parte, cheia este recunoaşterea faptului că acest nou tip de copii cu ADHD, sindromul Tourette şi alte variante de LD (tulburări de învăţare) aveau într-adevăr un numitor comun al hipoperfuziei lobului temporal, legat, s-ar putea argumenta, de noua idee. ne propuneam numit NIDS.
Mergând dincolo de doar studiul simptomelor şi idei şi aproximări inteligente, dar subiective, acest lucru a oferit o perspectivă logică şi obiectivă pentru a înţelege aceste tulburări şi, cel mai important, a privi obiectivele reale de tratament pentru aceşti copii. (Din nou, faptul că sistemul nostru medical continuă să urmărească tratament subiectiv şi medicamente pentru aceşti copii ar trebui să fie intolerabil pentru toţi părinţii copiilor afectaţi de aceste tulburări.)
Deşi m-am opus, în general, folosirii medicamentelor stimulatoare pentru ceva ce am numit hiper ADD şi, deşi nu m-am simţit niciodată confortabil să nu înţeleg cum funcţionează, se pare că în unele situaţii ar fi putut ajuta acel copil cu hiper ADD „clasic”. Acestea fiind spuse, şansele de a ajuta noul tip „mixt” sau liniştit de ADD prin aceste metode nu sunt doar extrem de scăzute, ci, teoretic, pot provoca daune pe termen lung. Pe baza NeuroSPECT, după cum sa menţionat, copilul din clasa iniţială ADD a avut prea *multă* funcţie, cu flux sanguin crescut în lobii frontali. Deşi rămân în general opus utilizării lor, s-ar putea argumenta că medicamentele stimulatoare, cu acţiunea lor vasoconstrictivă acum recunoscută (la fel ca cocaina şi amfetaminele), au avut un loc limitat în tratamentul acestor tipuri de copii. Unul era potenţial scăderea fluxului de sânge către acei lobi frontali fierbinţi, cu, se speră, efecte negative minime asupra lobilor temporali cheie. Problema este că, chiar şi astăzi, este greu de conceput ca „consumul de cocaină” pe termen lung (adică efectele medicamentelor pe bază de ritalin sau amfetamine astăzi) să fie vreodată sănătos pentru creier. De fapt, în timp ce eram la facultatea de medicină, aceste medicamente stimulatoare „superioare” care calmau copiii hiperactivi nu erau recomandate adolescenţilor sau adulţilor. Am fost avertizaţi să nu le folosim la adolescenţi sau adulţi.
Cum se face că acestea sunt utilizate în mod curent la adolescenţi şi adulţi astăzi? În loc să folosim medicamente stimulatoare ca superioare prescrise pentru un creier aparent obosit, poate că este timpul să întrebăm de ce aceşti pacienţi sunt obosiţi şi de ce au probleme în a rămâne concentraţi. Dacă am face-o, poate am înţelege că ne uităm la o tulburare medicală, nu la tulburarea de dezvoltare de acum zeci de ani. La fel ca autismul, iar acum tulburarea din spectrul autismului, am extins aproape exponenţial etichetele (pe baza combinaţiilor de simptome), mai degrabă decât să ne uităm la o adevărată tulburare sau problemă medicală, bazată fiziologic.
Problema a fost în curând destul de evidentă. Abordând categoriile în expansiune de ADHD într-o manieră neclintită, folosim medicamente stimulatoare (deşi unii experţi încep să se schimbe în sfârşit) pentru aceste noi tipuri de ADD, la fel ca şi hiper-ADD. La aceşti copii, s-

ar putea argumenta mai întâi teoretic, folosind un vasoconstrictor (care provoacă o îngustare a arterelor), precum un medicament stimulant, în special fără un ISRS sau alt suport pentru lobii temporali, ar putea duce foarte probabil la o disfuncţie netă a educaţiei continue. şi chiar o scădere a potenţialului IQ, prin încetinirea sau întârzierea funcţiilor lobului temporal deja scăzute.
Din păcate, probabil că aceste preocupări nu mai sunt inactiv sau doar teoretice, pentru că, dacă te uiţi la statisticile din această ţară, acum există o scădere recunoscută a potenţialului IQ al copiilor de la multe niveluri de clasă. Câţi adolescenţi (poate la acea vârstă încă mai mulţi băieţi decât fete) nu sunt cu adevărat sănătoşi, nu sunt suficient de energici sau ageri pentru a se împinge cu adevărat să exceleze? Câţi fac parte din rata în creştere a abandonului liceului? Dacă ajung la facultate, câţi dintre aceşti tineri adulţi nu sunt capabili să funcţioneze într-un mediu de facultate, după ce au urmat liceul cu medicamente stimulatoare, poate părând să se descurce bine, dar probabil că le lipsesc multe instrumente cognitive cheie pe care ar fi trebuit să le fi dezvoltat mai departe sau mai bine? Ceea ce este bine şi rău aici este că, cu mulţi ani de perspectivă şi studii ştiinţifice bune, ştim acum că creierul este mai flexibil decât ne-am imaginat - capabil să dezvolte ani dincolo de ideile vechi, liniile de timp vechi. Este la fel de corect să spunem că nu ne naştem cu un creier de cinci sau zece ani. Ştim de ani de zile că creierul este ca un muşchi. Pe măsură ce ne maturizăm, pe măsură ce îl folosim, dezvoltăm noi piste, perfecţionăm conexiunile pentru a deveni mai eficiente, mai rapide etc. Dincolo de faptul că nu funcţionează corect, a devenit evident că ne lipsesc puncte cheie de maturizare şi dezvoltare atunci când o zonă este închisă. jos, nu funcţionează corect. Deci, doar prin direcţionarea terapiilor adecvate putem spera în mod realist să permitem acestor zone să se redeschidă, să recâştige capacitatea potenţială şi să funcţioneze într-un mod mai sănătos. Numai atunci, pentru atât de multe dintre aceste tulburări cognitive interconectate, aveţi vreo aşteptare reală, şansă potenţială sau posibil adevărat obiectiv de a restabili funcţia şi abilităţile superioare de dezvoltare. Tot ceea ce se întâmplă are sens dacă privim asta ca pe o boală şi aplicăm ştiinţe dure.

4

O ISTORIE A CERCETĂRII MEDICALE

O REVIZIE A LITERATURII MEDICALE EXISTENTE în legătură cu cercetarea în autism dezvăluie dovezi ale unui *proces de boală medicală emergentă* la aceşti copii. De exemplu, cercetările indică faptul că autismul poate urma tulburări infecţioase care afectează sistemul nervos central, inclusiv encefalita.[1, 2, 3, 4] Mai multe studii s-au concentrat pe diferite locaţii anatomice ale disfuncţiei suspectate.[5, 6, 7, 8] Este important de reţinut că accentul este adesea pus pe lobul temporal medial. Pertinente pentru acest nou „model" de disfuncţie sunt multiplele rapoarte publicate de simptome de autism care se dezvoltă în asociere cu encefalita la copii.[9] Cele mai multe dintre aceste rapoarte citează leziuni ale lobilor temporali ca parte a constatărilor lor. Acest lucru este în concordanţă cu zonele de scădere a funcţiei identificate pe scanările NeuroSPECT, lucrând iniţial cu un Dr. Ismael Mena şi un Dr. Bruce Miller la HGH-UCLA, iar acum continuă cu Dr. Mena (la distanţă mare de Chile, nu mai puţin) şi un Dr. Michael Uszler, cu sediul în Santa Monica. Interesant este că pe parcurs am avut câţiva medici implicaţi care, cu o anumită expunere la cercetările noastre, păreau să treacă de la sceptici deschisi la oamenii de ştiinţă care recunosc existenţa unei probleme care merită cercetări şi investigaţii suplimentare. Totul se întoarce la restricţiile sistemului nostru; nu putem deschide noi răspunsuri, ajunge la înţelegere, dacă nu suntem dispuşi să folosim sau să acceptăm noi instrumente, oferind informaţii potenţial noi, obiective despre „cutia neagră" pe care am numit-o creier. Restricţionarea majorităţii studiilor, în special a studiului foarte mare, sponsorizat de NIH, care analizează un număr mare de copii şi familiile lor, la RMN, sau scanări CAT sau alte markeri şi teste pe care am fost învăţat să le folosesc acum treizeci de ani, înseamnă că, deşi avem o criză majoră şi, în timp ce vom angaja resurse majore pentru aceasta, ne vom asigura că nu putem obţine informaţii cu adevărat noi sau date noi care ar putea submina ideile vechi. Această abordare este înfricoşătoare şi ar trebui să fie de mare îngrijorare pentru alţii care caută ajutor şi potenţiale noi răspunsuri.

Noile tehnici de cercetare cresc ratele cu care secvenţele virusului herpes simplex (HSV) sunt identificate în ţesuturile lobului temporal[10, 11,] (adică, locurile care pot fi substraturi pentru diferite aspecte ale autismului). În 1975, un articol a fost publicat în *Cortex*[12] care descrie un sindrom similar cu autismul în psihiatria adulţilor. Afecţiunea implică pierderea semnificaţiei emoţionale a obiectelor, incapacitatea de a se adapta în medii sociale, pierderea recunoaşterii semnificaţiei persoanelor şi absenţa activităţii susţinute cu scop *după lezarea lobului temporal.*

Literatura de specialitate comentează, de asemenea, deficitele cognitive şi comportamentale cauzate de afectarea lobului temporal în encefalita herpetică. Există

multe rapoarte, în special în literatura britanică,[13] sugerând o conexiune cu coxsackie/enterovirusuri, în timp ce în Statele Unite s-a sugerat că multe cazuri pot fi legate de familia de virusuri herpes (adică, EBV, HHV6, HHV7, CMV etc.).[14, 15, 16, 17, 18] Nicio teorie nu a fost dovedită în mod concludent şi nici dovezile pentru o tulburare contagioasă nu au fost concludente (deşi unii au dedus-o pe baza incidentelor legate de focarele epidemice).[19, 20]). Cu toate acestea, se ştie de multă vreme că HSV la om preferă lobul temporal şi locurile limbice. O teorie se concentrează pe nervii olfactiv ca o posibilă cale de infecţie, dar cavităţile bucale pot oferi şi intrarea. În 1996, O'Meara et al. a postulat următoarele: „Inocularea pulpei dentare de murină cu HSV a infectat selectiv diviziunea mandibulară a nervului trigemen şi a provocat encefalită care afectează predominant cortexul temporal şi sistemul limbic, un model de boală similar cu HSE umană [encefalita herpes simplex]".[21]

În timp ce alte studii au implicat şi lobii temporali în patogeneza autismului,[22, 23] o asociere directă între patologia lobului temporal şi autism nu a fost încă dovedită în mod concludent. De fapt, cercetările au descoperit o varietate de leziuni în creierul „autist", în special în cerebel.[24] Aceste constatări variabile se pot datora eterogenităţii (diferenţelor) în posibilele etiologii sau efecte de timp/durată în cadrul acestui sindrom.

Deşi virusurile herpetice au o predilecţie pentru lobii temporali,[25] cursul autismului nu sugerează o infecţie acută cu virusurile herpetice tradiţionale.[26] Cu toate acestea, dezvoltarea întârziată a lobului temporal la începutul vieţii poate produce simptome diferite de cele care decurg din deteriorarea sau distrugerea lobilor anterior normali.

În rezumat, deşi nu sunt concludente, cercetările anterioare întăresc şi mai mult legătura dintre lobul temporal şi simptomele „autiste". Boucher şi Warrington au observat asemănări între deficitele comportamentale raportate la animalele cu leziuni ale hipocampului şi comportamentul autist.[27] Lezarea lobului temporal medial la pneumoencefalograme a fost raportată la un subgrup de copii cu autism.[28] Damasio şi Mauer au propus că „sindromul rezultă din disfuncţia unui sistem de structuri neuronale bilaterale care include inelul cortexului mezolimbic situat în lobii frontali şi temporali meziali, neostriatul şi grupurile nucleare anterioare şi mediale ale talamusului". Cel puţin alte două studii au implicat şi lobii temporali în patogeneza autismului.[29, 30]

5

DOVEZILE

CU INSTRUMENTE NOI ŞI MAI PRECISE şi tehnologie disponibile acum, anatomia medicală a „autismului" câştigă definiţie după ani de descoperiri contradictorii. În prezent, anomalii EEG,[1] markerii imunitari şi descoperirile NeuroSPECT susţin conceptul unui proces de boală medicală care are loc în creierul acestor copii. De exemplu, se recunoaşte în general că o constatare EEG a undelor „lente" sau a unei activităţi „anormale" a undelor cerebrale este adesea în concordanţă cu ideea unei encefalopatii/encefalită subiacente şi necunoscute.

În plus, munca în curs de desfăşurare cu NeuroSPECT întăreşte legătura dintre anomaliile fluxului sanguin şi stările neurodisfuncţionale, în special în situaţiile în care pacienţii par să aibă etiologii imune şi/sau posibile virale. Scanările NeuroSPECT captează fluxul sanguin prin anumite zone ale creierului. Fluxul sanguin se corelează cu funcţia/activitatea.[2, 3] După cum sa menţionat, scanările NeuroSPECT la copiii cu autism au arătat o scădere a fluxului sanguin în zonele temporale şi occipitale, ceea ce este în concordanţă cu rapoartele anterioare privind disfuncţia lobului temporal la astfel de copii. Modelele neurologice ale creierului corelează zonele lobului temporal drept cu abilităţile sociale şi zonele lobului temporal stâng cu procesarea vorbirii şi auditive, toate acestea fiind compromise la copiii cu autism. De asemenea, trebuie remarcat faptul că nu există o explicaţie bună pentru constatarea noastră a creşterii fluxului sanguin în lobii frontali ai unui grup de aceşti copii, ceea ce este mai în concordanţă cu ADD şi hiperactivitate. Sunt necesare cercetări suplimentare în legătură cu această constatare.

Când se monitorizează corpul emergent de dovezi legate de sistemul imunitar şi mesagerii săi interactivi, interleukinele şi citokinele, se pare că o stare dereglată a sistemului imunitar – indiferent dacă este declanşată de un virus, de o dispoziţie genetică sau de stres sau traumă intrauterin, prenatal sau neonatal – poate explica procesarea cognitivă şi alte deficite observate la unii copii cu autism. Acest concept este susţinut de lipsa anomaliilor neurologice/anatomice consecvente şi a anomaliilor metabolice la aceşti copii. Acum ştim că neuropolipeptidele numite citokine pot şi limitează fluxul sanguin al creierului în anumite condiţii. La aceşti copii, s-ar putea să ne uităm la un sistem imunitar care trimite continuu semnale pentru a restricţiona fluxul sanguin al creierului. Dacă aceasta continuă ca o reacţie autoimună (prin care sistemul imunitar continuă această cale fără niciun motiv activ pentru a face acest lucru) sau se datorează prezenţei unui proces retroviral sau a altui proces viral este deschis cercetărilor ulterioare. Cu toate acestea, conceptul unui proces de boală legat de imunitate la un număr mare dintre aceşti copii pare incontestabil în acest moment.

Mulţi copii cu autism au alergii sau intoleranţe majore la multe substanţe chimice şi alimente. În timp ce ocazional aceste reacţii se pot transforma în urticarie sau astm, efectul la majoritatea acestor copii este agravarea comportamentului de tip autist. Istoricul familial dezvăluie adesea eczeme, migrene (mai ales la mame), febra fânului, astm bronşic şi antecedente de alte tulburări, care sunt adesea mediate imun. Aceste simptome externe se pot dovedi a fi semne ale unui sistem imunitar hiper-reactiv/stresat/disfuncţional care stă la baza biochimiei acestor copii. Multe rapoarte anecdotice despre terapii de succes pentru copiii cu autism (de exemplu, gamaglobuline, diete fără alergii) pot fi explicate cel mai probabil prin conceptul de reglare a unui sistem imunitar disfuncţional şi/sau modificarea sensibilităţilor metabolice şi a disfuncţiei.

Exemple de conexiune probabilă a autismului cu stările disfuncţionale imunitare sunt văzute în următoarele:

Lucrările clinice ample din ultimii patru până la cinci ani susţin în continuare ipoteza că ne confruntăm cu o stare de boală mediată imun care afectează sistemul nervos central (SNC) la aceşti copii. Literatura de specialitate este plină de articole care conectează anomaliile sistemului imunitar de autism, ADD, ADHD, CFS şi CFIDS. Iată câteva exemple principale:

1. Mai mulţi cercetători au găsit dovezi că autoimunitatea este un posibil mecanism de a explica simptomele autismului.[4, 5, 6, 7, 8]
2. O incidenţă crescută a două sau mai multe avorturi spontane şi infertilitate[9,] precum şi preeclampsie[10] şi sângerări în timpul sarcinii[11] s-a demonstrat că apar la mamele copiilor cu autism. Există, de asemenea, mai multe studii în literatura obstetricală care conectează aceste evenimente cu producţia de autoanticorpi imunitari.
3. Au fost efectuate studii care au comparat anticorpii materni ai mamelor cu copiii lor autisti,[12] sugerând o asociere a imunităţii materne anormale cu autismul. S-au găsit şi anticorpi reactivi cu limfocitele taţilor copiilor cu autism.

Mai mulţi cercetători au arătat o interacţiune a anticorpilor materni cu trofoblastul sau antigenele de ţesut embrionar şi o reacţie încrucişată cu antigenele găsite pe limfocite.[13, 14, 15, 16]

Cercetătorii au arătat, de asemenea, o depresie semnificativă a celulelor CD4+ T helper şi a subsetului lor supresor-inductor.[17, 18] cu o frecvenţă crescută a alelei nule la locusul C4B al complementului[19] la copiii cu autism. Deoarece se ştie că modificări similare apar şi în alte boli autoimune,[20, 21] aceşti cercetători au postulat că activarea imună a unei subpopulaţii de celule T poate fi importantă în etiologia tulburării la unii copii cu autism. Notă: Mulţi dintre copiii cu autism evaluaţi în studii şi în practica mea au arătat un număr foarte mare de CD4 şi CD8, celule ucigaşe naturale (NK) scăzute sau alţi „markeri" compatibile cu disfuncţia/dereglarea imunităţii.

Anomalii ale moleculelor de adeziune celulară (NCAM)[22] au fost raportate .

S-au observat anticorpi la proteinele axonale neurofilamentare (NFAP) la copiii cu autism[23] şi au fost raportate în boli neurotrope cu „virus lent" (kuru şi boala Creutzfeldt-Jakob) la adulţi.[24] Alte studii[25, 26] au sugerat o asociere a unui agent infecţios (virus lent) în etiologia acestor boli. Aceasta este considerată o dovadă indirectă că unele cazuri de autism pot fi asociate şi cu conceptul de virus lent.

S-a raportat reactivitatea imunoglobinei serice anti-sistemul nervos central care a fost direcţionată în mod specific împotriva cerebelului.[27]
Un mic procent de copii cu autism cu anomalii imunologice demonstrabile şi-au normalizat simptomele autiste prin tratament cu imunoglobuline intravenoase.[28, 29] Acest rezultat arată că anomaliile imune pot provoca autism la un subgrup de copii şi că autismul dobândit poate fi tratat eficient.
Singh şi colab. a emis ipoteza că autoimunitatea secundară unei infecţii cu virus poate explica cel mai bine autismul la unii copii.[30] Virusul rubeolic congenital[31] şi citomegalovirusul congenital[32] au fost implicaţi indirect ca factori cauzali ai autismului.
Având în vedere acest sprijin şi mult mai mult din literatura de cercetare medicală, conceptul de dereglare imună ca proces de boală medicală în disfuncţia neurocognitivă a copilăriei este o realitate emergentă. Acest concept ar putea explica cu uşurinţă o parte semnificativă a creşterii diagnosticelor neurocognitive în ultimii douăzeci până la treizeci de ani. Indiferent dacă etiologia acestei disfuncţii este legată de factori de mediu (de exemplu, epuizarea stratului de ozon, toxine locale etc.), retrovirusuri noi sau virusuri stealth, spongiformi sau de altă natură (sau răspunsuri virale modificate), avem acum o ipoteză medicală care poate facilitează definirea subgrupurilor clinice şi conduc la tratamentul acestor pacienţi fără a determina mai întâi originea sau etiologia exactă/specifică.
Dacă există într-adevăr o etiologie infecţioasă, aceasta poate fi la fel de obişnuită ca răceala sau atât de rară încât nu am dezvoltat încă instrumentele pentru a o identifica sau studia. Fie că este prezent un agent în curs de desfăşurare, fie că organismul rămâne pur şi simplu într-o stare disfuncţională, pare probabil că ne confruntăm cu un fenomen/boală care are multiple etiologii, multiple origini şi diverse manifestări clinice. În acest moment, ele par legate de o disfuncţie imună sau de o posibilă stare mediată de virus. Predispoziţia genetică la acest sindrom poate avea o mare legătură cu motivul pentru care anumiţi indivizi suferă de aceste simptome. Cu toate acestea, trebuie să începem să considerăm aceste expresii aparent eterogene ca fiind legate şi potenţial tratabile prin calea comună a unei stări disfuncţionale imune/dereglate SNC. De exemplu, într-un studiu[33] privind sindromul de oboseală cronică (SFC), dr. Mena şi cu mine am raportat o scădere semnificativă a fluxului sanguin atât în lobii temporali, cât şi, într-o măsură mai mică, parietali la copiii care suferă de SFC şi sindromul de disfuncţie imunitară prin oboseală cronică (CFIDS). Aceste constatări sunt similare cu cele observate anterior la copiii cu autism dobândit.
Ipoteza bolii medicale ASD a început să ia formă în anii 1980, când mai mulţi cercetători au găsit dovezi că autoimunitatea era un posibil mecanism de a explica simptomele autiste.[37, 38, 39, 40, 41] De la aceste observaţii iniţiale, corpul de dovezi a crescut dramatic – vedeţi această declaraţie de pe site-ul web al Departamentului de Neurologie Johns Hopkins (decembrie 2009):
Dovezile actuale sugerează că anomaliile neurobiologice în autism sunt asociate cu modificări ale organizării citoarhitecturale şi neuronale care pot fi determinate de factori genetici, de mediu, imunologici şi toxici. Deoarece neuroglia are roluri centrale în timpul dezvoltării creierului, organizării corticale, funcţiei neuronale şi răspunsurilor imune, emitem ipoteza că neuroglia poate contribui la patogeneza autismului în mai multe moduri:

Neuroglia poate fi disfuncţională în timpul procesului de organizare neuronală şi

plasticitate a structurilor corticale şi subcorticale, o schimbare care poate contribui la anomaliile neuropatologice observate în autism.

Neuroglia poate reacţiona la factori extrinseci, cum ar fi răspunsurile imune sistemice, toxine sau infecţii, şi poate produce tulburări în micromediul SNC care facilitează dezvoltarea reacţiilor mediate imun.

Activarea neuroglială anormală poate fi prezentă la pacienţii cu autism din cauza susceptibilităţii genetice la inflamaţie, o modificare care poate duce la anomalii în interacţiunile neurono-neurogliale.

Activarea neuroglială poate declanşa dezvoltarea răspunsurilor imune celulare sau umorale care duc la disfuncţie neuronală/neuroglială.

1. Răspunsurile imune sistemice pot declanşa reacţii patogene anormale în neuroglia.

Abordările noastre experimentale includ studiul ţesuturilor cerebrale obţinute de la pacienţii cu autism, determinarea profilului citokinelor şi chemokinelor şi caracterizarea reacţiilor mediate imun în regiunile corticale şi subcorticale ale creierului autist. Înţelegerea în continuare a rolului neurogliei şi al reacţiilor imune în neurobiologia autismului poate contribui la proiectarea intervenţiilor terapeutice care minimizează anomaliile neurologice şi comportamentale care apar în această boală.
Cercetarea piatra de temelie a fost publicată în două reviste **(** „Brain Inflammation Is a Sign of Autism", *Annals of Neurology* , 15 noiembrie 2004; 01:18 şi „Immunity, Neuroglia and Neuroinflammation in Autism," *Internet Review of Psychiatry* , decembrie 2005; 17 [6]: 485–495). Studiul a demonstrat prezenţa activării neurogliale şi a sistemului neuroimunitar înnăscut în ţesutul cerebral şi lichidul cefalorahidian al pacienţilor cu autism, constatări care susţin opinia că anomaliile neuroimune apar în creierul pacienţilor cu autism şi pot contribui la diversitatea fenotipurilor autiste.
Iată mai multe alte studii care indică aproape incontestabil că NIDS (sau o encefalopatie mediată imun) joacă un rol la copii şi adulţi acum etichetaţi TSA:
Ştiinţa a raportat în octombrie 2009 că un retrovirus relativ nou, XMRV, a fost identificat într-o proporţie mai mare decât normală de pacienţi cu CFS şi a raportat, de asemenea, constatări similare pentru persoanele cu autism, scleroză multiplă atipică şi fibromialgie („Detecţia unui retrovirus infecţios). , XMRV, în Blood Cells of Patients with Chronic Fatigue Syndrome," *Science* Magazine New York, New York, publicat online, 8 octombrie 2009).
În februarie 2009, *Journal of Neuroimmunology* a publicat un studiu care a concluzionat că pacienţii cu TSA au prezentat un răspuns imun înnăscut şi adaptativ crescut prin calea Th1, sugerând că inflamaţia localizată a creierului şi tulburarea autoimună pot fi implicate în patogeneza TSA („Răspunsul imun crescut în the Brain of Autistic Patients," *Journal of Neuroimmunology.2009* Feb 15: 207 [1–2]: 111–6 Epub 2009 Jan).
Aceste studii din 2007 au măsurat prezenţa autoanticorpilor (direcţionaţi împotriva antigenelor neuronale) la pacienţii cu TSA şi au explorat posibilul rol al autoimunităţii în patogenia ASD („Brain-Specific Autoantibodies in the Plasma of Subjects with Autistic Spectrum Disorder," Annals of the *New Academia de Ştiinţe din York* , iunie 2007; 1107:92–

103 şi „Autoantibodies in Autism Spectrum Disorders", *Annals of the New York Academy of Science* , 2007 iunie: 1107:79–91).

- În timpul embriogenezei, VIP nereglementat poate avea consecinţe majore şi permanente asupra formării creierului şi poate fi un factor participant la tulburările de neurodezvoltare. VIP a fost legat de autism, sindromul Down şi sindromul de alcool fetal („Vasoactive Intestinal Peptide in Neurodevelopmental Disorders: Therapeutic Potential," Current Pharmaceutical Design. 2007 13[11]: 1079–89).
- Această cercetare indică faptul că există potenţialul ca activitatea imunitară aberantă în timpul perioadelor vulnerabile şi critice de neurodezvoltare să poată participa la generarea disfuncţiei neurologice caracteristice ASD („Răspunsul imun în autism: o nouă frontieră pentru cercetarea în autism," Journal of Leucocyte Biology *)* . 2006 80[1]: 1–15. Epub 12 mai 2006).
- În această revizuire din 2006, anomaliile imune sunt, de asemenea, observate frecvent în această tulburare. Având în vedere rolul 5-HT ca imunomodulator, sunt explorate posibile conexiuni între 5-HT şi anomaliile imune în autism („Hyperserotoninemia and Altered Immunity in Autism," Journal of Autism and Developmental Disorders. 2006 iulie 36 [5]: *697–704*) .
- Prezenţa atât a BDNF AA, cât şi a nivelurilor crescute de BDNF la unii copii cu autism şi tulburare dezintegrativă a copilăriei sugerează o interacţiune nerecunoscută anterior între sistemul imunitar şi BDNF („Brain-Derived Neurotrophic Factor and Autoantibodies to Neural Antigens in Sera of Children with Autism Spectrum Disor). , Landau-Kleffner Syndrome, and Epilepsy," Biology Psychiatry. 2006 februarie 15; 59(4): 354–63. Epub 21 septembrie 2005).
- Două disfuncţii imune principale în autism sunt reglarea imună care implică citokine proinflamatorii (agenţi imunomodulatori) şi autoimunitatea. Studiile care arată un nivel crescut de anticorpi specifici creierului în autism susţin un mecanism autoimun. Virușii pot iniția procesul, dar activarea ulterioară a citokinelor este factorul dăunător asociat cu autismul.[34]

Printre principalele anomalii ale sistemului imunitar raportate:

Modificări ale celulelor T (şi funcţiei celulelor T)
CD4/CD8—creştere/scădere
Celule NK scăzute (şi crescute) Celulele
B—creştere/scădere
Creşterea celulelor T DR+
Creşterea receptorilor de interleukină-2
Scăderea răspunsului la mitogen
Receptorii
modificaţi întârziaţi Hipersensibilitate
Anticorpi la serotonină la elementele neuro

Pe baza dovezilor prezentate aici, cred că dezvoltarea unui accent pe interrelaţia dintre autism, ADD, ADHD, CFS, CFIDS şi alte afecţiuni imuno-modulate este o cheie pentru a ajuta

grupurile de aceşti copii în moduri niciodată posibile până acum. Dacă putem aborda partea fiziologică a disfuncţiei la aceşti copii (indiferent de etiologia sa specifică), terapia educaţională, consilierea, tehnicile de studiu şi majoritatea/toate celelalte terapii curente au o probabilitate mult mai mare de succes. În plus, cercetările axate pe dezvoltarea şi iniţierea de noi terapii pentru „autism" vor fi probabil utile în tratarea acestor alte tulburări ale copilăriei interdependente.

Convulsii — Relaţia cu virușii, atacurile imune asupra creierului

Cu ani în urmă, la facultatea de medicină, am fost învăţaţi că un anumit număr de pacienţi pediatrici urmau să aibă convulsii febrile. De altfel, se presupunea că sunt sănătoşi şi ar progresa pentru a se dezvolta corect şi, în esenţă, ar depăşi tendinţa lor la „crize febrile". Majoritatea crizelor, chiar şi în copilărie mai târziu, au fost considerate idiopatice (din cauza necunoscută).

În ultimii câţiva ani, pe lângă toţi copiii diagnosticaţi acum ca având „autism cu convulsii", am început să întâlnesc părinţi de copii care prezentau o sută sau mai multe crize pe lună, uneori o sută pe săptămână. După cum vă va spune orice medic, atâtea convulsii din copilărie ar fi de obicei diagnosticate ca o tulburare neurologică (nu psihiatrică) numită epilepsie. Totuşi, spre surprinderea şi consternarea mea, aceşti părinţi erau tulburaţi, la fel de pierduţi ca şi părinţii copiilor „autişti", pentru că li se spuneau de către cei mai buni neurologi pediatri din ţară că crizele copiilor lor sunt idiopatice.

Ştiam că există un număr tot mai mare de dovezi bune, evaluate de colegi, că o nouă familie de virusuri herpes de ordin superior, HHV-6, HHV-7, HHV-8 şi altele, nu erau asemănătoare virusurilor herpes simplex, atât de mulţi dintre noi am fost. a predat la facultatea de medicină. Aceşti viruşi doreau să ajungă la creier, dar spre deosebire de modelele anterioare, de predarea anterioară, mocneau la un grad scăzut (sub radar - pe furiş). Din moment ce nu mi s-a spus niciodată că un virus care trăieşte pe creierul meu este bun pentru mine, pe lângă explicaţia pentru disfuncţia neurologică care evoluează la adulţi şi apoi la copii, ideea de viruşi era o explicaţie perfectă pentru convulsii crescute. După cum se menţionează mai jos, adăugarea sistemului imunitar în sine care atacă creierul a completat o imagine, compatibilă cu predarea şcolii de medicină, a ceea ce ni sa spus că sunt „focare iritabile". Când se declanşează inadecvat, creierul ar putea să se declanşeze nepotrivit în general, creând o criză!

Pregătindu-mă să ţin o discuţie cu aceşti părinţi, am fost uimit, apoi consternat, că în reviste medicale evaluate de colegi care vorbeau despre convulsii, literatura nu era doar plină de neuroimun, chemokine, citokine, ci şi din literatura de specialitate cel puţin 25 sau poate la fel. 40% dintre aceşti copii aveau dovezi pentru virusurile herpesului în creier, în special în lobii temporali. Conceptul de lobi temporali, virusuri herpetice şi focare de convulsii a fost consolidat de-a lungul anilor prin constatările confirmate în mod repetat privind autopsiile la copii şi adulţi. După cum sa menţionat mai sus, ştim că HHV-6 şi viruşii înrudiţi ajung la creier. O constatare foarte deranjantă în literatură a fost faptul că forme latente (30 la sută) şi active (12 la sută) de HHV-6 au fost găsite în creierele pediatrice presupus „normale" la autopsie. Articolul a susţinut cu fermitate ideea că „tropismul glial şi localizarea anatomică a HHV-6 pot avea implicaţii importante în patogeneza bolii". Cum putem spune atât de mulţi părinţi că crizele copiilor lor sunt idiopatice şi acceptă să lipsească atât de multe

motive probabile şi agenţi patogeni? Din nou, printr-un sistem care nu doreşte să pună nicio valoare „marker" titrurilor crescute, cu erorile sondelor PCR (care vor fi pozitive uneori, dar nu în mod constant), fără biopsii cerebrale, cum verificăm, dovedim ce ar trebui să fie evident clinic pentru mulţi până acum?
Folosind NeuroSPECT de mulţi ani, a devenit evident că zonele „împrăştiate" de disfuncţie, vasculita fie cu flux crescut, fie cu debit scăzut, au apărut în zone care nu puteau fi corelate cu căile sau căile existente în creier. Descoperirile de-a lungul multor ani sunt doar în concordanţă cu ideea unui virus împrăştiat care trăieşte în/iritând creierul şi/sau sistemul imunitar care atacă acele zone sau alte zone împrăştiate ale creierului.
Notă de caz: O fetiţă de zece ani, care se prezintă cu epilepsie şi autism, avea celule NK de 2,8 la sută, o rată de sedimentare de unu. Doar cu acele descoperiri, indiferent de alte părţi ale istoriei ei, probabilitatea ca ea să fie într-o stare neuroimună, să aibă un sistem imunitar stresat şi o probabilitate copleşitoare de activare virală a fost un lucru sigur din punct de vedere clinic. Oricare ar fi motivul iniţial sau insulta, aceasta spunea că se întâmplă ceva din punct de vedere medical cu care probabil eram familiarizat şi probabil că aş putea încerca să ajut acest pacient. Sunt încântat să spun, peste un an mai târziu, odată cu Abordarea Goldberg (vezi capitolul 7), convulsiile sunt aproape inexistente, medicamentele negative sunt mai mici sau eliminate şi ea începe să înflorească din punct de vedere educaţional şi fizic, aşa cum nu a putut niciodată înainte.
Analizând literatura despre convulsii, s-a dovedit că există multe articole care susţin rolul potenţial al virusurilor legate de herpes, inclusiv un număr despre rolul probabil al HHV-6b în epilepsie, encefalită limbică, miocardită, encefalită, convulsii febrile şi SM.
Notă clinică: În calitate de medic pediatru general, înainte de a mă specializa, am aflat că HHV-6 nou identificat, cauza comună a rozolei la copii, era posibil legat de convulsii febrile. Multe articole susţineau aceste idei, aceste conexiuni, dar devenea evident, chiar şi pentru neurologii pediatri din universităţi, aceasta era o direcţie pe care nu o urmau. Este demn de remarcat faptul că deseori articolele se referă la lipsa modificărilor inflamatorii convenţionale, ceea ce pentru mine susţine complet ideea de neuroimunitate prezentată în această carte.
Cu literatura de specialitate care validează faptul că multe convulsii febrile apar fără conceptul anterior de creştere rapidă a temperaturii, înţelegând că multe dintre acestea nu mai sunt benigne, că mulţi sunt precursori ai epilepsiei adevărate, a tulburărilor de convulsii potenţial de-a lungul vieţii, terapia şi prevenirea medii trebuie să veniţi în prim-plan, nu doar aşteptarea vigilentă; aceste crize „idiopatice" nu mai sunt poate cu adevărat benigne.
Alături de articolele multiple sau diferitele roluri ale sistemului imunitar şi anomalii ale chemokinelor şi citokinelor legate de convulsii a venit o descoperire foarte interesantă. În literatura de specialitate „epilepsie şi convulsii", articolele au arătat o legătură directă între conceptul de inflamaţie periferică care mediază sau duce la alterarea excitabilităţii SNC.[35] [36]
S-a demonstrat că la un şoarece sau şobolan care i s-a administrat o substanţă chimică care provoacă inflamaţia GI, o susceptibilitate crescută la convulsii „s-a corelat puternic cu severitatea şi progresia inflamaţiei intestinale". Dacă nu ne uităm la controale dietetice adecvate, dacă oferim suplimente impure sau agenţi care pot fi alergeni pentru un copil, cât de mult rău va fi făcut? Mai rău, recunoaşterea inflamaţiei GI care duce la inflamarea

creierului confirmă o altă cauză probabilă, pe lângă doar virală, pentru creşterea disproporţionat de mare a convulsiilor la copiii „autişti”?
Această zonă necesită imediat o investigaţie pediatrică completă. Din neatenţie, mulţi părinţi pot fi rugaţi să facă lucruri care nu numai că nu ajută, dar pot contribui la creşterea disfuncţiei şi morbidităţii pe termen lung. Deşi sunt frustraţi (cel puţin) de eşecul cercetătorilor actuali de a recunoaşte că autismul în trecut nu avea, în esenţă, *nicio* asociere cu convulsii; acum, când 35-40% dintre copiii cu „autism” sunt predispuşi la convulsii, cât va mai dura până să ne dăm seama că nu există nicio relaţie între ceea ce se întâmplă acum şi orice am crezut că a fost în trecut?
În literatura despre convulsii, ei caută deja modalităţi creative de a reduce inflamaţia şi de a bloca sau de a preveni atacurile asupra creierului, continui să cred că în această specialitate medicală, făcând un pas înapoi, privind imaginea de ansamblu a acelui copil şi a lui sau ei. sănătatea generală, imunitatea şi creierul ar putea fi un mare pas înainte.
De la o tulburare numită „autism” în anii 1940 şi 1950, fără nicio legătură cu crizele la copiii care prezentau atunci, până la afirmaţia de rutină conform căreia 35-40% dintre aceşti copii de astăzi pot dezvolta convulsii, este o constatare suplimentară foarte mare că ar trebui să demonstreze clar că acesta nu este autismul Dr. Kanner.

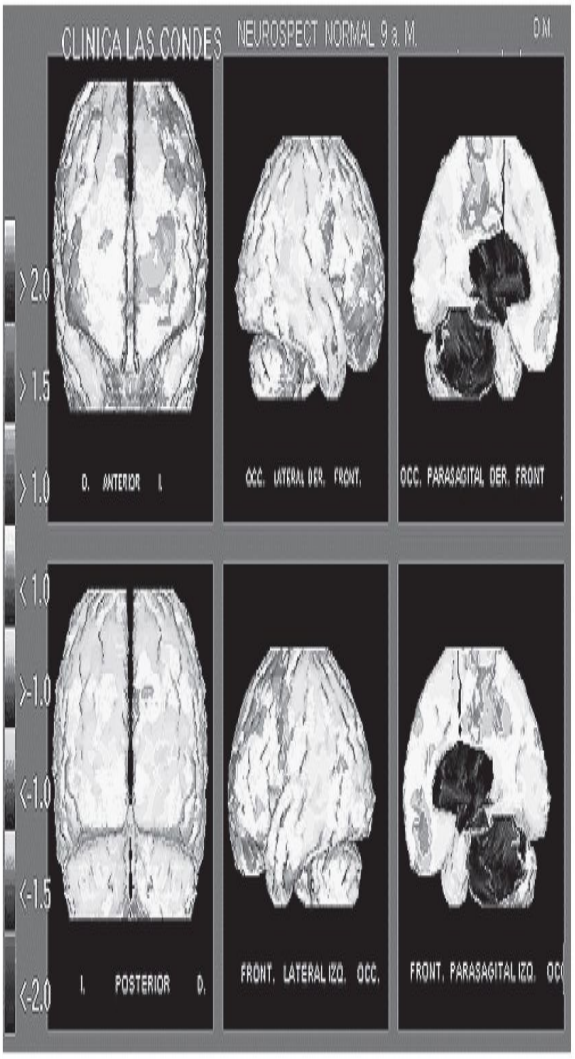
Hipofiza - Creştere hipotalamică

De-a lungul anilor, în concordanţă cu lumea medicală care a documentat o creştere semnificativă a tulburărilor tiroidiene la adulţi şi copii, a tulburărilor de creştere la copii şi a altor tulburări hipofizare/endocrine în general, a venit recunoaşterea şi înţelegerea faptului că descoperirile privind NeuroSPECT, neuroimun-mediated. oprirea fluxului sanguin şi a funcţiei care se desfăşoară în lobii temporali ai creierului ar putea începe să explice o parte din disfuncţia endocrină în creştere care avea loc. În special, acest lucru ar putea explica numărul tot mai mare de cazuri pe care endocrinologii pediatri le-au văzut şi le-au numit „atipice”. În urmă cu mai bine de un deceniu, am avut o discuţie foarte interesantă cu endocrinologii pediatri de top cu privire la pacienţii reciproci care aveau probleme de creştere „derutante”. Marcajele/descoperirile pituitare ar putea avea sens dacă s-ar gândi la sistemul general „hipofizar-hipotalamic” ca nu rupt, ci disfuncţional – din fericire, acest lucru era logic pentru ei.
Pentru un medic pediatru, mereu conştient de creşterea şi dezvoltarea unui copil, conştient de markerii aşteptaţi sau modalităţi de a detecta disfuncţia, a devenit evident că nu numai că există probleme reale pentru copiii din disfuncţia GH (hormonului de creştere), dar aşa cum aş sfătui frecvent. un părinte al cărui copil era evaluat, dar despre care ştiam că are NIDS, probleme neuroimune, că doar un test „static” al funcţiei hormonului de creştere ar fi adesea normal, când unul stresat sau dinamic ar fi anormal. Acest lucru devine logic în ceea ce priveşte un sistem care nu este stricat, dar este disfuncţional.
De-a lungul anilor, ideea de autoimun, disfuncţional, dar nu rupt a fost ilustrată de învăţătura clasică a tiroiditei şi capacitatea acesteia de a avea ca rezultat creşterea şi/sau scăderea funcţiei, în funcţie de procesul bolii şi de nivelurile de activitate. Aceasta nu a fost învăţătura pentru multe dintre ceea ce am numit tulburări hipofizare, dar acum conexiunea neuroimună poate începe să explice multe din ceea ce a fost cu siguranţă nedumerit pentru pacienţii pediatrici şi endocrinologii lor.

6

NEUROSPECT: UN NOU INSTRUMENT

Un NOU INSTRUMENT DE DIAGNOSTIC PENTRU ÎNȚELEGEREA creierului a apărut în ultimele două decenii, numit NeuroSPECT. SPECT înseamnă *tomografie computerizată cu* misiune unică de *fotografii* . _ Este un studiu sofisticat de medicină nucleară care privește direct fluxul sanguin cerebral din creier și indirect activitatea creierului.



O scanare NeuroSPECT normală

Cum functionează?

Un izotop radioactiv este injectat în vena pacientului şi apoi trece prin fluxul sanguin şi este preluat de receptorii din creier. O cameră de ultimă generaţie, concepută pentru a detecta unde a intrat compusul în creier, captează aceste imagini şi, împreună cu un computer, creează hărţi fluxul sanguin, care se corelează direct cu activitatea creierului. Cu alte cuvinte, acum putem asista la schimbări ale funcţiei crescute şi scăzute în diferite zone ale creierului, inclusiv în adâncul creierului. În timp ce acum scanările PET pot oferi şi idei de funcţionare, până în prezent, NeuroSPECT este considerat a fi în mod constant mai obiectiv şi mai reproductibil în general (în special cu noul software computerizat).

Ce înseamnă acest lucru?

Toată lumea este deja familiarizată cu scanările CAT şi RMN. Aceste scanări oferă imagini ale unui creier static şi anatomiei acestuia; sunt grozave pentru a vedea excrescenţe şi răni, dar nu sunt utile pentru a vedea activitatea (fluxul de sânge) într-un creier care funcţionează - cu alte cuvinte, cum funcţionează creierul. Comparând imaginile SPECT ale creierelor sănătoase cu creierele disfuncţionale, putem identifica cu exactitate procesele bolii care au loc în creierele stresate imun. Aceste scanări SPECT luminează astfel de disfuncţii ale sistemului neuroimunitar, cum ar fi tulburarea de deficit de atenţie (ADD), autismul şi sindromul de oboseală cronică. Putem vedea în sfârşit ce nu merge bine, ceea ce contribuie enorm atât la înţelegerea noastră, cât şi la dezvoltarea planurilor de tratament care pot trata aceste probleme. Mai mult, putem rescana după o perioadă adecvată de timp pentru a vedea dacă aceste tratamente au fost eficiente, oferind astfel validarea fizică a eficacităţii diferitelor tratamente!

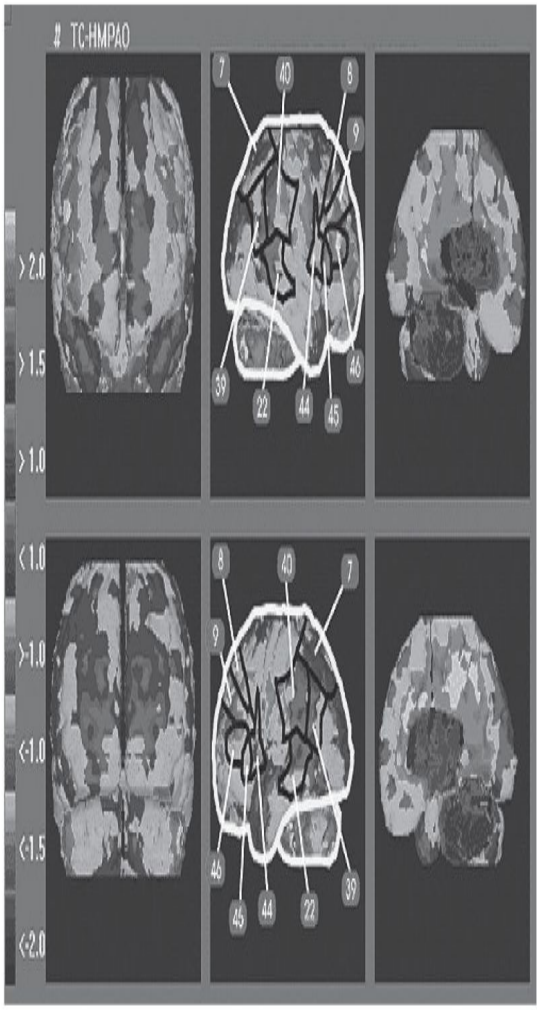


Un copil care se descurcă foarte bine, cu „The Goldberg Approach™" (încă o oarecare hiperență frontală)

Impact

Aceasta este o premieră în istoria omenirii. Creierul a fost o cutie neagră care stă în vârful gâtului nostru, responsabilă de tot şi un mister complet, pentru că nu puteam vedea în el. Am făcut progrese în ultimii ani cu instrumente precum scanările CAT şi scanările PET şi RMN-urile. Dar aceasta este prima dată când putem corela fizic activitatea creierului cu comportamentul. Acum putem *vedea* părţile creierului care sunt disfuncţionale şi, prin urmare, dacă aveţi ADD-HD, dacă copilul dumneavoastră are autism, dacă partenerul dumneavoastră suferă de sindrom de oboseală cronică, putem vedea cum se manifestă acea boală în creier. În timp ce dezbaterile continuă între susţinătorii PET şi susţinătorii

NeuroSPECT, pentru moment, SPECT continuă să aibă un avantaj în reproductibilitate şi obiectivitate pentru aceste tipuri de tulburări.
Cu Dr. Ismael Mena şi Dr. Bruce Miller, am avut o oportunitate unică, care de obicei nu este posibilă în afara unui cabinet privat. Când am început să mă uit la aceste tulburări, a devenit evident că legătura comună cu creierul era sistemul imunitar. În calitate de clinician, voi afirma cu tărie că nimic altceva nu ar putea avea sens şi lega diferitele prezentări împreună, cu excepţia unui numitor comun, sistemul imunitar-creier. Acest concept a fost susţinut ferm când, la prima întâlnire organizaţională DAN din Dallas, în 1995, l-am urmărit pe dr. Sudhir Gupta, un imunolog pentru adulţi puternic certificat, urcându-se la tablă şi tăiând mai multe săgeţi care se refereau la corp şi la căile presupuse, părăsind numai: *creier—sistem imunitar.*
Când l-am întâlnit pe Dr. Mena şi am devenit conştient de munca sa avansată cu imagistica NeuroSPECT, a fost sfârşitul oricărei alte dezbateri. NeuroSPECT a arătat în mod obiectiv fluxul de sânge în creier, care se traduce cu exactitate în funcţie. Ca medic privat, am putut trimite copii şi câţiva adulţi pentru scanări, proceduri aprobate chiar şi de planurile de asigurare Blue Cross-Blue Shield la acea vreme, care ar fi fost considerate „experimentale" şi probabil niciodată autorizate dacă lucram într-o universitate. poziţie. Şi nu voi uita niciodată când l-am cunoscut pe doctorul Bruce Miller, considerat un lider mondial, un geniu în demenţa adultă. A făcut treizeci şi trei de scanări ale copiilor care prezentau „autism" (majoritatea studiilor de cercetare fac zece sau douăsprezece scanări) şi i-a separat ca uşoare, moderate sau severe, apoi mi-a spus ce funcţionează şi ce nu funcţionează în fiecare caz – toate fără întâlnirea cu un singur copil. Acesta a fost sfârşitul dezbaterii mele cu privire la validitatea şi utilitatea acestor scanări.



NeuroSPECT – identificarea zonelor de disfuncţie – un copil cu „autism”

Datorită acestei lucrări timpurii, dr. Mena şi cu mine am avut experienţa norocoasă de a obţine scanări (în cele din urmă mai mult de 130) la copiii cu „autism” înainte de a fi supuşi multor terapii anecdotice, potenţial dăunătoare, care se fac astăzi. Aceşti copii „curaţi” au fost în mod remarcabil în concordanţă atât cu adulţii care se prezentau cu CFS/CFIDS, cât şi cu adolescenţii şi copiii care se prezintă acum cu ADHD mixt şi liniştit. Constatarea cheie repetitivă a fost hipoperfuzia, scăderea funcţiei în zonele cheie ale lobilor temporali explicând o mare parte din această disfuncţie la adulţi şi apoi la copii, cu modele care erau în concordanţă doar cu un proces neuroimun, de tip boală, nu cu o tulburare metabolică sau congenitală.

Dr. Mena a remarcat, de asemenea, un fenomen de „hiperfrontalitate” (creşterea fluxului sanguin în lobii frontali), care a fost frecvent la copiii mici, o constatare de rutină la copilul de modă veche hiper-ADD. A devenit rapid evident că cheia „neuroimunităţii” a fost închiderea evidentă a fluxului sanguin, închiderea funcţiei.

Acest lucru se compară cu ceea ce se întâmplă atunci când un copil sau un adult are o infecţie răceală/respiratorie superioară, un virus despre care ştim că nu ajunge la creier.

Ne vom simți „zona”, „spațial”, obosit și dureros. Acesta este sistemul nostru imunitar care oprește fluxul de sânge către părți cheie ale creierului (lobii temporali, sistemul limbic, amigdala) pentru a le „proteja”. Apoi, când ne-am revenit, patru până la șapte zile mai târziu, acele zone se deschid din nou, sistemul imunitar se calmează și ne simțim mai bine fizic și psihic.
La scanarea adulților și apoi a copiilor care au făcut multe terapii anecdotice și propuse, a devenit foarte deranjant să găsești fie zone difuze de hipoperfuzie, fie zone multiple de hiperperfuzie în zone ale creierului care până la acel moment se prezentau întotdeauna ca normale, nu direct. afectate de acest proces de boală în sine. Pentru mine, a fost o confirmare foarte supărătoare, dar izbitoare, că a face lucruri într-o manieră aleatorie pentru întregul creier (sau corp), a face proceduri care nu ar fi niciodată considerate fiziologice la un copil (sau adulți), nu numai că este puțin probabil să ajute, dar are și posibilitatea de a crea un prejudiciu sau disfuncție suplimentară.
NeuroSPECT: Evaluarea distribuției Abnorma1 a Rcbf la CFIDS versus „copiii cu sindrom autist”.

Michael Goldberg, Ismael Mena, Bruce. Miller și Carmen Thomas.
Departamentul de Medicină Nucleară, Centrul de imagistică, Centrul medical Harbour UCLA, Torrance, CA [36].

Studiul a fost realizat pentru a compara descoperirea noastră preliminară NeuroSPECT la douăzeci și cinci de copii diagnosticați cu „sindrom autist/PDD” cu treisprezece copii scanați anterior cu CFS/CFIDS. Aceasta a fost comparată cu o bază de date obișnuită.

În descoperiri, punctele care s-au remarcat au fost că copiii „autiști” au avut adesea un flux sanguin crescut în lobii frontali (o parte din aceasta poate fi fiziologică la copiii mici) și au existat zone de flux caracteristic scăzute în lobii temporali și occipitali și cerebel. . Aceste modificări au fost semnificative în comparație cu valorile normale. Interesant, comparativ, copiii cu CFIDS au prezentat, de asemenea, hipoperfuzie a lobului temporal (după cum s-a menționat anterior, un punct cheie, semnul distinctiv literal al acestei tulburări), împreună cu scăderea fluxului în lobii parietali și o parte a lobilor frontali.

Cu această perspectivă izbitoare, a fost concluzia noastră „că observația comună a hipoperfuziei lobului temporal la adulți și copii cu CFS/CFIDS, poate defini „autismul” ca o tulburare a relațiilor afectate cu mediul înconjurător determinată de hipofuncția temporală care conduce ca un consecință a unei hipofuncții diaschetice a cortexului vizual și cerebelului.” În engleză, asta înseamnă că ne uităm la o suprapunere semnificativă a zonelor de disfuncție ale creierului între aceste tulburări, oferindu-ne un motiv obiectiv și explicabil pentru disfuncțiile raportate „misterios” la acești copii. Ne uitam la marcaje anatomice, definind disfuncția autismului/PDD, corelate cu modelele propuse de neurologii comportamentali. Am încercat să încurajăm evaluarea ulterioară a acestui fenomen, cu accent pe dereglarea imună probabilă care l-ar putea cauza. A fost speranța noastră că NeuroSPECT ar putea deschide ușa unei abordări mai fiziologice/medicale a acestor procese la copii. Din păcate, nu asta s-a întâmplat.

Cu această cercetare, încă din 1995, am prezentat la o conferinţă „autistică" ipoteza noastră emergentă: Disfuncţia lobului temporal este sursa primară de disfuncţie în multe/majoritatea cazurilor de autism, CFS/CFIDS, NIDS şi unele/multe cazuri de ADHD. Scăderea fluxului sanguin şi a funcţiei este secundară „activării" şi/sau „dereglării" sistemului imunitar.
Cu perfecţionări şi recunoaşterea rolului sporit şi tulburător al unui proces viral complex (încă cu sistemul imunitar primar, virusul/virusurile secundare), afirmaţia rămâne o explicaţie foarte realistă, foarte logică pentru înţelegerea şi gestionarea acestui dezastru. De ce „sistemul" nu a decis aşa este misterul care se extinde şi dezastrul în curs.
Lucrările noastre timpurii au culminat în 1999 cu publicarea descoperirii noastre pe NeuroSPECT, care arată asemănările şi diferenţele dintre tulburările numite autism, ADHD, TOC şi alte tulburări neurocognitive, inclusiv CFS/CFIDS la adulţi şi apoi la copii. Rămân foarte recunoscător că am întâlnit cercetători precum Dr. Ismael Mena, Dr. Bruce Miller, atunci cu ani, acum cu zeci de ani înaintea timpului lor. În aceste diverse domenii de învăţare astăzi, fără imagini documentate, modalităţile mai noi de a documenta şi înţelege diferenţele, confuziile şi potenţialele greşeli cu terapie rămân abundente. Odată cu creşterea incidenţei tulburărilor de învăţare vine şi o nevoie mai mare de a înţelege şi defini disfuncţia la aceşti copii prin cuantificări obiective, „funcţionale".
Expunerea timpurie la utilizarea NeuroSPECT a deschis porţile unei înţelegeri a acestor tulburări ciudate în evoluţie numite autism, ADHD, TOC şi multe altele. În aceste tulburări aparent misterioase, presupuse bazate pe dezvoltare, au existat modele similare de disfuncţie semnificativă a lobului frontal şi temporal. Poate că unele dintre direcţiile greşite, greşelile făcute astăzi sunt explicabile prin lipsa continuă de perspectivă în studiile de cercetare cu privire la ceea ce se întâmplă cu adevărat în creier, ceea ce se schimbă sau nu se schimbă cu medicamentele. Mulţumită lucrului cu NeuroSPECT, experţii mult dincolo de mine au putut spune de la început că ceva nu era în regulă, că descoperirile noastre nu erau în concordanţă cu ideile, imaginile „autismului". La început a devenit evident că, în mâinile unui cercetător precum Dr. Bruce Miller, se putea înţelege şi explica zone ale creierului care funcţionează şi nu funcţionează şi disfuncţiile care au rezultat. Mă întreb cum putem fi acum în secolul al XXI-lea şi totuşi să nu cerem date de genul acesta cu privire la niciun studiu privind disfuncţia cognitivă şi orice studiu care să analizeze ceea ce numim agenţi „neurotropi".
Cuantificarea obiectivă, „funcţională" de către NeuroSPECT a oferit o explicaţie uşoară pentru procesul progresiv al sindromului autist care apare frecvent între cincisprezece şi douăzeci şi patru de luni. Această oprire anormală, mediată imun, a fluxului sanguin în creier este cea care afectează limba şi zona abilităţilor sociale a creierului şi funcţia sistemului nervos central. Disfuncţia/lipsa fluxului sanguin poate duce în cele din urmă la leziuni ale celulelor nervoase. Acest lucru evoluează într-o parte a explicaţiei pentru numărul tot mai mare de copii cu unde cerebrale anormale şi numărul mare de copii cu sindrom autist care au convulsii şi epilepsie concomitent. (Vezi discuţia despre convulsii.)
Consecvent la NeuroSPECT (în studiile timpurii, cu copii „curaţi", cei care nu au urmat alte terapii sau remedii) am observat următoarele: scăderea funcţiei lobului temporal stâng (explicarea şi identificarea zonelor de vorbire şi limbaj severe). disfuncţie) şi scăderea funcţiei lobului temporal drept, explicând zonele necesare pentru interacţiunea socială şi integrarea socială cu mediul nostru şi alţii. În cele din urmă (spre surprinderea noastră) am văzut în mod repetat o implicare anormală a cerebelului, explicând aspectul atâtor copii cu

dificultăţi motorii fine şi uneori grosolane. După cum s-a menţionat în altă parte, problemele anomaliilor motorii fine sau grosiere nu au fost aşteptate sau discutate în literatura anilor 1940, 1950 sau 1960, sau menţionate vreodată în constatarea aşteptată sau criteriile pentru autism, un indicator major că acesta nu este acelaşi lucru .
Am descoperit că autismul, tulburarea pervazivă de dezvoltare (PDD), tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenţie (ADHD) şi tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) implică o disfuncţie semnificativă a lobului frontal şi temporal. Această concluzie se bazează pe lucrările NeuroSPECT în curs de desfăşurare asupra copiilor afectaţi de aceste tulburări.
Am folosit NeuroSPECT pentru a vizualiza anomaliile cerebrale ale perfuziei/funcţiei în autism, ADHD, TOC şi alte tulburări neurocognitive. Odată cu concentrarea şi prezentarea crescută a copiilor etichetaţi cu sindrom autist/PDD a apărut o nevoie mai mare de a înţelege şi de a defini disfuncţia la aceşti copii prin cuantificare funcţională obiectivă, ceea ce este acum posibil cu noua tehnologie imagistică, cum ar fi NeuroSPECT.
Aceasta oferă o explicaţie pentru procesul sindromului autist care apare cândva între cincisprezece şi douăzeci şi patru de luni. Oprirea anormală a fluxului sanguin din creier, mediată de imun, afectează zona de limbaj şi abilităţi sociale a creierului şi funcţia sistemului nervos central. Disfuncţia cauzată de lipsa fluxului sanguin poate duce în cele din urmă la leziuni ale celulelor nervoase. Aceasta este o posibilă explicaţie pentru undele cerebrale anormale şi pentru numărul mare de copii cu sindrom autist etichetaţi brusc drept Landau-Kleffner.
Observăm scanări NeuroSPECT anormale. Există hipoperfuzie în lobii temporali (disfuncţie primară), hipoperfuzie în lobii occipitali/parietali şi hipoperfuzie în cerebel. Din păcate, găsim feston şi subţiere (în unele); aceasta este pierderea reală a ţesutului cerebral şi explică LKS şi EEG anormale. Aceşti copii şi adulţi au RMN-uri normale şi tomografii normale.
Cu NeuroSPECT, s-ar putea începe să explice diverse probleme ale dificultăţilor de învăţare şi variaţii multiple ale disfuncţiei deficitului de atenţie care încep să evolueze în acel moment. (După cum s-a menţionat mai devreme, variaţiile sunt acum mult mai comune decât copilul clasic, tipic hiper-ADD; din nou, poate pentru că acest lucru nu are nimic de-a face cu ideile noastre originale despre ADD/ADHD.) Un punct cheie din această lucrare a fost că majoritatea aceşti copii au avut RMN-uri normale şi tomografii normale. Cum ne putem aştepta să obţinem noi informaţii şi să dezvoltăm o nouă înţelegere a acestor tulburări dacă suntem în secolul XXI, dar dorim să continuăm să folosim instrumente din secolul XX - instrumente, care au devenit foarte bune la definirea alb-negru? structura creierului, dar nu vă daţi nicio idee despre cum funcţionează cu adevărat acele zone aparent intacte? Fără această perspectivă, fără această înţelegere, această carte – şi şansa reală de a înţelege aceste tulburări misterioase acum, nu peste un deceniu sau două – nu ar fi posibile. Sper că această carte duce la o cerere pentru aplicarea tehnologiei şi să răspundă acum pentru atât de mulţi copii şi adulţi cu aceste tulburări interconectate.

7

CUM ÎNCEP EVALUAREA ȘI TRATAMENTUL: ABORDAREA GOLDBERG

Introducere în terapie: o privire de ansamblu asupra abordării Goldberg

MELE ÎN ȘTIINȚA DE BAZĂ, logica CLINICĂ, cercetarea și sprijinul și evoluția continuă pentru ideea unei tulburări virale complexe neuroimune / NIDS a evoluat într-o abordare generală a terapiei numită Abordarea Goldberg. Această abordare a evoluat de-a lungul multor ani și este un punct de plecare pentru evaluarea aplicării sale pentru pacienții cu autism/ASD, ADHD și oboseală cronică (într-un protocol mai formal, poate crea o cale accelerată de evaluare a noilor agenți farmaceutici sau a altor potențiali). alegeri terapeutice). Până la evoluția noilor soluții farmaceutice, aceasta a devenit o abordare de terapie combinată în mai multe etape (asemănătoare terapiei multiantibiotice acum obișnuite pentru ulcere).

Pasul unu este întotdeauna eliminarea alimentară (inclusiv majoritatea suplimentelor nefarmaceutice). Cheia pentru a ajuta sistemul imunitar nu este câte produse și lucruri diferite se poate arunca în el, ci mai degrabă câți stimuli negativi (în primul rând alimente sau alte produse ingerate nepure din punct de vedere farmaceutic) puteți elimina din sistemul imunitar, permițând la rândul său. sistemul imunitar este prima șansă de a începe să devină mai sănătos. În timp ce atât de multe studii se concentrează pe efectele produselor farmaceutice, acestea nu reușesc să realizeze că alimentele pot fi cel mai mare medicament dintre toate.

Este important să ne amintim că, deoarece această boală nu a început metabolic, nu veți vindeca un pacient doar prin manipulări dietetice, dar este un prim pas major pentru a ajuta un copil (sau un adult) cu aceste tulburări (și probabil multe. alții).

Următorul pas, dependent de studiile de laborator și istoricul clinic, este prescrierea unui antiviral pentru mulți dintre pacienți. Antiviralele sunt în ceea ce numim medicamente antiherpes. Acest lucru se datorează în parte pentru că, așa cum sa prezentat, potențialele virusuri herpes SNC joacă, evident, un rol foarte important în această tulburare. Din păcate, până în prezent, mulți din lumea cercetării vor dezbate dacă dovada este absolută, chiar dacă literatura și markerii confirmă în mod covârșitor prezența probabilă a virusurilor legate de herpes. Aceste antivirale specifice sunt, de asemenea, sigure pentru a fi administrate copiilor datorită modului lor de acțiune (acestea lucrează la un punct metabolic de care virusul Herpes are nevoie pentru supraviețuire), atâta timp cât sunt monitorizate și dozate corespunzător. Adulții cu herpes rămân asupra lor toată viața, cu

puţine efecte secundare sau chiar deloc. În studiile ulterioare de cercetare vor exista studii cu antivirale antiherpetice mai puternice şi, dacă este indicat, eventual alte tipuri de antivirale. Cheia în alegerea tratamentelor pentru pacienţii cu această tulburare este că acestea trebuie să fie în siguranţă.
Al treilea pas este administrarea unui antifungic (folosirea antifungicelor este încă de mare dezbatere în unele cercuri medicale din cauza tuturor concepţiilor greşite şi denaturarilor). Pe baza activităţii efectuate la adulţi şi la copii, ştim că atunci când sistemul imunitar este stresat, ceva ce numim hipersensibilitate întârziată adesea nu funcţionează corect (hipersensibilitatea întârziată, numită adesea hipersensibilitate de tip tuberculină, este răspunsul întârziat al organismului nostru la o ameninţare - o erupţie cutanată de la stejarul otravitor sau o reacţie la un test cutanat de alergie sau un test cutanat de tuberculoză sunt toate exemple ale modului în care sistemul nostru imunitar sănătos este de aşteptat să reacţioneze). Când hipersensibilitatea întârziată nu funcţionează corect, deoarece este partea cheie a sistemului nostru imunitar care se ocupă de problemele cu drojdiile şi ciupercile, există un loc pentru o potenţială creştere a drojdiei sau a ciupercilor la orice pacient. În timp ce o creştere excesivă a drojdiei, în teorie, poate adăuga simptome de oboseală, durere, spaţiu şi mai mult, mecanismul exact (o creştere generală excesivă a GI, interferenţa cu absorbţia versus posibila eliberare a unei toxine) este discutabil chiar şi în prezent. Efectuând studii care analizează markeri bazaţi pe sistemul imunitar - nu pe baza testelor de sânge, scaun sau urină din cauza inexactităţii lor notorii - există o modalitate de a evalua şi documenta anterior când este probabil un exces de drojdie, o creştere excesivă a drojdiei. Prin administrarea de antifungice pentru a corecta această creştere excesivă (utilizate din nou corect, alese cu prudenţă şi monitorizate cu atenţie), putem ajuta la echilibrarea unui alt factor de stres al sistemului imunitar la pacienţi.
În cele din urmă, pe baza simptomelor clinice şi a numitorului comun la aceşti pacienţi cu hipoperfuzie a lobului temporal (în grade diferite), vine utilizarea unui ISRS. Acesta vine ca pasul numărul patru, deoarece un ISRS nu a fost conceput iniţial pentru a trata disfuncţia sistemului imunitar sau virușii (dacă există). După controlul dietei, antiviral şi, dacă este indicat, un antifungic, atunci încep să mă uit la utilizarea unui ISRS. Aşa cum am explicat de multe ori părinţilor şi pacienţilor, nu folosesc un ISRS şi nici nu ar trebui făcute studii pentru a trata un anumit *simptom* (deşi ajutarea funcţiei lobului temporal poate ajuta multe „simptome" văzute ca parte a acestei disfuncţii), mai ales pentru a încerca pentru a controla comportamentele şi/sau a calma sau a seda un copil — dar pentru că odată cu cercetările şi munca care au evoluat, este evident că cea mai mare parte a *originii* simptomelor şi a disfuncţiei se bazează în lobii temporali ai creierului. După cum s-a confirmat în mod repetat pe NeuroSPECT, ele sunt sub funcţionare, sub perfuzie - în mod convenabil, lobii temporali sunt mediaţi în principal serotoninei - este logic să spunem că dacă ai putea lua un agent şi ai face ca serotonina care este produsă să rămână mai mult timp constructiv, asta poate şi ajută la restabilirea funcţiei în acele zone (care, la rândul lor, pot aborda unele „simptome", dar într-un mod foarte sănătos din punct de vedere fiziologic, ajutând la restabilirea funcţiei). Şi asta fac SSRI. Spre deosebire de antidepresivele de modă veche, care literalmente ar putea seda sau afecta întregul creier, un ISRS lucrează selectiv pentru a bloca recaptarea serotoninei care este produsă în mod natural. Făcut în mod judicios şi corect, acesta s-a dovedit a fi un pas extrem de important şi pozitiv al Abordării Goldberg. Acest lucru este vizibil şi poate fi confirmat prin scanări Spect repetate, care arată

inversarea perfuziei scăzute şi normalizarea zonelor creierului care nu funcţionau chiar înainte de terapie. Una dintre cele mai dramatice prezentări este cea a unui copil (copii multipli de fapt; vezi studii de caz la sfârşitul cărţii) care nu putea vorbi, dar pe măsură ce lobul lor temporal s-a normalizat, cu o terapie logopedică adecvată, copilul şi-a recăpătat vorbirea *şi funcţia limbajului. Nu doar copiii mai mici, ci şi copiii mai mari.*
Abordarea încurajează, de asemenea, rolul (aşa cum va fi discutat) pentru terapiile potenţial adjuvante, de susţinere, bazate pe individ şi pe testele sau markerii lor particulari. Exemplele au inclus utilizarea de antibiotice pentru o potenţială infecţie streptococică, agenţi care ajută la echilibrarea hiperperfuziei lobului frontal, cum ar fi Strattera sau Wellbutrin, Tenex (deseori indicat pentru ganglionii bazali, hiperperfuzia inferior a trunchiului cerebral) şi selectiv alţii. Deoarece accentul este pus pe copii, accentul trebuie să fie întotdeauna pe o nevoie sau indicaţie specifică şi pe potenţialul de siguranţă (sau rău) pe termen lung.
Combinând paşii de mai sus ai terapiei, a fost plăcerea mea repetată să văd copiii revenind la niveluri de funcţionare neprevăzute până acum. (După cum am remarcat în mod repetat unui părinte fericit, acel succes este aşteptat şi posibil numai în ceea ce priveşte o boală, niciodată într-o tulburare de dezvoltare). Deşi nu fiecare copil este acolo unde mi-aş dori (urgenţa de a construi şi îmbunătăţi Abordarea Goldberg), am mulţi, mulţi copii nu numai la clase academice obişnuite (la toate nivelurile de clasă), dar şi copii care sunt cu onoare, au absolvit. liceu cu onoruri, care acum sunt la facultate. Acum, într-un mod sănătos, aceşti copii duc vieţi, aşa cum a comentat odată soţia mea *„cu toţii ne-am dori pentru oricare dintre copiii noştri".* Bucuria poveştilor de succes este enormă, dar nu poate compensa tristeţea că continuăm să trăim într-o lume care nu crede că „pierdem" copii cu acel potenţial, ci care subscrie mai degrabă greşit la mitul „autismului". " Deşi nu este încă simplu sau uşor, fiecare copil merită această şansă, fiecare părinte şi familie merită dreptul de a crede şi de a spera. Un punct cheie, este că fiecare pacient care a stat cu mine (din păcate, mai ales în primele zile, mulţi părinţi au renunţat destul de prematur sau nu au urmat dietă etc.) s-a descurcat mai bine, este un membru funcţional al familiei şi niciun copil cu mine nu a trebuit să fie internat într-o casă de grup! Chiar şi atunci când succesul deplin (un copil cu ochi strălucitori, sănătos, care funcţionează pe deplin normal) nu este posibil, există o capacitate extraordinară de a îmbunătăţi funcţia creierului, de a ajuta la îmbunătăţirea sănătăţii şi a calităţii vieţii pentru toţi. În timp ce, în realitate, este inevitabil ca lumea noastră de cercetare şi comunitatea ştiinţifică să ajungă la aceeaşi concluzie - că aceasta este o boală medicală tratabilă - părinţii rămân între timp în prima linie, cu un accent ferm şi cu credinţa că aceşti pacienţi sunt cu adevărat copii. care pot fi „revenite" la starea lor normală.
Scopul pe termen lung al abordării mele este formalizarea şi standardizarea acestui protocol. Odată cu utilizarea unor markeri avansati imunitari, genomici, NeuroSPECT şi alţi markeri, ar deveni posibil să se accelereze o înţelegere suplimentară a succeselor şi eşecurilor acestei metode şi, prin urmare, ar ajuta la accelerarea dezvoltării de noi agenţi şi ajutoare farmaceutice mult mai rapid decât ar avea loc altfel. . Deschiderea uşii spre înţelegerea a ceea ce s-ar putea face, a rolului potrivit pentru adevăraţii modulatori imunitari, ar putea schimba terapia pentru copiii cu aceste tulburări şi multe tulburări asociate la adulţi, într-o manieră dramatic pozitivă. Folosite corect, alese corect, putem

deschide uşa spre cum să ne facem sistemul imunitar sănătos şi, la rândul său, potenţial să schimbăm rezultatele bolilor pe termen lung pentru mulţi.

Prelucrarea şi evaluarea pacientului

Înainte ca pacienţii să fie acceptaţi în practică, le examinez înregistrările şi văd dacă se încadrează în descrierea NIDS. Deoarece majoritatea pacienţilor pe care îi văd sunt copii, ei vin la cabinetul meu diagnosticaţi iniţial cu o altă problemă, de obicei autism/PDD, ADHD sau sindrom de oboseală cronică. Majoritatea copiilor pe care ii vad dau dovada unor factori imunitari sau virali. Ne uităm la o boală care creează o disfuncţie în ceea ce era anterior un copil obişnuit, mai degrabă decât la acest concept vag despre ceva care se întâmplă în uter. Când te uiţi la datele acestor copii, markerii lor virali şi progresia dezvoltării lor, devine foarte evident că se poate explica acest lucru doar prin referire la o stare de boală.
De revizuit: Undeva între douăsprezece, cincisprezece sau optsprezece luni (uneori chiar mai târziu), aceşti copii se îndepărtează încet de această tulburare etichetată cu autism. Dar dacă te uiţi la modul în care funcţionează creierul, dacă înţelegi biologia, nu poţi avea un copil normal timp de douăsprezece, cincisprezece sau optsprezece luni de viaţă, un copil care arată abilităţi de dezvoltare şi apoi pierde acele abilităţi sau nu mai progresează, şi cumva. încercaţi să credeţi că ceva a mers prost înainte ca acel copil să se nască. Acest lucru este explicabil doar printr-un proces de boală.
În continuare, caut istoriile anterioare care susţin factorii imunitari în istoricul familial, cum ar fi alergii, astm, migrene, reumatoide sau potenţiale tulburări autoimune (inclusiv SM, lupus, Alzheimer, Parkinson, CFS sau fibromialgie; adesea un factor major). la părinţi, în special la mama acestor copii), IBS, colită ulceroasă sau boala Crohn - pe scurt, orice atipic.
Trebuie să decid dacă diagramele pacienţilor arată un model în concordanţă cu cercetarea NIDS. De exemplu, majoritatea copiilor pe care îi văd pot fi priviţi ca un subtip. Mulţi dintre copiii pe care i-am văzut au regresat şi şi-au pierdut abilităţile. Asta înseamnă că au avut cuvinte, dar apoi le-au pierdut şi apoi nu au progresat. Am văzut, de asemenea, îmbunătăţiri ale hipotoniei (tonus muscular scăzut, adesea considerat anterior netratabil) la un subgrup definit de aceşti copii. Următoarele liste de verificare, note şi proceduri sunt tipice pentru ceea ce se poate aştepta un părinte atunci când îmi consultă cabinetul pentru ajutor cu un copil care prezintă simptome de autism (sau orice tulburare NIDS).
Mă uit la mai multe tipuri de probleme medicale care pot fi legate de autism/NIDS, inclusiv probleme imunologice.

Istoricul trecut:

➢ Incidenta crescuta (la mame) a
- Avorturi spontane
- Infertilitate
- Preeclampsie

➢ Sângerări în timpul sarcinii
➢ Stresul prenatal, perinatal al copilului
Un istoric medical din trecut (de afecţiuni asociate cu autismul în trecut) trebuie exclus

➢ Scleroza tuberculoasă (genetică)
➢ PKU (metabolic)
➢ Rubeola congenitala (viral)
➢ Sindromul Down (genetic—cromozomul 21)
➢ X fragil (genetic)
Chei la admisie:
➢ Istoricul de a fi normal până la vârsta de douăsprezece, cincisprezece şi optsprezece luni şi apoi trecerea la probleme cognitive şi disfuncţia lor (adesea eticheta de autism/PDD)
➢ Copil cu probleme motorii (fine, brute sau de coordonare). Acesta a devenit un semnal clinic pentru o probabilitate ridicată a unei componente virale

- Stresul la aport. În literatura de specialitate în urmă cu patruzeci sau cincizeci de ani, *nu se* discuta despre anomaliile motorii cu „autism/PDD" (psihologic, tulburare de categorie DSMIV); acum aceşti copii au de obicei probleme motorii

➢ Antecedente de convulsii sau EEG atipice. Acestea *nu erau* tipice în literatură cu ani în urmă. Erau atât de rare încât ceva numit „Landau-Kleffner" nici măcar nu era cunoscut de un excelent neurolog pediatru la mijlocul anilor 1990. Acum spunem de obicei că 35-40% dintre aceşti copii vor dezvolta o tulburare convulsivă. Acesta a devenit un punct extrem de puternic din punct de vedere clinic, fie pentru un virus, fie pentru un proces autoimun/vasculită mai sever.

Informaţii necesare înainte de prima programare la birou:

Copii:
➢ Istoric medical complet de la părinţi, dactilografiat
➢ Fişe medicale inclusiv evaluări neurologice şi psihologice
➢ Toate tratamentele anterioare
➢ Laboratoarele anterioare
➢ RMN sau alte proceduri
Adulti:
➢ Antecedente medicale de la debutul simptomelor şi înainte
➢ Fişe medicale, inclusiv medicamentele şi dozele curente
➢ Toate tratamentele anterioare
➢ Laboratoarele anterioare
➢ RMN sau alte proceduri
Prima vizită (chestionar):
➢ Prezentarea pacientului, plângeri, diagnostice curente
➢ Istoric şi elemente importante de reţinut:

- Istoricul naşterii/traumă
- Vârsta: a stat singur ____, a mers _____
- Astm
- Eczeme sau urticarie
- Alergii la medicamente
- Convulsii
- Amigdalită
- Constipaţie

- Diaree
- Orice episod de inconştienţă
- Crizele de furie
- Conflicte sau probleme familiale
- Diabet
- Artrita reumatoidă în familie
- Probleme cu tiroida în familie
- Colita ulcerativă în familie
- Migrene în familie
- Astm, eczeme sau urticarie în familie
- Infecţii recurente ale urechii

➢ Medicamente/tratamente curente
➢ Suplimentele curente
➢ Simptome – cele mai importante elemente:

- Somn nerestaurator
- Probleme de a adormi
- Trezirea în timpul nopţii
- Erupţie cutanată de herpes simplex sau zona zoster
- Oboseală
- Tulburări de memorie
- Spune frecvent cuvântul greşit
- Depresie
- Anxietate
- Atacuri de panica
- Dureri de cap
- Convulsii
- Băuturi în urechi
- Intoleranţă la lumini puternice
- Boli recurente asemănătoare gripei
- Ganglioni limfatici dureroşi

➢ Alergii nazale severe şi alte alergii
➢ Dureri musculare şi articulare cu puncte trigger sau fibromialgie
➢ Sindromul intestinului iritabil
➢ Febre de grad scăzut
➢ Transpiraţii nocturne
➢ PMS sever
➢ Sindromul ATM
➢ Prolaps de valvă mitrală
➢ Afte frecvente
➢ Inflamaţia tiroidiană
➢ Dispneea la efort
➢ Sensibilitate multiple la medicamente, alimente şi alte substanţe
➢ Probleme în timpul sarcinii
➢ Febra maternă
➢ Sângerări materne

➢ Sângerări perinatale
➢ Asfixia perinatală sau neonatală
➢ Infecţia neonatală
➢ Avorturile materne
➢ Boală autoimună
➢ Boala reumatoidă
➢ Lupus
➢ Etape de dezvoltare normale, apoi modificări
➢ Infecţii frecvente ale urechii
➢ Astm
➢ Febra fânului
➢ Eczeme
➢ Migrene
➢ Constipaţie
➢ Diaree
➢ Spitalizări
➢ Tendinţele obsesiv compulsive
➢ Letargie
➢ Vrăji de privire
➢ „Deconectat”
➢ Tonus muscular
➢ Coordonare
➢ Aptitudini motorii, fine şi grosolane
➢ Concentrare/atentie
➢ Spaţialitate
➢ Discurs/verbalizare
➢ Hiper
➢ Socializare
➢ Pofta de mancare
➢ Contactul vizual
➢ Ce tip de cadru educaţional? Educaţie specială, clasă obişnuită, umbră în clasă etc.

Examinarea documentelor
Revizuirea angajamentului pentru îngrijire şi procedura de actualizare săptămânală
Explicaţi scanarea SPECT, trimiterea
Explicaţi şi comandaţi analize de sânge
Discutaţi dieta/eliminarea
Efectuaţi un examen de sănătate de bază - HR, TA, Ht, Wt, BS, HEENT, torace, inimă
, abdomen, extremităţi şi neuro de bază.
Test neuropsihic de bază? (când în protocoale formale)

Întrebări adresate la fiecare vizită la cabinet, de către asistenta de admitere:

Copii:

➢ Ce medicamente şi doze sunt utilizate în prezent?

➢ În ce constă dieta pacientului?
➢ Copilul este spaţial sau zonal?
➢ Cum este ciclul de somn al copilului?
➢ Copilul care se trezeşte este odihnit sau obosit?
➢ Copilul a fost hiper sau agresiv?
➢ Cum se descurcă copilul din punct de vedere academic?
➢ Cum sunt interacţiunile sociale ale copilului?
➢ Copilul iniţiază jocul?
➢ Copilul este interesat de joacă?
➢ Cum este apetitul copilului?
➢ Copilul doreşte sau doreşte o anumită mâncare?
➢ Are copilul vreo alergie sau simptome de raceala?
➢ Ce s-a schimbat pozitiv/negativ de la ultima vizită
- În special legate de modificările de medicaţie care ar fi putut avea loc

➢ Orice preluare în limbă sau abilităţi?
➢ Ce suplimente (dacă există) ia copilul în prezent?

Adulti:

➢ Ce medicamente şi doze sunt utilizate în prezent?
➢ Ce suplimente luaţi în prezent?
➢ În ce constă dieta pacientului?
➢ Cum este ciclul tău de somn?
➢ Te trezeşti odihnit?
➢ Aveţi probleme de ceaţă sau de memorie?
➢ Aveţi dureri musculare sau articulare?
➢ Cum este cogniţia ta?
➢ Cum vă este pofta de mâncare?
➢ Orice sensibilitate la lumină?

Procedura de numire efectuată de medic:

➢ Evaluare medicală: sunete respiratorii, ritm cardiac, inspecţie vizuală a EENT
➢ Consultaţi cu privire la responsabilitatea pacientului/îngrijitorului pentru tratament
➢ Comanda pentru scanare SPECT? (în funcţie de protocolul clinic)
➢ Comandă pentru analize de sânge dacă se consideră necesar; poate include oricare sau toate dintre următoarele:

CBC (cu diferenţial manual complet)
Viteza de sedimentare
CMV IgG/IgM
Titrul ANA
EBV IgG/IgM
Panou hipotiroidian
Nivelul feritinei
panoul imunitar -
Total & % CD4
Total & % CD8

Total & % CD16/CD56
Total & % CD19
Nivel de plumb (dacă nu s-a făcut niciodată)
Nivel de vitamina B 12
Acid folic
Nivel de vitamina A (dacă antecedente de suplimente)
Nivel de vitamina D (dacă nu s-a făcut niciodată sau pe suplimente)
Panou metabolic cuprinzător
Panou lipidic
Titrul HHV6 IgG/IgM
Imunoglobuline cantitative (IgG, IgA) , IgM, IgE)
Anticorpi gliadină IgG/IgA
Titrul ASO
Interferon alfa (foarte opțional din punct de vedere al cheltuielilor)
HSV I/II—Ecran pentru alergii IgG/IgM
(alimente pe bază de IgG4 nouăzeci și cinci)
➢ Este posibil să am sau nu nevoie să prescriu antibiotice pentru a face față problemelor de bronșită, infecții ale urechii sau faringite streptococi.
➢ De fiecare dată când se prescrie un medicament sau se modifică o doză, pacientul este informat cu privire la răspunsul intenționat și ce reacții, atât bune cât și rele, trebuie să fie conștienți și când să sune la cabinet dacă există reacții negative.
Notă: biroul meu are capacitatea de a efectua teste rapide streptococi, timpanograme și alte diagnostice rapide. Aparțin unui laborator certificat la nivel național, care efectuează analize de rutină a sângelui, precum și teste imune.

(Notă: urmăririle regulate, actualizările și controlul schimbărilor sunt esențiale pentru înțelegerea unui pacient – copil sau adult – și pentru a ajunge la cele mai bune răspunsuri și alegeri pentru acea persoană)

Actualizări săptămânale:
Pacienților li se cere să trimită actualizări săptămânale ale informațiilor prin fax sau e-mail și să includă:
➢ Data
➢ Numele pacientului
➢ Data nașterii pacientului
➢ Greutatea pacientului
➢ Medicamente și doze curente
➢ Data modificării recente a dozei
➢ Positive (în special în legătură cu orice modificare recentă a medicamentelor)
➢ Negative (în special în legătură cu orice modificare recentă a medicamentelor)
➢ Comentarii
A doua vizită:
Examinați SPECT (dacă ați făcut-o) și rezultatele analizelor de sânge. Examinați confirmați modificările dietei

.

sau

Consultatii telefonice lunare:

(Pentru cei care nu se află la distanţă de condus)

Pacienţii au o consultaţie telefonică lunară de douăzeci până la patruzeci de minute cu mine. Accesez diagramele computerizate ale pacienţilor, revizuiesc tratamentul anterior al pacientului şi actualizările săptămânale recente şi îi întreb pe pacienţi (sau părinţii pacienţilor) cu privire la sănătatea lor actuală şi la funcţia creierului. Adaug noi informaţii despre sănătatea pacienţilor şi modificări de medicamente şi doze direct în diagramele computerizate ale pacienţilor. Întrebările mele de consultaţie telefonică şi modificările/adăugările de tratament se bazează pe conversaţia cu pacienţii şi pe rezultatele tratamentului anterior şi ale analizelor de sânge ale pacienţilor documentate pe diagrama computerizată. Este la fel ca şi cum ai fi în faţa mea, cu excepţia examenului fizic acut. (Solicit părinţilor să-şi vadă medicul local dacă sunt suspectate probleme de boală acută sau inexplicabilă.)

Vizite ulterioare:

- Confirmaţi conformitatea cu medicamentele, dieta şi actualizările săptămânale
- Actualizare detaliată (suplimentând actualizările săptămânale) cu privire la orice modificări legate de modificările medicamentelor (bune sau rele) împreună cu, la momentul vizitei, detalii privind progresul general, luminozitatea, tocitatea, sentimentul copilului de a fi conectat şi receptiv la învăţare, şi dificultăţi care decurg din comportament sau tehnici şi medii de învăţare.
- Examinaţi cele mai recente analize de sânge, comandaţi suplimentar dacă este necesar
- examen de bază de sănătate
- Ajustaţi medicamentele în funcţie de protocol şi de starea pacientului
- Verificaţi necesitatea consultărilor cu alţi furnizori de îngrijire privind progresul
- Şase luni şi/sau un an: Comandaţi NeuroSPECT (dacă este indicat)
- Testarea neuropsihică sau coeficientul „wellness” actualizat (cu orice studiu oficial)
- Orice modificare, fie pozitivă, fie negativă (nu ar trebui să existe negative în curs de desfăşurare!)
- Ar trebui să monitorizeze hemoleucograma completă (CBC) cu diferenţial şi un panou de chimie (concentrat pe funcţiile hepatice şi renale) pe orice copil care utilizează un medicament farmaceutic de orice fel cel puţin o dată pe două luni (iniţial pe protocol - primul an poate fi lunar)

Având mulţi copii (şi adulţi) cu antivirale de la trei până la patru luni, adesea unul până la doi ani, mulţi acum mult mai mult. Voi arăta întotdeauna monitorizare de rutină (care ar trebui să contribuie la sprijinirea siguranţei pe acest termen lung)

- Singura problemă semnificativă de toxicitate pare să fie funcţia rinichilor (*doar* tranzitorie la unul sau doi copii în toţi aceşti ani)

- S-ar recomanda monitorizarea creşterii şi dezvoltării (făcut pe unii dintre pacienţi; dacă se urmăreşte un studiu retrospectiv sau prospectiv, acesta ar fi probabil disponibil în toată ţara de către medicii lor).
    - Confirmat de înălţimea generală bună, creşterea adesea mai bună (recuperarea după boală), dar poate avea probleme cu greutatea (variabilă)

Analiza de sânge a pacientului

Lab test	High value	Low value	Normal	Considerations
Allergens, food				
ANA				
ASO titer				
B 12 and folate				
CBC with diff and plt				
Celiac screen – Gliadin antibodies				
CMV IgG/IgM				
Comprehensive metabolic panel				
EBV series				
HHV-6				
HSV				
IgG subclasses				
Immunoglobulins, quant.				
Lipid panel				
Sedimentation rate				
Super Panel—iron, ferritin, TIBC				
T & B lympho-cytes/NK cells				
Thyroid antibodies				
TSH, sensitive				

fundal

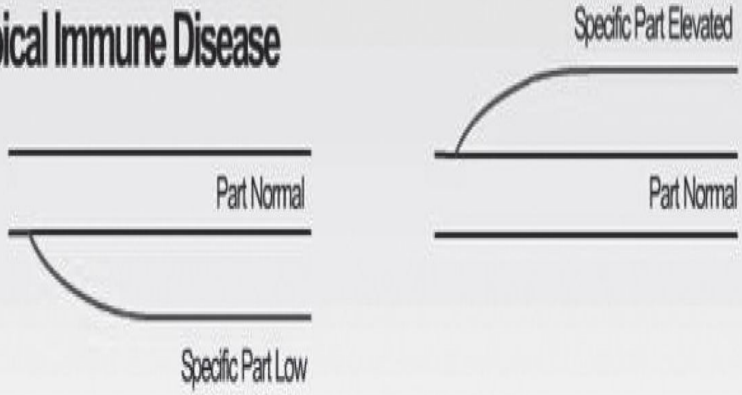
În calitate de medic cu o experienţă puternică în ceea ce numim ştiinţe de bază (facultate şi şcoală medicală) şi apoi cu o expunere puternică clinică şi de cercetare grea pe imunologie, boli infecţioase, alergii şi endocrinologie, am urmărit aceste modele de boală şi boli cum se schimbă înainte ca mine. ochi (mai puţin de un deceniu în practică). A fost rapid evident că singurul numitor comun probabil era sistemul imunitar. Studiem tot felul de stresuri şi expuneri de mediu, markeri imunitari şi variaţii ale mai multor boli legate de imunitate, fără să ne dăm înapoi şi să realizăm că adevărata cheie este sistemul imunitar însuşi. Tulburările discutate în această carte (şi altele înrudite) pot începe să fie corectate – cheia este să aveţi un sistem imunitar funcţional sănătos. Orice efort de a împinge sistemul într-un fel sau altul va crea o problemă, va cauza un stres suplimentar asupra sistemului şi ar putea duce la daune suplimentare.

Immune TH1

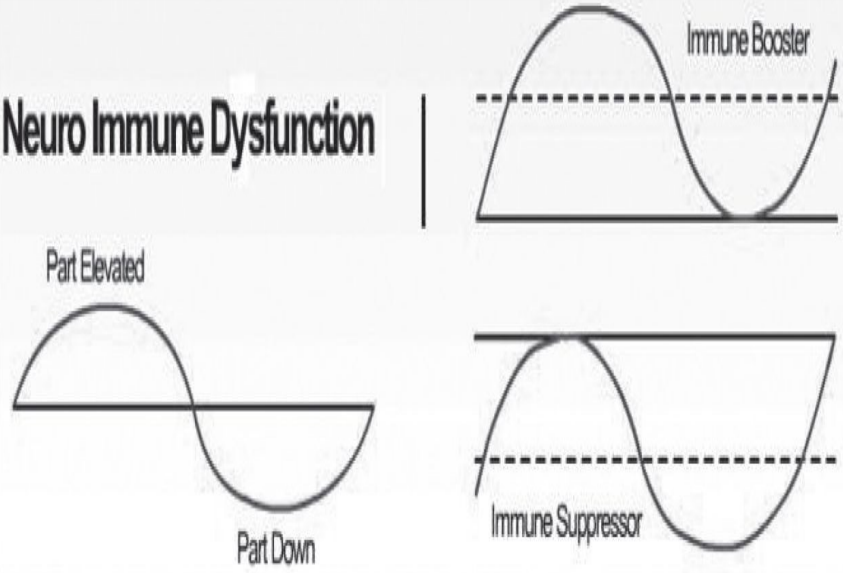
Homeostasis TH2

Balance TH3

Typical Immune Disease



Neuro Immune Dysfunction



SISTEMUL IMUN – ACTIVAT/SUPRESAT VS DISFUNCȚIONAL

Unii dintre aceşti copii de-a lungul anilor au avut titruri pozitive de ANA (anticorpi antinucleari) - un marker clasic pentru potenţialul de lupus sau alte boli autoimune. Acest lucru este ignorat la copiii diagnosticaţi cu autism. Argumentul este că doar detectăm mai des ANA pozitive cu tehnici mai bune şi că nu înseamnă alte probleme la aceşti copii. Problema cu acest raţionament este că, dacă în timpul antrenamentului am fost învăţat că un ANA pozitiv nu a fost bun - a fost un prevestitor pentru lucruri potenţial rele - atunci doar pentru că avem tehnici de laborator mai bune, ceea ce face bine să resping acum „la niveluri scăzute". cu atât mai puţin când sunt semnificativ ridicate. Un ANA pozitiv înseamnă că organismul produce anticorpi împotriva nucleului propriilor celule. La orice nivel, orice grad, cum poate fi acest lucru în regulă, cum poate acest lucru să nu fie potenţial patologic la aceşti copii, orice copil sau adult pozitiv?

Spre deosebire de predarea medicală generală, am văzut multe ANA pozitive care au devenit negative, odată ce unui sistem imunitar i se oferă şansa de a reveni la normal, prin eliminarea factorilor de stres în curs cu Abordarea Goldberg. Acest lucru nu implică utilizarea steroizilor sau a altor agenţi puternici, potenţial dăunători, supresori imuno. Înainte de a aborda terapia la un pacient, trebuie să înţelegeţi pacientul şi boala lui, întregul său corp şi modul în care acesta creează disfuncţii şi care sunt acele disfuncţii cu adevărat. Ca medic, ca clinician, mi s-a oferit o perspectivă unică asupra acestei tulburări „misterioase", lucrând mai întâi, aşa cum am observat cu soţia mea şi apoi cu alte mame din cabinet, care se prezintă cu această nouă boală „misterioasă" la adulţi, numită CFS. /CFIDS. Cunoaşterea disfuncţiei clinice a acestor copii a fost, din păcate, prea uşor de conectat după ce au lucrat cu adulţi şi adolescenţi care îşi puteau aminti când funcţionau normal şi care îşi puteau aminti şi să se relaţioneze cu ceea ce funcţiona şi nu funcţiona pentru ei în prezent şi înainte de îmbolnăvire. Cum poate fi aceasta pentru un copil care nu are o perspectivă „bine" cu care să se relaţioneze? Dacă nu au fost deterioraţi anterior sau nu au fost conectaţi greşit „în mod misterios", cât de mult trebuie să sufere aceşti copii?

Gândiţi-vă la comparaţia dintre adulţi şi copii şi la suprapunerea reală a simptomelor şi problemelor care apar la ambele. Pentru adulţii (de multe ori persoane cu studii superioare, de tip A, cu studii universitare) cu CFS/ CFIDS este obişnuit să aibă probleme severe de somn, în mod clasic ceea ce numim un ciclu de somn „nerestaurator". La mijlocul anilor 1980 am fost expus unor cercetări care documentau că aceşti adulţi presupus „psihosomatici" aveau o etapă a IV-a modificată, ciclul de somn REM. Aceasta a explicat modul în care un adult (şi acum aceşti copii) poate dormi ore întregi, dar să se trezească mental şi fizic încă obosit. De asemenea, adulţii cu CFS/CFIDS ar raporta adesea „sensibilitate la lumini puternice". Mulţi dintre aceşti copii au acelaşi simptom evident. Într-o şcoală de medicină excelentă, cu profesori excelenţi, am fost învăţat „sensibilitatea la lumini strălucitoare" însemna inflamaţie sau „un virus pe creier", până când se dovedeşte contrariul. Nu ar trebui acei pacienţi, atât copii, cât şi adulţi, să primească acelaşi control, aceeaşi îngrijorare, astăzi? Aceşti copii nu numai că au sensibilitate la lumini puternice, ci pot prezenta şi intoleranţă la căldură (la fel ca şi pacienţii cu lupus sau alţii cu tulburări mediate de „autoimune").

Luaţi în considerare că atunci când această boală, pe care o numim NIDS, afectează un adult anterior inteligent, de obicei cu funcţionare înaltă, acum aceştia vor avea pierderi de memorie şi concentrare supărătoare, blocarea cuvintelor, ceaţă, uitare. Sunt copleşiţi de

zgomote puternice şi conflictuale, au judecată afectată şi nu sunt capabili să facă legătura între inputurile auditive şi vizuale. Ei pot dezvolta simptome asemănătoare dislexiei, au dificultăţi în menţinerea atenţiei şi, adesea, vor avea dificultăţi/dificultăţi în introducerea, codificarea şi recuperarea informaţiilor (înţelegerea şi amintirea a ceea ce a fost citit).
Dacă aceste disfuncţii pot apărea la un creier adult matur, nu este greu de înţeles (în special datorită NeuroSPECT) cum un copil presupus „autist" va prezenta răspunsuri anormale la senzaţii – adesea o combinaţie de vedere, auz, atingere, durere, echilibru, miros şi gust. Modul în care copilul îşi ţine corpul va fi afectat; vor exista tulburări în rata de apariţie a abilităţilor fizice, sociale şi lingvistice (în măsura în care vorbirea şi limbajul sunt frecvent absente sau întârziate); şi vor exista o gândire modificată, moduri anormale de a relaţiona cu oameni, obiecte şi evenimente. Acesta este în esenţă acelaşi proces la care asistăm la adulţi, dar un creier imatur la un copil.
Nota autorului: Aceste modificări asociate au fost documentate în mod repetat cu adulţi, literatura medicală cu peste treizeci de ani în urmă demonstrând dezvoltarea absolută a simptomelor „autiste", la un individ anterior normal de la un virus herpes. Cât de mult vom mai ignora ceea ce este evident? Ignorăm faptul că aceşti copii suferă de o boală reală, nu de o presupusă tulburare de neurodezvoltare imposibilă, „misterioasă".

Rolul eliminării dietei şi reducerii stresului legat de alergii

Pentru a începe în mod constructiv abordarea terapiei şi, în cele din urmă, a prevenirii la aceşti copii, trebuie să începeţi cu un fundal care este versat în înţelegerea fiziologiei şi biologiei copiilor. După cum am menţionat, rămân recunoscător pentru pregătirea mea medicală şi de rezidenţiat, care a dus la o expunere timpurie la tulburările vasculare de colagen (principiile din spatele multor tulburări autoimune astăzi), împreună cu un accent puternic pe boli infecţioase, imunologie şi alergii. Un profesor (cu mulţi ani înaintea timpului său) m-a învăţat să iau în considerare rolul alimentelor în crearea stresului şi a reacţiilor ulterioare în cadrul sistemului imunitar.
Primul pas al terapiei fiind eliminarea factorilor declanşatori care creează un stres continuu pentru un copil, următorul pas pentru mine, ca medic pediatru, este modul în care îmi pot aplica pregătirea la facultatea de medicină, pregătirea postuniversitară şi noi instrumente şi informaţii care au evoluat de atunci. pentru a ajuta copilul să reducă şi mai mult stresul şi disfuncţiile din organism pentru a ajuta sistemul imunitar şi creierul să devină sănătoşi. Acest lucru nu ar fi posibil cu autismul *de dezvoltare* /PDD, ADHD etc., dar este de aşteptat şi foarte posibil atunci când aceste tulburări sunt recunoscute ca variaţii ale procesului bolii.
Ideea de a elimina produsele lactate nu a fost întotdeauna o practică acceptată. A fost un punct trist pentru medicină că, dacă nu putem documenta în mod concludent sau nu putem dovedi cu markere ceea ce se întâmplă cu organismul, profesia medicală este prea rapidă să-l respingă. Am avut profesori care m-au învăţat să gândesc, să întreb, să înţeleg şi să fiu sceptic. Din păcate, am intrat într-o eră a medicinei în care faci A, B, C şi D, dar dacă nu răspunzi la ABCD, de multe ori nu ai noroc sau eşti considerat a fi psihosomatic. Ne aflăm într-o lume în care medicul pediatru trebuie să fie foarte precaut, foarte frică de a face ceva care nu este dictat ca fiind corect de AAP sau de societatea sa medicală locală.

Poate părea de bun simţ, dar am fost învăţat dacă un copil era congestionat cronic sau avea stomac deranjat, erupţii cutanate, eczeme sau simptome de alergie, elimină potenţialele declanşatoare. Nu continua să tratezi doar simptomele, infecţiile recurente ale urechii, bronşita şi aşa mai departe. Învăţătura din această ţară a fost că colicile erau doar o dovadă a creierului imatur al unui copil sau a sistemului imatur şi, prin urmare, era inevitabil.
Cu toate acestea, europenii cred în general că colicile provin din tractul gastro-intestinal şi cred cu tărie în legătura cu stomacul. Pentru că am recomandat diete preventive, luând copiii din lactate şi evitând expunerea la alimente şi substanţe alergene, foarte puţini copii din practica mea obişnuită au suferit de colici, erupţii cutanate cronice, eczeme etc. Trebuie să înţelegem că sensibilitatea GI superreactivă a bebeluşului este o sensibilitate puternică. background şi pregătire şi experienţă grozave pentru sensibilitatea GI care afectează atât de mulţi copii şi adulţi astăzi. Cel mai bun mod de a ajuta stomacul să se descurce mai bine şi să scape de stres nu a fost să măsoare câte lucruri aş putea arunca în el, ci, mai degrabă, să mă concentrez pe *eliminarea negativelor.*
Toţi aceşti copii (şi adulţii cu aceste tulburări) au tracturi gastro-intestinale superreactive. Când o mamă întreabă: „Care este cel mai bun lucru pe care să-l dau copilului meu pentru a-şi ajuta sistemul imunitar?" Răspunsul meu este întotdeauna: „Înlătură negativul".
O mare parte din experienţa mea provine din formarea mea ca medic pediatru, considerând bebeluşii ca având tractul gastro-intestinal foarte sensibil. Dacă a existat vreodată o înţelegere, o „inducere" la locul de muncă care mă pregăteşte pentru aceşti copii acum, a fost cu siguranţă şi din fericire pregătirea mea. Gândindu-mă la ce impact au alimentele asupra stomacului unui bebeluş şi fiind antrenat întotdeauna să introducă alimente foarte încet, şi să nu introduc alimente solide prea devreme unui copil, am un mare scepticism. Tind să fiu îngrijorat de ceea ce ar putea declanşa stomacul copilului, sistemul imunitar. Am aflat devreme că, dacă le-am dat hrană din cereale integrale, „naturale" şi „sănătoase" bebeluşilor mici, deseori i-a aruncat pe zid. Principiul este clar: nimic nu poate fi sănătos pentru un adult sau pentru un copil dacă declanşează tractul gastro-intestinal şi sistemul imunitar.
Am început să le spun mamelor că ar trebui să evite lactatele şi cerealele integrale (şi alte alimente alergene) în timpul sarcinii. În timp ce alăptarea este bună, le-am sfătuit femeilor însărcinate şi proaspetelor mamici să nu lactate, cereale integrale şi alte alimente alergice dacă urmează să alăpteze. Deşi credem că alăptarea este în teorie mai bună pentru un copil, se pare că uităm că orice mănâncă o mamă poate trece prin laptele matern. Indiferent dacă o mamă alăptează sau se asigură că alegerea formulei nu provoacă iritabilitate gastrointestinală, congestie şi erupţii cutanate, acest lucru a condus la o practică pediatrică în general foarte sănătoasă şi este punctul de plecare pentru prevenirea stresului la copiii care se nasc astăzi. Deoarece, de-a lungul anilor, am practicat întotdeauna medicina pediatrică preventivă, m-am trezit mai întâi concentrându-mă pe sfaturile de hrănire şi alăptare pentru a preveni alergiile şi congestia la sugari şi copii. De asemenea, în concordanţă acum cu recomandările Academiei de Pediatrie, practic prevenirea alergiilor şi managementul stresului cu mamele însărcinate - îngrijire preventivă în uter. Deşi primul meu accent a fost ca mamele din cabinetul meu să se pregătească pentru următorul copil, aceasta a implicat şi sfaturi preventive pentru orice părinte cu antecedente de alergii sau tulburări imunitare în familiile lor sau care a avut un copil anterior care a prezentat simptome de NIDS.

Lucrul cu bebeluşii a fost încă o lecţie de învăţare. Un copil ar putea tolera o formulă sterilizată tratată termic, dar reacţionează atunci când i se administrează lapte sau produse lactate. Prin tratarea termică şi prelucrare, modificaţi structura proteinelor, potenţialul alergic al unui aliment. Cu împingerea către tot ceea ce este „natural", ignorăm faptul că „naturalul" provoacă adesea reacţii alergice la aceşti copii. Un test simplu care poate fi făcut pe orice copil este ceea ce numim un CBC cu un diferenţial *complet care arată ceea ce se numesc eozinofile.* Dacă un bebeluş are eozinofilele crescute, este sigur că ceva pe care copilul îl primeşte este alergen pentru acel copil şi creează stres imunitar. (Notă: opusul nu este întotdeauna adevărat, deoarece unii copii vor prezenta eozinofile crescute, dar alţii pot nu - o parte din cât de imperfecte pot fi testele de laborator pentru alergii.)
O lecţie suplimentară de învăţare este că, pentru a evita derapajele, rigiditatea restricţiilor este mult mai importantă acum decât era în primele mele zile de practică, având în vedere rolul cunoscut al acumulării de stres asupra unui făt sau sugar. Odată cu recunoaşterea cu câţiva ani în urmă că „proteina bovină" ar putea acţiona ca un superantigen (şi declanşa reacţii imune multiple la un individ imun sensibil), Academia de Pediatrie a făcut recomandarea ca într-o familie cu antecedente de atopie (aceasta este un cuvânt politicos pentru alergii), mama ar trebui să evite lactatele şi alimentele din grâu integral în timpul sarcinii. După cum s-a menţionat mai sus, au ratat un punct critic când nu l-au transmis unei mame care alăptează. În cele din urmă, academia recomandă acum ca, atunci când există antecedente de alergii în familie, o mamă să evite laptele şi lactatele şi cerealele integrale din grâu atunci când alăptează. Cu siguranţă aş extinde acest lucru pentru a include evitarea lucrurilor roşii, cum ar fi căpşunile, cireşele şi, în experienţa acestui medic, fructele tropicale (gândeşte-te la ceea ce este nativ în locul în care ai crescut; ceea ce nu este nativ este probabil să fie mai dificil de manevrat.) şi cu precauţie preventivă pentru orice aliment care se încadrează într-o categorie de substanţe potenţial reactive. Îndepărtarea potenţialilor declanşatori este cheia pentru a fi preventiv în timpul sarcinii, după naştere şi cu eventuala introducere lentă a diferitelor alimente pentru un copil.

Zahăr, lactate şi teorii dietetice în duel

Din păcate, de-a lungul anilor, rolul dietei şi nevoia de a evita „negativele" a crescut, mai degrabă decât a scăzut. Problema „înşelăciunii" prin hrănirea unui pacient cu ceva alergen sau a înşela prin administrarea de zaharuri sau carbohidraţi, a început acum să se suprapună. A fost întotdeauna uşor să spunem că o „trişală" cu lactate sau un aliment care era un alergen a fost mult mai perturbatoare decât o înşelăciune doar cu „zahăr", dar părinţii nu au înţeles adesea acest lucru.
În timp ce zahărul sau carbohidraţii (carbohidraţii simpli devin „zahăr" într-o etapă metabolică în organism) dau o „grabă" imediată, pot crea un „ridicat" al zahărului sau pot contribui la o hipoglicemie de revenire (episod de scădere a zahărului din sânge), un „ alergic" înşelăciune va elimina sistemul imunitar timp de până la şapte până la zece zile. Merită evitată, atunci când ne gândim la recuperarea pe termen lung, şi nevoia ca organismul să aibă şansa de a se reconstrui, de a se recupera. În mod unic, lactatele, ceea ce numim proteină „bovină", acţionând ca ceea ce numim un „superantigen", poate stabili sistemul imunitar într-o manieră disfuncţională, rezultând (precum efectul unor viruşi, în special virusurile gripale) în sistemul imunitar. atacarea şi eliminarea celulelor beta (celula

care produce insulină) din pancreas, lăsând o persoană „predispusă” acum diabetică, care necesită injecţii de insulină pentru tot restul vieţii.
A-ţi face timp pentru a explica această legătură îi ajută pe părinţi să înţeleagă de ce dieta este importantă şi, de-a lungul anilor, este de mare ajutor pentru un copil care se descurcă mai bine şi gândeşte suficient de bine pentru a intra în „necazuri”. Un motiv puternic este adesea mai bun decât un simplu „te poate răni!”
Problema cu carbohidraţii - pe lângă problema celor simpli care devin zaharuri foarte uşor - este că orice produs făcut dintr-un cereal, aşa cum s-a menţionat în altă parte, este potenţial alergen. De obicei, voi vedea frecvent „lucitori alergeni” (cercuri sub ochi) sau o creştere a ceea ce se numesc „bazofile”, ca indicatori ai suspiciunii de „prea mulţi carbohidraţi” sau dovezi că alegerile alimentare greşite sunt încă făcute. .
Rolul dietei este major în gândirea la eliminarea potenţialilor factori declanşatori, în privinţa modului în care răciţi un sistem imunitar general reactiv şi necorespunzător. Deoarece acest lucru nu a început metabolic şi nu a fost niciodată cauzat de vreo deficienţă specifică de alimente sau vitamine, nu se poate aştepta să vindece acest lucru sau să o remedieze doar prin dietă; dar înţelegerea relaţiei dintre creier, sistemul imunitar şi intestin este o parte cheie în învăţarea de a elimina stresul unui copil, atât în tratament, cât şi în prevenire.
La facultatea de medicină ni se învaţă că toţi avem ceea ce se numeşte o triadă, o legătură puternică între creier, sistemul imunitar şi intestin. În afara sistemului imunitar, tractul gastro-intestinal are mai multe limfocite decât orice alt organ din organism. Nu ne gândim în mod obişnuit la asta, dar din punct de vedere fiziologic, interiorul tractului gastro-intestinal de la gură la rect se află în esenţă în afara corpului. Natura ne-a proiectat logic. Tractul GI este căptuşit cu toate aceste celule limfatice pentru a ne proteja, pentru a preveni infecţiile şi bolile. Alimentele şi alte expuneri pot provoca o reactivitate extraordinară care poate părea să provină din tractul gastro-intestinal, dar este o mare greşeală să credem că acesta este originea sau punctul de control al disfuncţiei în curs. Este foarte prostesc să crezi că intestinul ar fi punctul de control. Cheia, controlul general se află în creier şi ceea ce am învăţat este un sistem „neuroimun” foarte complex.
După cum sa exprimat mai devreme în carte, sistemul neuroimunitar, nu intestinul, este cheia înţelegerii acestei disfuncţii. Sistemul neuroimunitar este sub control. De exemplu, o răceală este un virus care nu ajunge la creier. În încercarea de a ne proteja (cum a fost proiectat sistemul), sistemul neuroimunitar opreşte fluxul de sânge către părţi cheie ale creierului nostru. Ne vom simţi „zona”, „spaţial”, obosit sau dureros, dar la o persoană sănătoasă, odată bine, sistemul revine la normal, creierul se deschide din nou şi ne simţim bine şi gândim bine. Dacă începem să ne gândim la oprirea care are loc în creierul copiilor, mai degrabă decât la multe suplimente şi alimente care îi ajută să se îmbunătăţească, dacă orice aliment, orice supliment, orice produs irită tractul gastro-intestinal, stimulează sistemul imunitar, ducând la un atac mai mare. şi închiderea creierului. Acest lucru duce înapoi la discuţia de mai sus; cel mai bun principiu pentru a ajuta creierul şi tractul gastro-intestinal este eliminarea declanşatorilor, eliminarea expunerilor negative. Practica eliminării expunerilor mi-a servit extrem de bine de-a lungul anilor, atât în terapie, cât şi în prevenire.
După cum am aflat devreme, munca făcută în anii 1930 şi 1940 a arătat că produsele fără prescripţie medicală nu au trecut de ficat. Deşi face ca majoritatea dintre ei să fie o risipă de

bani, acest fapt îi poate proteja și pe unii dintre aceşti copii de efectele manipulative potenţial negative ale megadozei. Nu pot sublinia suficient că anii de expunere și experienţă m-au învăţat că cel mai sigur lucru la majoritatea produselor pe care le cumpăraţi dintr-un magazin naturist care nu sunt pure este că organismul nu le absoarbe. Mi s-a părut cel puţin o abordare destul de sofisticată dintr-o direcţie nutriţională de a lucra cu o companie și de a folosi produse pe bază de prescripţie medicală, bazată pe un principiu foarte logic de a face un profil de sânge de aminoacizi, apoi de a prescrie un model de supliment menit să ajute.
Am aflat curând că, deși aș putea ajuta adesea un pacient, nu aveam de gând să închei acest proces. Crezând într-un rol puternic de susţinere pentru alegerile nutriţionale (în special evitarea negativelor), aș putea ajuta, dar nu rezolv această problemă prin nutriţie (din moment ce nu a început metabolic). De asemenea, am învăţat rapid, în timp ce încercam să fac lucrurile într-un mediu oarecum controlat, că, în timp ce în interiorul aminoacizilor, lizina și arginina erau markerii pentru sistemul imunitar, iar cei mai mulţi dintre aceşti pacienţi erau scăzuti în unul sau ambii; a devenit evident, urmărind și controlând factorii individuali, că aș putea administra un pacient lizină și l-ar putea ajuta, dar chiar dacă organismul avea un conţinut scăzut de arginină, dacă aș administra arginină (care se află în multe dintre formulele „personalizate” oferite acestora). copii), pacientul a procedat adesea mult mai rău. Aceasta a fost o lecţie de învăţare rapidă (care în cele din urmă a avut sens) că aceşti virusuri legaţi de herpes au prosperat pe arginină. O parte a lecţiei învăţate a fost că noi, ca medici și terapeuţi, trebuie să fim atenţi să nu presupunem doar că organismul să scadă într-un anumit factor este rău. Sistemul imunitar poate permite reducerea nivelurilor de arginină ca pas de protecţie.
Aici este nevoie de o notă pediatrică generală. Între sensibilităţi multiple și manipulări alimentare sau de altă natură, mulţi dintre aceşti copii vor trece prin perioade de constipaţie. Vorbește întotdeauna cu medicul pediatru, dar de-a lungul anilor, rămân recunoscător că profesorul meu de pediatrie GI a fost unul dintre cei mai buni trei specialiști GI pediatrici din țară. De-a lungul anilor, fiziologia și principiile de bază sunt din nou valabile. Nu se dorește să folosești stimulente sau laxative (uneori necesare în circumstanţe foarte limitate, niciodată pe termen lung), ci mai degrabă trebuie să încerci să creezi un efect natural de catifelare, apoi să laşi intestinul (și copilul) să se antreneze. În acest scop, uleiul mineral de modă veche este încă o alegere excelentă, în timp ce dacă un copil este suficient de mare (prea mic este periculos - se poate sufoca), prefer ceva de genul Citrucel fără zahăr, un balsam foarte sigur, foarte natural, fara efect laxativ sau stimulant. Deoarece un produs precum „Citrucel fără zahăr” nu este absorbit, atunci este sigur pe termen lung și poate ajuta la reglarea atât a constipaţiei, cât și a diareei cu IBS. Ambele tipuri de balsam sunt mai eficiente atunci când sunt administrate de două ori pe zi, cantitatea pe doză în funcţie de greutatea copilului și de sensibilitatea la efect. Cu ulei mineral, se „titrează” că scaunul este moale, dar în mod ideal nu este uleios sau cu scurgeri de ulei. Este înţelept să daţi vitamine și majoritatea medicamentelor cu cel puţin o oră înainte sau după administrarea uleiului mineral.
Următorii paşi în terapie se bazează pe încercarea de a utiliza agenţi farmaceutici și terapii direcţionate pentru a ajuta la eliminarea și controlul stresului asupra sistemului imunitar și a creierului și pentru a ajuta la susţinerea funcţiei de restaurare (nu de control comportamental) a creierului, în special a lobilor temporali. În calitate de medic pediatru,

aș sublinia că obiectivul este un copil luminos, alert și sănătos în creștere. Utilizarea unui medicament (sau a oricărui agent) trebuie să fie cu așteptarea nu numai de a nu crea rău, ci și de a ajuta pacientul să se îmbunătățească, să obțină și să ajungă la o funcționare sănătoasă, potențial normală. Le notez frecvent părinților: „Nu sunt psihiatru". Nu voi prescrie medicamente precum antipsihoticele pentru a „controla" acești copii; nu cred in ei. Voi parafraza toate acestea spunând că îi privesc pe acești copii ca pe copii potențial sănătoși care luptă cu o boală gravă, iar asta mă readuce întotdeauna la formarea de bază în pediatrie și la pregătirea medicală: „Nu face rău". Oricât de mult vreau să ajut un copil să se facă bine și să câștige această bătălie și să ajut părinții care sunt disperați să-și ajute copilul, o restricție cheie de-a lungul anilor este că nu pot folosi un produs despre care știu că ar putea provoca rău deteriorarea pe termen lung a corpului sau creierului respectivului copil. O greșeală foarte mare făcută atunci când îi tratați pe acești copii ca și cum ar avea „autism" este presupunerea că creierul copilului este deja rănit sau deteriorat. Multe terapii sunt aplicate eronat. Utilizarea suplimentelor și a multor proceduri (chelație, HBOT) poate afecta creierul unui copil. Antipsihoticele sau alte medicamente nu ar putea fi niciodată sănătoase pentru un creier potențial normal; pentru că, din păcate, acești copii nu sunt considerați a avea creier normal, medicii și părinții sunt dispuși să-și asume riscuri care sunt altfel inacceptabile. Voi sublinia întotdeauna că principiul călăuzitor în tratament este o așteptare ca copilul să înceapă cu un potențial normal sau peste normal și trebuie să încerc să-i dau copilului șansa de a se recupera, de a fi normal sau de peste!

Antivirale

Când un copil începe să ia un antiviral, există aproximativ 70 până la 80% șanse să primesc un răspuns pozitiv. Cu un răspuns pozitiv (adesea după un efect de stingere sau distrugere), un copil cu antiviral se va însenina, va deveni mai alert și va începe să proceseze mai bine. Dacă le scot (lucru pe care îl fac doar încet și cu mare precauție) și nu dețin controlul total asupra virusului, devin din nou plictisitoare și „spațioase". Teoretic, singurul lucru pe care îl poți trata cu Valtrex sau Famvri este un virus legat de herpes. Antiviralele nu sunt agenți neurotropi și, teoretic, nu funcționează asupra creierului. Utilizarea unui antiviral și a unui efect pozitiv din punct de vedere clinic ajută pur și simplu la confirmarea faptului că sunt implicați viruși (sau, cel puțin, o disfuncție asociată acestora).

Markerii puternici de laborator care susțin probabilitatea unui virus sunt:
➢ Celule NK scăzute (mai puțin de 4–5 la sută), cu sau fără titru HHV6 crescut.
➢ Interferon alfa crescut (ar trebui să fie un marker pentru o potențială activare virală pentru orice imunolog sau specialist în boli infecțioase).
➢ Titrul HHV6 crescut (40 sau peste Elisa, titru „vechi" de 1:320/ probabil 1:160) sau IgM pozitiv pentru oricare dintre celelalte screening-uri virale de mai sus. Teoretic, aceasta testează doar unul dintr-o familie (HHV6, HHV7, HHV8 și chiar 9 și 10 sunt acum detectați) de viruși capabili de „reactivare". (Noile date ar putea arăta reactivarea virală în spatele EBV și CMV presupus false crescute.)
➢ QIgM scăzut.

- Ar trebui să fie suspect de QIgM ridicat sau scăzut ca marker al unui sistem imunitar stresat - scăzut pare mai tipic unui posibil virus.
- Deşi nu dovedea nimic, cu ani în urmă, un QIgM crescut însemna că ai căutat leucemie, limfom etc., la un adult.

➢ Antecedente de anomalii motorii fine sau grosiere sau fotosensibilitate.

- Cu ani în urmă, fotosensibilitatea implica o infecţie virală şi/sau inflamaţie a creierului până când se dovedeşte contrariul. Mulţi dintre aceşti copii (şi adulţi) vor avea această plângere foarte semnificativă şi este ignorată.

➢ Antecedente de tulburări convulsive însoţitoare sau EEG anormal.

- După cum sa discutat, pe baza lipsei de convulsii asociate timp de multe decenii în discuţiile despre autism, atunci când acest lucru se întâmplă, trebuie să fim foarte suspicioşi cu privire la posibile iritaţii virale, focare iritabile.

➢ Istoricul regresiei.

Principiul cheie rămâne că un sistem imunitar sănătos este cea mai bună apărare a noastră împotriva virușilor, retrovirușilor și a multor alți potențiali agenți patogeni sau organisme oportuniste. Revenirea sistemului imunitar la o funcție sănătoasă și normală va fi cheia pentru multe tulburări autoimune, neuroimune complexe și virale complexe interdependente. În prezent, ceea ce fac cu Abordarea Goldberg este să atac cu pași combinați, cu scopul atât de a reduce stresul, cât și de a elimina stresul care atacă corpul și creierul. Având în prezent obiectivul constant de a elimina stresul de pe sistemul imunitar, încercând să îi ofere sistemului imunitar șansa de a deveni mai sănătos, ar fi un plus major să existe agenți care ar putea ajuta mai activ la ajustarea sistemului imunitar la o stare mai sănătoasă. Scopul meu a fost, încă de când am fost expus la informații cu privire la un nou tip de adevărat „modulator imunitar", să creez un focus, să creez un efort pentru a le aduce rapid în dezvoltare pentru aceste tulburări și, potențial, multe alte tulburări cu „ componente autoimune" sau „neuroimune". Spre deosebire de toate eforturile din trecut, cheia nu va fi reglarea sau împingerea sistemului imunitar într-o direcție sau alta, ci mai degrabă într-o manieră foarte unică (reminiscență a naturii și a sarcinii unei mame) pentru a ajuta la restabilirea unui echilibru sănătos al sistem imunitar.

Acum familia virusului herpes (inclusiv CMV-citomegalovirus, EBV-virusul Epstein-Barr și HZV-varicela) este una fascinantă. La facultatea de medicină, când am fost învățați despre herpes simplex (herpes labial, leziuni vaginale), am aflat că dacă acești viruși au ajuns la creier, ai fi foarte bolnav sau ai fi în comat - poți muri într-o perioadă scurtă de timp. Virusul herpes este unul dintre singurele virusuri pe care le numim bazate pe ADN. Majoritatea virusurilor sunt ceea ce numim viruși ARN. Ei trăiesc și folosesc citoplasma celulelor noastre pentru a se replica și a supraviețui. Virusurile herpetice folosesc și trăiesc în ADN, nucleul celulelor noastre (în special țesutul cerebral, dar și țesutul inimii, ficatului și rinichilor). Acest lucru plasează acești viruși într-o categorie complet diferită. În teorie, se știe că acești viruși ne afectează genele și cromozomii și pot provoca mutații.

Odată cu începutul terapiei virale care începe să fie direcționată către acești virusuri herpetice, ceea ce pare să se întâmple la acești copii și adulți cu aceste tulburări este o infecție mult mai cronică legată de herpes, mult mai în concordanță cu ceea ce am aflat despre o familie din ceea ce am Acum numiți „virusuri herpetice de ordin superior"— HHV6, HHV7 și HHV8, iar noile identificate 9 și 10. Problema este că aceștia sunt viruși mult mai sofisticați. Ei merg la creier, dar încearcă să trăiască la nivel scăzut. Gândiți-vă la

asta ca la stealth sau la o viaţă sub radar. Ei vor să trăiască din creier, dar să nu deranjeze atât de mult gazda încât sistemul imunitar să încerce să-i omoare sau să omoare gazda. Herpes simplex este un virus foarte ineficient; omori gazda şi te sinucizi pe tine, virusul. Aceşti viruşi de ordin superior sunt mai inteligenţi: să menţinem gazda în viaţă şi să ne menţinem pe noi înşine (virușii) în viaţă. Nu am fost niciodată expus la vreo cercetare medicală care să indice că un virus care trăieşte pe creierul meu, în special în lobii temporali, va fi bun pentru mine sau pentru oricine.
Odată cu lucrările rezultate din cercetările privind sindromul oboselii cronice la adulţi, trebuie să fim deschisi la faptul că s-ar putea să ne uităm la un anumit tip de CMV sau variantă/mutaţie Epstein-Barr (mai degrabă decât doar conceptul din trecut care l-a ridicat pe Epstein-Barr). titrurile şi titrurile crescute de CMV nu au fost reale sau doar activări false ale sistemului imunitar). Cheia este că toţi aceşti viruşi se află în familia de virusuri herpes, care într-un sens invers poate fi fortuit, deoarece felul în care se comportă, modul în care a acţionat herpesul simplex, a stimulat cercetarea şi dezvoltarea agenţilor pentru a încerca să încetinească sau să oprească aceste viruşi. virusuri. În timp ce agenţii antivirali iniţiali erau potenţial periculoşi sau nu atât de eficienţi, acum există o serie de agenţi care, atunci când sunt monitorizaţi şi dozaţi corect, sunt consideraţi foarte siguri în tratament, în general vorbind. Acest lucru este explicabil deoarece agenţii lucrează pe un mecanism pe care virusul herpes îl foloseşte şi corpul nostru uman nu îl foloseşte. În acelaşi timp, există cu siguranţă agenţi antivirali mai puternici, potenţial mai eficienţi, dar aceştia prezintă un anumit risc, ceea ce consider că nu este justificat la copii. Oricum ar putea fi justificate studii noi, controlate şi adecvate pentru a le analiza în viitor. În prezent, făcând lucrurile cu foarte multă prudenţă, mă simt limitat la alegerea Acyclovir (Zovirax), Valtrex sau Famvir. Spre deosebire de dezinformări, aceşti agenţi nu sunt toxici pentru ficat, dar trebuie să urmăriţi corespunzător şi să monitorizaţi funcţia rinichilor (ceea ce este uşor de realizat cu un panou chimic de rutină - ceea ce include BUN şi creatinina). După cum s-a menţionat, atunci când ne uităm la rolul virusurilor herpetice, nu numai că ajung la creier şi la SNC (sistemul nervos central), în special la lobii temporali, dar acum ştim că vor ajunge şi la inimă şi la ficat. , iar acum există dovezi de trecere în transplanturi de rinichi. A fost experienţa mea clinică copleşitoare, în timp ce făceam o monitorizare atentă a ficatului şi a rinichilor, că atunci când aceşti copii au funcţiile hepatice uşoare sau foarte moderat crescute, nu este din cauza unui medicament pe care îl folosesc, ci mai degrabă din cauza unui virus de fond. De fapt, a fost experienţa mea, şi cu siguranţă nu este o surpriză, că chiar şi un virus al răcelii provoacă stres care poate duce la creşterea uşoară a funcţiei hepatice atunci când un copil este doar bolnav în mod normal. Când apare o adevărată toxicitate sau o infecţie virală majoră (adică, virușii legati de hepatită), funcţiile hepatice vor deveni adesea destul de ridicate, mult peste ceea ce pare a fi comun la mulţi dintre aceşti copii. În timp ce urmăresc cu atenţie funcţiile ficatului şi rinichilor pentru a documenta şi monitoriza siguranţa oricărui agent pe care îl voi folosi sau prescrie, a fost interesant de observat că mulţi dintre aceşti copii vor prezenta creşteri hepatice „de grad scăzut” (deseori observate, dar ignorate la testele anterioare).), din experienţa mea, reflectând un marker pentru probabilitatea ca HHV-6 sau alt virus legat de herpes să streseze direct ficatul. A devenit evident că mai degrabă decât utilizarea agenţilor farmaceutici care provoacă mai mult stres, prin suprimarea şi încercarea de a opri virusul, se îndepărtează stresul din ficat (de asemenea din creier, potenţial inimă). Sub pretextul

„autismului" ca medici, „sistemul" a observat în esenţă această deteriorare cronică lentă a creierului şi, adesea, starea fizică a pacientului. Recunoscute aşa cum ar trebui, recunoscute ca NIDS, o epidemie medicală, medicii ar fi de aşteptat să nu lase ca acest lucru să se întâmple în continuare.
În primele zile ale acestui lucru, când cercetătorii buni se întrebau dacă tratamentele antivirale au funcţionat şi au fost indicate, am început un copil cu un antiviral, apoi îl vedeam devenind mai strălucitori, mai clari, mai bine conectaţi, apoi, cu succes iniţial, oprim antiviralul, de multe ori pentru a vezi ca multi copii incep sa cada pe spate. Deşi nu aş aborda niciodată înţărcarea unui antiviral în acest mod astăzi (nu vreau să permit nicio rezervă cu reactivare accidentală), acest lucru a ajutat la acea vreme să-i convingă pe cercetătorii buni că orice era acolo, orice am tratat trebuia să fie legat de herpes. !

Cercetare recentă

Detectarea unui retrovirus infecţios, XMRV, în celulele sanguine ale pacienţilor cu sindrom de oboseală cronică (*Science* [New York, NY] 2009 Oct 23;326[5952]:585–9. Epub 2009 Oct 8), care arată problema unui retrovirus la adulţii cu sindrom de oboseală cronică şi o descoperire potenţială la aceşti copii etichetată „autist" nu face decât să accentueze problemele de activare virală, reactivitate imună şi ceea ce am învăţat din studiul HIV ca „inflamaţie neuroimună". Discuţiile au început deja: câţi alţi retrovirusuri pot fi implicaţi în această tulburare, sau alte tulburări imunitare complexe. Acest lucru a subliniat urgenţa înţelegerii şi recunoaşterii a ceea ce este un proces de boală la aceşti copii (precum şi adulţii) şi încercarea rapidă de a dezvolta terapii mai direcţionate pentru a ajuta.
Deşi este sigur să spunem că majoritatea copiilor cu simptomele menţionate mai sus vor prezenta disfuncţie neuroimună, nu toţi copiii vor avea un virus activ. Când un copil are probleme motorii fine sau grosiere, a avut regresie în comportamente şi abilităţi, are o convulsie sau are un EEG anormal, probabilitatea ca un virus, în special un virus legat de herpes, să fie prezent este extrem de mare.
Când abordaţi terapia pentru aceşti viruşi cronici, este foarte evident în concordanţă cu predarea şcolii de medicină că nu se poate aştepta ca un agent antibacterian, un antiviral, să facă toată treaba; trebuie să ai ajutorul sistemului imunitar. Dacă utilizaţi un antiviral la niveluri terapeutice corecte şi nu controlaţi reactivitatea imună şi stresurile continue asupra sistemului, şansele ca organismul să poată prelua controlul asupra virusului sunt foarte scăzute. Poţi încetini, poţi suprima virusul, dar în cele din urmă nu câştigi lupta; nu vei putea atunci să faci fără antiviral până când acel organism nu va putea prelua controlul. Acest principiu este în concordanţă cu predarea şcolii de medicină, ilustrat printr-un exemplu că într-o epocă în care un organism numit pneumococ (acum o infecţie bacteriană foarte rezistentă) era atât de sensibil la penicilină, încât gluma era că puteai respira penicilină şi organismul ar muri; cu toate acestea, chiar şi atunci, un copil de culoare era încă expus riscului de complicaţii septice severe, în special ale şoldului şi oaselor. Acest lucru s-a întâmplat deoarece sistemul imunitar al acelui copil, din cauza unei probleme genetice, nu a manipulat corect acel organism. Acelaşi principiu se aplică problemei bolilor infecţioase de mai multe ori şi, în special, se aplică acestor copii. Dacă intenţionaţi să utilizaţi un medicament, trebuie, de asemenea, să lucraţi pentru ca sistemul imunitar să vă ajute, să devină un aliat, parte a unei lupte pentru control, restabilirea echilibrului şi

sănătatea. Este important de subliniat faptul că utilizarea antiviralelor şi alegerea se bazează pe o combinaţie, aşa cum sa discutat, despre siguranţă şi eficacitate. Dacă cineva se afla într-un spital, cu o infecţie copleşitoare cu CMV, HHV-6 sau alt virus herpes grav, s-ar apela la agenţi antivirali mai noi, mai puternici, potenţial mai toxici. La aceşti copii (şi adulţi), nu se confruntă cu o infecţie acută copleşitoare; în schimb are o natură mult mai lentă, insidioasă şi cronică. Cheia deocamdată este utilizarea antiviralelor sigure pentru a încerca să suprima virusul, permiţând propriului sistem imunitar al pacientului o şansă mai bună de a obţine controlul.

Pe baza acestor paşi, începem să implementăm ceea ce numim Abordarea Goldberg pentru a evita greşelile făcute de mulţi. În contradicţie cu principiile bune ale bolilor infecţioase, mulţi medici care sfătuiesc părinţii şi spun că ştiu cum să trateze această tulburare vor începe şi vor opri administrarea de antivirale şi/sau antifungice fără a utiliza teste de sânge pentru a monitoriza cu exactitate ceea ce fac, de fapt dacă reuşesc chiar şi în obiective. Când este nevoie de un antiviral, trebuie să monitorizaţi pacientul pentru a vă asigura că, în cele din urmă, obţineţi suprimarea titrurilor crescute (atunci când acestea sunt prezente ca markeri), restabilirea leucocitelor scăzute (o problemă comună cu aceste infecţii virale cronice) şi restabilirea funcţiei celulelor NK. Pentru a face acest lucru în mod realist, este nevoie de o combinaţie de lucru pentru a ajuta sistemul imunitar să devină mai sănătos, curăţarea dietei şi utilizarea antiviralului. Experienţa mea de mulţi ani a fost că pot ajunge într-un punct în care virusul poate fi inactiv, dar sistemul imunitar nu este încă suficient de puternic pentru a prelua întreaga slujbă dacă retrag antiviralul. În primele zile, când titrurile şi sistemul imunitar păreau mai bune, opream antiviralul. Din păcate, mulţi dintre aceşti copii ar reveni apoi în „ceaţa" lor, având loc dovezi ale reactivării virale. Prin urmare, nu mai fac asta. În schimb, când titrurile sunt scăzute şi sistemul imunitar şi copilul par sănătoşi, voi renunţa la antiviral, monitorizând cu atenţie semnele de reactivare a problemelor de la acest lucru. Dacă totul rămâne bine, atunci unii copii cu siguranţă se pot desprinde de antiviral. În mod realist, acesta nu este un curs scurt de terapie, dar la fel ca şi bacteriile, aceşti viruşi devin mai rezistenţi din cauza utilizării multiple, ineficiente şi greşite a antiviralelor. Aceste cursuri scurte, care deseori pot „aprinde" aceşti viruşi lenţi, sunt potenţial la fel de dăunătoare şi probabil chiar mai dăunătoare decât să nu trateze deloc.

Când veţi încerca să ajutaţi corpul şi creierul să devină sănătoşi, cheia este natura, propria noastră apărare încorporată, sistemul imunitar. Când este sănătos, sistemul imunitar este componenta care poate face faţă viruşilor şi chiar retroviruşilor (teoretic toţi avem unii în corpul nostru, dar îi controlăm, menţinându-i latenţi sau inactivi atunci când sistemul nostru imunitar este sănătos). În mod ironic, o mare parte din această abilitate este legată de sistemul nostru de celule NK, acelaşi sistem care protejează copiii şi adulţii de cancer şi alte tulburări grave. Acest medic crede că creşterea majoră a cancerelor la copii şi adulţi în ultimele decenii, adesea la indivizi mai tineri, este probabil legată de acelaşi concept de NIDS, cu tot mai mulţi copii şi adulţi „neurotipici" care se plimbă într-o stare imunitară stresată. Se pare că celulele NK (ucigaşe naturale) sunt atacate direct de retrovirusul XMRV (şi cel mai probabil şi de alţi viruşi încă nedefiniti). Cu cât învăţăm mai mult, cu atât devine mai evident că poate singura modalitate de a opri cu adevărat „epidemia de cancer", de a reduce semnificativ costurile şi stresul asupra sistemului nostru medical şi a familiilor noastre, este să revenim la logică, la bunul simţ. Să începem să vedem cum copiii şi adulţii

pot avea din nou un sistem imunitar mai sănătos. Din fericire, pregătirea mea pediatrică s-a concentrat pe medicina preventivă. De-a lungul anilor, îi spuneam frecvent unui părinte că scopul terapiei nu era să-şi salveze copilul cu o complicaţie gravă într-o unitate de terapie intensivă; mai degrabă, scopul real era să nu aibă deloc copilul în spital.
➢ Antivirale:
Valtrex
➢ 1 g tid (pentru adult de 70 kg sau mai mult)
➢ Proporţia în funcţie de greutatea copilului.
➢ adică 250 tid pentru 35 lb, 500 tid pentru 70 lb etc.
sau

Famvir
➢ 500 mg tid pentru un adult de 70 kg
➢ Proporţia în funcţie de greutatea copilului.
➢ adică 125 mg bid pentru 35 lb, 250 mg bid 70 lb etc.
sau

Zovirax/Aciclovir
➢ 20 mg/kg/doză qid—5x/zi (mai bine)

Antifungice

A fost întotdeauna o poziţie foarte dificilă de a aborda clinic rolul posibil al ciupercilor în patofiziologia oricărei stări de boală, cu atât mai puţin simptomele disfuncţiei autiste/NIDS observate la aceşti copii. Din punct de vedere clinic, se caută în prezent suport medical sau de laborator prin activitatea scăzută a celulelor NK, titruri virale crescute (ca markeri ai unui sistem imunitar stresat) şi alţi markeri pentru un sistem stresat (markerii mai noi ar trebui să facă această justificare mult mai uşoară). Uneori, din punct de vedere clinic, se poate observa afte, dermatită inexplicabilă sau oboseală continuă.
Din punct de vedere terapeutic, dacă este prezentă o supraaglomerare fungică (caz în care presupunem un sistem GI stresat, predispoziţie la drojdie sau creşterea excesivă a ciupercilor, *nu* probabilitatea unei infecţii sistemice), acest lucru poate fi susţinut de reacţia de deces sau de kill-off. Este deschisă dezbaterii dacă aceasta reprezintă un Jarisch-Herxheimer medical („reacţie Herxheimer") sau o eliberare de toxine potenţiale (aldehide) cu liza drojdiei/ciupercilor. Există o perioadă de mai multă oboseală, mai multă oboseală, de obicei mai multă „spaţialitate"; apoi, de obicei, în decurs de zece până la paisprezece zile, pacientul ar trebui să se descurce mai bine din punct de vedere clinic (mai clar, mai luminos, mai sănătos). Dacă die-off-ul sau kill-off-ul durează mai mult, trebuie să bănuieşti o problemă sau posibila nevoie de schimbare a antifungicului. Dacă există o posibilă rezistenţă, trebuie să evaluăm prin decizie medicală dacă are loc o ameliorare, copilul are nevoie de ajutor sau sprijin suplimentar sau este mai bine să se procedeze la schimbarea antifungicului. O altă problemă a unei reacţii negative în curs de desfăşurare (de obicei, diferită de moartea/omoarea directă) se poate datora unei formulări de medicamente care adesea nu este de acord cu acel pacient faţă de medicaţia directă în sine. Aceasta este o problemă potenţială cu *orice* medicament utilizat, în special cu medicamente generice.

Aceste efecte pot fi minimizate prin realizarea de compuși puri, evitând coloranții sau lichidele roșii. (Când folosiți un lichid, încercați să păstrați strugurii sau portocalele cu aroma.)

În timp ce *Candida albicans* este, fără îndoială, cel mai important agent patogen fungic, este și un organism comensal, prezent în aproape toate ființele umane de la naștere. Este poziționat ideal pentru a profita imediat de orice slăbiciune sau debilitate a gazdei și, probabil, are puțini egali în varietatea și severitatea infecțiilor pentru care este responsabil.[1] Deși vom cerceta și vom lupta mulți ani asupra rolului candida în diferite stări de boală, multe dintre aceste probleme sunt mai clare dacă sunt considerate ca o creștere oportunistă, *nu* ca cauza principală a multor simptome sau tulburări cu care este adesea asociată. Din punct de vedere clinic, există dovezi inferențiale abundente că atât candidoza mucocutanată, cât și cea sistemică sunt de obicei asociate cu defecte sau slăbiciuni în răspunsul imun mediat de celule.[2] Ele pot reflecta deficiențe specifice în acest context, cum ar fi candidoza vaginală cronică[3, 4] sau candidoză mucocutanată cronică.[5] (Trebuie să rețineți că, deși s-ar putea anticipa disfuncția neurocognitivă în aceste stări, aceasta nu este un subiect principal al discuțiilor. În mod semnificativ, aceste stări nu țin cont și nu induc o stare „autistică" de disfuncție a SNC, părând să ajute la negarea multor boli metabolice. teoriile conform cărora produsele metabolice fungice anormale, observate în volum excepțional de mare la aceste tipuri de pacienți, induc „autism" - din nou sprijin împotriva drojdiei ca agent patogen primar în multe boli cu care se presupune că este asociată!) Studiile epidemiologice ale *C. albicans* au fost îngreunate de lipsa unor metode precise și reproductibile pentru identificarea izolatelor. Oricare ar fi rolul final și patogeneza candida, nu pare să existe nicio îndoială că poate juca un rol în multe afecțiuni patologice. După cum sa menționat, drojdia este cu siguranță un potențial agent patogen în orice disfuncție imunitară/stare dereglată. Drojdia poate fi văzută ca un fenomen secundar din cauza unei stări disfuncționale imunitare generalizată (deseori documentată de hipersensibilitate întârziată modificată atunci când este testată). Din punct de vedere clinic, nu este de neconceput că o creștere excesivă a drojdiei în tractul gastrointestinal poate interfera teoretic cu absorbția nutrienților, modificând metabolismul aminoacizilor și proteinelor, modificând astfel multiple funcții ale corpului. Cred că este logic, dacă sunteți într-o stare de dereglare imunitară, puteți fi predispus la o creștere excesivă a tractului gastro-intestinal. Este posibil ca candida să joace un rol în ceea ce se numește fenomenul „intestinului scurs". Unii medici cred că aveți o toxină (un derivat de aldehidă) eliberată de drojdie și absorbită în organism, afectând sistemul nervos. Mulți medici fac greșeala de a administra medicamente pentru a controla drojdia doar pentru câteva săptămâni sau chiar o lună și apoi se opresc. Dacă pacientul începea cu un sistem imunitar normal sau sănătos, acesta ar fi un pas foarte logic. Dar lucrul de la premisa că o parte majoră a problemei este problema continuă a disfuncției sistemului imunitar, încercarea de a-l ajuta să revină la o stare sănătoasă, până când ajunge acolo, și a nu oferi o formă de sprijin util este o prostie din punct de vedere clinic. De fapt, se poate argumenta că terapia interioară poate fi mai inductivă la rezistență decât o rotație continuă a unei terapii de întreținere. (Din nou, cu markeri adevărați mai buni, ar trebui să putem investiga acest lucru în mod corespunzător.) Dacă, odată cu tratament, un copil devine complet „normal", iar sistemul său imunitar este sănătos, este posibil să se retragă orice tratament și copilul ar trebui să rămână sănătos. În cele din urmă, cheia este capacitatea proprie a corpului de a ține în frâu

corespunzător un organism pe care nu doreşte să-l aibă acolo pentru început. Ar trebui să facem asta atunci când suntem sănătoşi, dar organismul poate avea o problemă atunci când sistemul imunitar este stresat sau compromis. În prezent, testele de sânge, scaun sau urină au foarte puţine beneficii pentru drojdie sau ciuperci. Într-un laborator de renume, atunci când oricare dintre aceste teste este pozitiv, ele sunt probabil semnificative, dar doar pentru că sunt negative nu înseamnă că nu există o problemă. (Notă: Unii dintre copii vor avea eozinofilie secundară unui parazit. Nu trebuie să ezitaţi să trimiteţi scaun pentru O&P la un laborator de renume, dacă este indicat.) Toată terapia medicamentoasă se bazează pe monitorizarea parametrilor clinici şi de laborator cu modificarea medicamentului sau a dozei, după cum este indicat. .

Aplicaţie

Istoric de infecţii multiple ale urechii şi sinusurilor cu antibiotice multiple
Afteza sau dermatita „suspectă" împreună cu markerii celulelor NK scăzute cresc în mod semnificativ probabilitatea unei creşteri excesive de ciuperci sau drojdie la un copil sau adult
Ideea creşterii excesive a drojdiei sau a ciupercilor va fi primită cu sceptic până când markeri mai buni facilitează identificarea precisă, dar este interesant (în special la copii) modul în care simptomele par să aibă legătură cu produsele secundare ale drojdiei (adică, fermentaţia, beţia). Dacă ne gândim la hipersensibilitatea întârziată alterată ca o componentă a sistemului imunitar stresat, funcţia scăzută a celulelor NK, raţiunea, ideea drojdiei ca suprainfectie devine logică, aşa cum recunoaştem acum rolul său potenţial în multe alte tulburări legate de imun.
Înţelegerea sistemului imunitar, a conceptului de stres, deschide uşa unei discuţii raţionale despre rolul potenţial al unui antifungic la unii dintre aceşti copii. Cu cercetătorii de nivel înalt cu care am lucrat, dacă aş spune că aceşti copii sunt aşa cum sunt din cauza drojdiei sau a candidei, nu mi-ar fi mai vorbit niciodată. Aş fi fost prost mai departe dacă aş da de înţeles că drojdia sau bacteriile erau libere în sângele lor. Dacă ar fi aşa, adulţii sau copiii de genul acesta nu ar fi doar într-o unitate de terapie intensivă, ci probabil ar fi morţi. Dacă în schimb am venit cu atenţie din direcţia pe care o ştim din lucrul cu adulţii cu această tulburare că aceştia au frecvent ceea ce se numeşte hipersensibilitate întârziată alterată, atunci se poate încerca să fie raţional, logic. Suntem învăţaţi ca medici că, atunci când hipersensibilitatea întârziată nu funcţionează corect, aceasta este partea sistemului nostru imunitar care ar trebui să controleze şi să conţină drojdii şi ciuperci – aşa că atunci când sunt abordate din acea direcţie, există o justificare să vorbim despre aplicarea unui antifungic în timpul un proces mai controlat. Este esenţial să înţelegem că, dacă există o probabilitate a unei drojdii sau a unei componente fungice la un copil sau un adult cu această tulburare, este din cauza că sistemul imunitar este într-o stare de stres, nu pentru că este o infecţie primară. Voi sublinia din nou, în lumina cantităţii mari de informaţii greşite oferite părinţilor şi adulţilor, că dacă aceşti copii (sau un adult) ar avea dovezi de drojdie şi ciuperci în sângele lor, ar fi grav bolnavi într-un spital, nu ar merge pe jos. în jur cu această etichetă greşită „autism". După cum sa discutat mai sus cu antivirale, dacă există o problemă reală, indicaţie reală de a folosi un antifungic, trebuie să monitorizezi utilizarea acestuia (în special funcţiile hepatice) şi să tratezi adecvat. În concordanţă cu predarea

bolilor infecţioase, dacă cineva îşi doreşte succesul, trebuie să se obţină o remisie adevărată, nu să intre şi să oprească alegeri antifungice la întâmplare, crescând şansa de a le face ineficiente, creând din nou mai multă rezistenţă. Încă o dată, este important de subliniat că atunci când drojdia sau candida sunt prezente, este un agent patogen secundar, nu primar, ceea ce noi în medicină ne referim ca o infecţie/patogen oportunist. Un antifungic, dacă este eficient, ar trebui să provoace ceea ce se numeşte „moarte", care va dura de la zece până la paisprezece zile. Un copil sau un adult ar trebui să utilizeze Advil, Motrin sau Tylenol pentru simptome. Dacă copilul se îmbunătăţeşte, se poate lăsa moartea să treacă puţin mai mult. Dacă continuă, poate fi o problemă chimică (cu acel agent) sau rezistenţă; oricum va trebui sa treci la alt medicament. În teorie, cu cât corpul copilului devine mai sănătos, cu atât mai puţin este nevoie de un antifungic puternic. Mai degrabă decât pornirea sau oprirea la intervale diferite, este un principiu mai bun să se rotească antifungicele la fiecare şase până la douăsprezece luni, atâta timp cât sunt necesare.
CBC şi panelul de chimie sunt obligatorii la fiecare una sau două luni.
Nu există un test perfect pentru candida. Istoria este la fel de importantă ca orice test actual în a face judecăţi pentru utilizarea antifungică
Un studiu cu un antifungic (deocamdată, până când vom avea noi markeri disponibili) poate rămâne cel mai bun test de eficacitate.
Este important ca părinţii să se înregistreze în timpul morţii, pentru a fi siguri că ceea ce se întâmplă este într-adevăr moartea şi nu o reacţie la medicament. Decesul durează de obicei aproximativ şapte până la paisprezece zile, iar după acest timp schimbarea copilului poate fi destul de dramatică. Dacă moartea nu se termină în decurs de paisprezece până la şaptesprezece zile, este în general un motiv pentru a schimba alegerea antifungică. (Poate fi o problemă de rezistenţă la medicamente sau doar o reacţie chimică la acel medicament, mai ales dacă este un generic.)
Dacă tratamentul are succes, de obicei contactul vizual se îmbunătăţeşte. Copiii par mai adaptaţi şi mai puţin „ceţoşi". Părinţii vor raporta că frecvenţa zgomotelor nepotrivite, scrâşnirea dinţilor, muşcăturile, lovirile, hipersitatea şi comportamentul agresiv scade. Copiii nu se mai poartă aproape beţi fiind proşti şi râzând nepotrivit.

Exemple de tratamente antifungice:

(Iniţiaţi cu ½ doză timp de şase zile, apoi complet)

Nizoral

➢—4—5 mg/kg hs—max. 200 mg

- În general, se schimbă după maximum şase până la opt luni.
- Poate avea un efect „imunitar" suplimentar prin „axa corticosuprarenală cu efect uşor" – literatura recentă pare să susţină un efect direct asupra axei „neuroimune".

sau

Diflucan

➢—4—5 mg/kg hs—max 200 mg

- Poate fi utilizat pe termen mai lung (pe studii în alte indicaţii)

• Limită la 1 an. (inainte de rotire)

sau

Lamisil

➢ 250 mg (preferabil pentru schimbarea pentru întreținere mai degrabă decât inițială)

- ~ 1/4 comprimat 30—50 lb.
- ~ 1/3 comprimat 50—70 lb.
- ~ 1/2 tabletă 70—95 lb
- ~ 3/4 tabletă 95—120 lb
- Tableta plină peste 120 lb.

Rolul potențial (limitat) pentru antibiotice

Odată cu recunoașterea autismului ca o boală, un sistem imunitar stresat și compromis, dar nu rupt, deschide ușa, așa cum am discutat, către ideile de organisme oportuniste, cum ar fi candida și, probabil, probleme secundare bacteriene cronice, cum ar fi parte a ceea ce numim acum pediatrie. PANDA. Aceasta a fost recunoașterea faptului că, într-un fel, în organism, prezența unei infecții streptococi cronice ar putea declanșa comportamente TOC (obsesiv-compulsive). [5, 6, 7, 8,]

Mai degrabă decât penicilina pe termen lung (nu este probabil să fie sănătoasă pentru tractul gastro-intestinal), folosesc de obicei eritromicină. Deși uneori o problemă cu tractul gastro-intestinal - stomacul (în special sub formă de pastile, în special la adulți), am aflat cu mulți ani în urmă că, deși nu mai sunt considerate un agent principal de alegere, nu numai că erau încă eficienți (cu zeci de ani în urmă aproape nicio rezistență, acum există unele), dar spre deosebire de antibioticele mai puternice, acestea au fost numite bacteriostatice (în esență paralizau un organism, corpul trebuia să termine de uciderea acestuia) mai degrabă decât bacteriocide (ucideau organismul direct). Deoarece organismul nu se grăbește să-i omoare pe „băieții buni", s-a recunoscut cu mulți ani în urmă (în special în cazul adulților cu CFS/CFIDS) că eritrocinele și eritromicinele (dacă erau tolerate) erau cel mai puțin probabil să perturbe flora normală.

Lucrând mai întâi cu CFS/CFIDS și lipsind ADHD la copii și adolescenți, mulți pacienți prezentau ceea ce se numea „semiluna roșie" (inflamație a deschiderii bucale-faringelui) și mulți aveau glandele din gât mărite. În special atunci când glandele cervicale anterioare (glandele din partea din față a gâtului) sunt mărite, se ridică suspiciunea unei infecții. Deoarece această infecție este de grad scăzut, adesea cronică, nu ne-am aștepta ca o cultură de rutină a gâtului să arate prea mult. Fără un studiu universitar controlat, nu era potrivit să se facă „biopsii cu ace" pentru culturi directe (care ar trebui să fie extinse în căutarea a ceea ce ar putea fi cu adevărat acolo) a ceea ce era acolo, lăsând opțiunea de a ignora aceste descoperiri într-un caz bolnav. pacient, sau „compromis" și utilizați un agent relativ neofensiv și neesențial (eritrocinele/eritromicinele) pentru a încerca să suprimați sau să eradicați infecția. Nu numai că acest lucru a avut un mare succes de-a lungul anilor (lăsând deschisă problema în curs de desfășurare că acest lucru, la fel ca atâtea alte constatări la acești copii, ar trebui investigat, pus sub semnul întrebării, nu doar ignorat sau „șters"), dar a fost și observația mea repetată. (greu de numit un copil „placebo") că, pe baza unui medicament cu eritromicină/eritrocină, copilul sau adolescentul ar merge la școală, ar funcționa cu succes, dar în afara eritromicinei/eritrocinei (nume similare, forme diferite ale

aceluiaşi medicament de bază: un medicament de modă veche). antibiotic) ar fi imobilizat la pat sau foarte obosit din nou.
Din experienţa mea, mulţi părinţi nu ar fi apelat niciodată la răspunsuri alternative dacă profesia pediatrică ar fi jucat un rol activ în diagnosticarea şi tratarea acestor boli, mai degrabă decât să adopte o abordare de aşteptare. Sper că este timpul ca pediatrii să revină să fie medicii primari pentru copiii „cu nevoi speciale", nu observatori de pe margine.
Este demn de remarcat faptul că, dacă ar fi să fiu provocat cu întrebarea cu ce tratez, aş putea răspunde că nu sunt sigur, dar a fost de ajutor şi nu cream un rău probabil. Dacă aş fi susţinut utilizarea unui medicament precum vancomicina, de exemplu, fără dovezi concrete de boală infecţioasă, ar fi fost iresponsabil. A risca crearea rezistenţei la unul dintre ultimele antibiotice majore utilizate în spital în situaţii care pun viaţa în pericol ar fi fost un medicament neglijent. Subliniez din nou că, deşi un medicament precum eritromicina ar putea fi pus la îndoială, nu am folosit niciodată, nu voi folosi opţiuni mai puternice decât dacă sunt indicate direct. Se dovedeşte că, având în vedere că eritromicinele afectează sistemul „neuroimun", ne întoarcem la întrebarea dacă medicamentul tratează o infecţie bacteriană sau doar ajută sistemul neuroimunitar; deocamdată răspunsul meu rămâne „Nu-mi pasă, atâta timp cât ajută". A lăsa creierul şi corpul unui copil să lupte cu o boală pe care nu o pot câştiga singur, să nu-i susţin cu agenţi potenţial siguri, agenţi siguri curaţi farmaceutic, nu este o opţiune pentru mine.

Locul pentru ISRS şi alţi agenţi neurotropi limitati

După eliminarea dietei (întotdeauna), utilizarea antivirale (de obicei) şi utilizarea antifungică (frecvent), atunci voi începe să iau în considerare utilizarea unui ISRS. Ce este un ISRS? SSRI înseamnă inhibitor selectiv al recaptării serotoninei. Ce înseamnă asta? Când eram copil, părinţii noştri apelau adesea la pastile eliberate pe bază de reţetă, apoi la medicamente precum Librium şi Valium ca antidepresive. Pot spune, din experienţa cu NeuroSPECT, că nu ar fi nimic benefic în a oferi Librium sau Valium acestor copii sau creierului lor. Deşi îşi au locul lor terapeutic, nu vor face creierul unui adult sau al unui copil mai sănătos. Ele funcţionează în esenţă prin sedarea zonelor care sunt implicate în emoţii, cum ar fi depresia din creier.
Scopul este de a maximiza dezvoltarea cognitivă a copilului. Prin urmare, ultimul scop pentru mine, ca medic pediatru, este să încerc să sedez sau să controlez un copil. Nu aş alege niciodată să folosesc ISRS sau să recomand ISRS ca antidepresive. Spre deosebire de antidepresivele de modă veche care au sedat creierul, în esenţă ISRS-urile fac o singură funcţie: blochează recaptarea serotoninei care este produsă în mod natural şi o fac să rămână mai mult timp. În acest caz, şi din întâmplare, lobii temporali sunt mediaţi în primul rând serotonina. Deoarece cheia acestui proces este oprirea funcţiei mediată de neuroimun, fluxul de sânge către zonele critice ale lobilor temporali, dacă pot lua şi bloca recaptarea serotoninei care este produsă în mod natural (deşi nu au fost inventate în acest scop), este cât de aproape pot să titram acea zonă a creierului pentru a obţine ceea ce ar trebui să cauţi terapeutic: mai întâi, un copil sau un adult care se trezeşte odihnit dimineaţa, ca şi cum ar avea un somn bun şi o etapă sănătoasă. Ciclul IV de somn REM şi, în al doilea rând, un copil (sau adult) care arată strălucitor, se simte alert, aşa cum ne-am aştepta la orice alt copil sănătos.

În pediatrie suntem învăţaţi să le spunem părinţilor să nu compare copiii, dar în acest caz, este adevărat că copilul tău ar trebui să aibă o privire strălucitoare pe faţă, la fel ca orice alt copil sănătos. S-ar putea să fie încă în urmă din punct de vedere al dezvoltării (este nevoie de timp pentru a ajunge din urmă), dar trebuie să fie acolo din punct de vedere fizic pentru a reuşi pe termen lung.
În scopul siguranţei pe termen lung, am rămas cu ceea ce se numesc ISRS simpli. Până în acest moment înseamnă Prozac, Paxil, Zoloft sau Celexa. Evit şi nu cred în ceea ce se numesc ISRS complexe. Este foarte important să monitorizaţi un copil pentru acea claritate, acea vigilenţă despre care am scris şi să vă asiguraţi că din punct de vedere clinic nu induceţi cu adevărat niciun efect secundar negativ. În timp ce ISRS pot induce tot felul de reacţii (care este motivul pentru a le introduce cu atenţie, încet, cu alte variabile controlate), ei sunt fizic foarte siguri. În cadrul efectelor secundare negative, se caută „zonism", iritabilitate, hiperenţă sau orice răspuns care, după timpul de adaptare, nu este într-o direcţie pozitivă pentru un creier/copil mai sănătos şi mai funcţional. Nu cereţi unui ISRS să controleze un virus, să controleze dieta sau să controleze sistemul imunitar; mai degrabă, i se cere să facă o treabă foarte importantă, şi aceasta este să contribuie la îmbunătăţirea funcţiei într-o zonă care a fost, din păcate, insuficientă, subutilizată de câţiva ani până la mulţi ani.
În timp ce părinţii au fost încurajaţi să se ferească de ISRS şi eu nu sunt de acord cu modul în care sunt utilizaţi în mod obişnuit, siguranţa fizică nu este în general o problemă. În cazul SSRI, deşi este posibil să arunci un pacient „în afara", cu riscuri citate, inclusiv posibile idei suicidare, aceasta este o problemă mentală (cum este de acord un medicament cu cineva, ce „butoane" din creier ar putea apăsa), dar este nu reflectă vătămarea fizică a creierului, o adevărată toxicitate fizică. Este evident că cele mai multe dintre efectele secundare şi cele mai multe dintre problemele au venit de la aceşti agenţi este modul în care au fost de acord (sau nu) cu orice pacient în parte. Chiar şi în puţinele rapoarte suspecte cu privire la un adevărat negativ fizic SSRI, dovezile sunt deschise unei mari dezbateri şi s-ar putea să nu se desprindă de ceea ce se numeşte zgomotul de fond al selecţiei pacienţilor şi al controlului altor variabile.[9, 10, 11] Din păcate, atunci când enumeră efectele secundare, FDA nu face categorii separate şi mulţi agenţi, inclusiv aspirina, pot arăta destul de terifianţi. Cu siguranţă, a fost experienţa mea ca medic pediatru, în utilizarea ISRS de mulţi ani încoace, că până când nu analizăm markeri imunitari şi biologici semnificativ mai complecşi, sau poate markeri genetici, nu există o modalitate simplă de a alege care este cel mai bun ISRS individual pentru o persoană. copil sau adult.
Pentru că scopul este de a trata o disfuncţie fizică în lobii temporali, dacă un ISRS nu a fost de acord cu un pacient, nu am renunţat să mă uit la un ISRS; Trebuia doar să mă adaptez şi să fac alegerile corecte. În schimb, în tratarea „depresiei", mulţi psihiatri ar putea încerca un ISRS, dar când acel agent nu funcţionează, trec la o altă clasă de antidepresive şi mulţi nu caută să evalueze în niciun fel problemele de alegere şi dozare. Din experienţa mea, alegerea ISRS se va schimba în funcţie de starea de dezvoltare a creierului, nu atât de vârsta copilului, deşi, în general, deşi sunt siguri din punct de vedere fizic, copiii mai mici pot avea tendinţa de a deveni mai hiper hiperprozac.
Bazând deciziile pe funcţie, caut mereu ca un copil să se trezească complet revigorat dimineaţa, având un ciclu de somn REM sănătos, iar fiecare ajustare a schimbării trebuie să aibă ca rezultat un copil mai clar şi mai luminos. Combinat cu alte părţi ale Abordării

Goldberg, scopul este în cele din urmă să ai un copil strălucitor, cu o strălucire sănătoasă în ochi, echivalent cu orice copil „sănătos" de vârstă comparabilă. Acesta este un concept extrem de important de înțeles în ceea ce privește utilizarea ISRS și întreaga abordare a terapiei care este prezentată aici. În stagiul meu foarte timpuriu, după câteva luni de lucru într-o creșă de nou-născuți foarte aglomerată, în timp ce am învățat să fac examene de screening, în realitate am putut să mă uit la un copil și să știu dacă acel copil este sănătos sau bolnav. Există o strălucire în ochii unui copil și, teoretic, ceea ce ar trebui să aibă un copil sănătos.
Alegerea SSRI se va schimba probabil de-a lungul anilor. Acest lucru nu se va baza pe idei de control al comportamentului, dar experiența mea puternică a fost că, pe măsură ce creierul se maturizează și devine mai sănătos, cea mai bună alegere de ISRS se va schimba probabil. Foarte trist, când te uiți la studiile de medicamente pentru „autism", majoritatea studiilor se bazează pe controlul comportamentelor, controlul agresivității, controlul simptomelor de „autism". Chiar și atunci când anticonvulsivantele – care funcționează în esență prin scăderea excitabilității nervoase, „aturând" astfel creierul – pot părea să aibă un efect pozitiv inițial pentru unii dintre acești copii, slăbirea SNC nu poate fi pe termen lung eficientă pentru niciun copil. Întrucât, în cele din urmă, toți avem nevoie de creierul nostru să funcționeze cât mai bine, orice medicamente care scad funcția, încetinesc excitabilitatea creierului, pot fi doar negative pe termen lung. Acest lucru este, din păcate, confirmat că, chiar și pentru copiii neurotipici cu epilepsie, anticonvulsivantele vor scădea IQ-ul cu minimum 5-10% (sau mai mult). Doar ISRS (în studiile cu copii „autiști") s-au dovedit a avea ca rezultat îmbunătățirea cogniției și a IQ-ului copilului și, în teorie, nu prezintă un risc fizic pe termen lung (atunci când sunt utilizate în mod corespunzător și judicios). Ceea ce mi-a atras atenția când aveam de-a face cu sindromul de oboseală cronică a fost că am auzit de niște adulți care fuseseră tratați cu Prozac, un nou medicament antidepresiv. Acești adulți se trezeau odihniți dimineața. Asta însemna că a avut loc o normalizare considerabilă a funcției. Se pare că, atunci când lobii temporali sunt subperfuzați, ei sunt mediați în primul rând serotonina. Deși nu este întregul răspuns la problemă, a fost un instrument care nu a fost prezent cu generația anterioară de antidepresive. Ceea ce am învățat în relația cu adulții și copiii este că, dacă îi puteți obține astfel încât să se odihnească atunci când se trezesc, creierul lor este în proporție de 98% acolo unde ar trebui să fie.

Motive pentru utilizarea ISRS:
➢ După combinarea eliminării dietetice și controlul adecvat al alergiilor simptomatice, antiviral (dacă este indicat) și/sau antifungic (dacă este indicat).
- *Dacă* copilul NU este complet luminos și alert, *dacă* există spațiu rezidual, zona sau progres cognitiv lent, luați în considerare adăugarea de ISRS.

➢ *Dacă* hipoperfuzia (în special zona lobului temporal) este prezentă sau rămâne pe NeuroSPECT.
Nu există niciun ghid sau teorie absolută care să spună care SSRI va fi cel mai bun pentru un anumit copil. Așteptați întotdeauna să începeți (cu rare excepții) până când copilul este stabilizat cu dietă, antivirale și (dacă este indicat) antifungice. ISRS-urile vor crește fluxul de sânge către lobii temporali, prin creșterea funcției acelor zone. Acestea vor trebui ajustate pe măsură ce creierul se schimbă și se maturizează (acesta a fost un punct fascinant din punct de vedere clinic).

➢ Scopul/scopul este de a ridica ceaţa şi zona şi de a îmbunătăţi ciclurile de somn.
➢ Dacă hiperness apare şi nu se rezolvă în patru până la şase zile, schimbaţi ISRS.
Atunci când analizăm studiile de medicamente pentru „autism", din păcate, accentul este calmarea comportamentului, controlul negativului, *nu* îmbunătăţirea cogniţiei, capacitatea de a învăţa etc. Folosind NeuroSPECT, se poate înţelege, din păcate, că multe dintre aceste medicamente sunt folosite pentru a „calma" creierul şi copilul slăbiţi pot închide şi mai mult funcţia/fluxul chiar în zonele pe care trebuie să le îmbunătăţim.
Ceea ce ar trebui să fie necesar să întrebaţi despre fiecare tratament medical sau medicament utilizat la aceşti copii este dacă are ca rezultat un copil care are ochi mai strălucitori, procesează mai bine şi funcţionează mai repede. În teorie, contribuiţi la crearea unui creier şi a unui copil potenţial mai sănătoşi? Există efecte negative asociate cu ceea ce a fost prescris? În teorie, atunci când se tratează un copil, nu sunt acceptabile aspecte negative. De multe ori poate fi foarte greu să se facă discriminări între ceea ce este comportamental şi ceea ce este o problemă medicală. Dacă obţineţi o schimbare în care un copil este mai adaptat şi procesează mai bine şi, la rândul său, acel copil oferă părinţilor sau profesorului/terapeutului un moment „prost", acest lucru trebuie tratat comportamental, nu medical. Momentul de ajustare, orice modificări fizice (adică, alimentaţie, boală, alergii), toate trebuie luate în considerare pentru a sorta efectele medicamentelor de factori comportamentali sau de alţi factori.
Văd la aceşti copii că, cu cât creierul lor funcţionează mai bine, cu atât mai mult se comportă iniţial ca un copil de doi sau trei ani căruia nu i s-a pus niciodată „frâiele". Dacă asta se întâmplă în contextul în care creierul funcţionează mai bine, nu este un negativ. Trebuie să fii capabil să distingem când un copil mai sănătos din punct de vedere fizic şi mai strălucitor se comportă uneori de când o schimbare de medicaţie îl afectează fizic pe copil sau se arată într-o dispoziţie sau atitudine negativă.
Rămâne un proces complex, cum ar fi aprecierea hiperness, anxietatea, nervozitatea şi toate aceste piese simultan. Cred că aceşti copii sunt foarte anxioşi, cred că sunt foarte frustraţi, cred că au tendinţa de a se comporta foarte mult. Cred că sunt nefericiţi de multe ori (*dacă* cineva vorbeşte cu copii mai mari sau cu adulţi cu tulburări similare, creierul le doare, corpul îi doare - a fost experienţa mea copleşitoare că nu sunt impermeabili la durere, sunt doar în un nivel constant de durere în cea mai mare parte a timpului).
Adesea, cu cât un medicament calmează ceva mai mult, cu atât are mai mult potenţialul de a opri zonele pe care doriţi să le îmbunătăţiţi. Prin urmare, ceea ce trebuie să vă uitaţi, ceea ce îi pasă cu adevărat cu fiecare ajustare sau schimbare de medicaţie este: are ochi mai strălucitori, o procesare mai bună, funcţionează mai rapid, mai sănătos din punct de vedere fizic sau există ceva negativ? Un punct major cu aceşti copii sau adulţi este conceptul simplu de a te trezi împrospătat, ca semn că creierul este într-un loc mai sănătos.
Experienţa mea a fost de multe ori să am un copil care se descurcă mai bine, se procesează mai bine, dar, ca orice alt copil, vor avea o zi proastă, se vor comporta. Dacă deciziile sunt luate pe baza „vrem un copil controlat şi calm" (din păcate şi astăzi, „obiectivul" multor terapeuţi), nu veţi face niciodată ca creierul să funcţioneze corect. Cu toate acestea, dacă cineva face o schimbare de medicamente şi obţineţi un copil hiper, un copil iritabil, un negativ în curs de desfăşurare, nu vrem acea schimbare şi alegerile trebuie reevaluate. Trebuie să reconsiderăm care sunt opţiunile. Dar, dacă obţineţi o schimbare în care copilul, el sau ea este mai atent, procesează mai bine, începe să funcţioneze ca un copil „mai mic" şi

apoi provoacă probleme (când el sau ea nu putea face acest lucru înainte), atunci care trebuie tratat comportamental (trata cu un copil din punct de vedere psihosocial, de dezvoltare, în funcţie de vârstă), *nu* ca „autism/PDD" şi nu ca o problemă medicală.
Un punct cheie rămâne întotdeauna interpretarea unde se află un copil din punct de vedere psihosocial, din punct de vedere al dezvoltării, apoi să se ocupe de acel copil, comportamental, parental ca acel copil (pentru locul în care se află în dezvoltare - nu vârsta cronologică actuală), nu concepţia greşită despre „autism/PDD - retard ." Dacă un copil funcţionează luminos şi se comportă, atunci nu doriţi să întăriţi acest lucru, nu doriţi să-l trataţi ca pe un copil şi să-l „redirecţionaţi" sau „refocalizaţi"; în schimb, vrei să îi împuternicezi pe părinţi să acţioneze într-un mod mai normal.
Când un copil este bun, merită un răspuns la întăriri pozitive (important pentru orice copil). Dar *dacă* un copil se comportă prost, o pauză (sau pentru un copil mai mare retragerea unui privilegiu sau privilegii) poate fi o disciplină mult mai normală pentru acel părinte şi copilul respectiv. Din păcate, o parte din principiile oricărei discipline este cât costă acel copil, faţă de ceea ce a câştigat. Copiii sunt suficient de strălucitori pentru a evalua (cum facem noi) ceea ce pierd (faţă de ceea ce au câştigat). Orice „comportamentalist" care dă sfaturi părinţilor unui copil care este tratat corespunzător trebuie să înţeleagă diferenţa completă (din nou, unde este un copil din punct de vedere psihosocial, de dezvoltare).
Aici este din nou problema recuperării copilului după o boală versus o tulburare de comportament sau de dezvoltare care, în teorie, nu se schimbă cu adevărat. Ca medic, trebuie să rezolvi în mod constant şi să faci distincţia: există un comportament negativ pentru că pur şi simplu se comportă ca un copil „tipic" sau este un comportament negativ pentru că îl arunci din punct de vedere medical?

ISRS-tratamentul probelor neurotrope

(începeţi întotdeauna la nivel scăzut, lucraţi la intervale de două până la trei săptămâni – sau mai mult – până la doza optimă)

Zoloft

- Variabilitate mare în dozare
- Copii cu vârsta de 5-10 mg/an

Paxil

- Aproximativ 1 mg/an de vârstă la copii
- Nu depăşiţi 40 mg la un adult

Celexa

- În general, pare să aibă aproximativ 2 mg/an de vârstă
- Nu depăşiţi 40 mg la un adult

Prozac

- Aproximativ 1 mg/an de vârstă
- Nu depăşiţi 40 mg la un adult

(Wellbutrin, Strattera, EffexorXR sau Tenex, după cum este indicat în cazuri specifice)

Terapia cu Gamma Globuline

Ideea a ceea ce se numește terapie cu gamma-globuline (produs IgG) există de zeci de ani. La început a existat un avertisment semnificativ de risc cu privire la forma IV (IVGG), dar, din fericire, acesta a devenit un factor foarte mic (dar încă real) astăzi. Pe de altă parte, utilizarea IM (intramusculară), deși considerată mai sigură (etapă suplimentară de acidificare și procesare), nu a fost considerată a fi la fel de eficientă (dacă este deloc) pentru tulburările grave. Retrospectiv, succesul adesea „anecdotic" al unei „injecții de gamma globulină" pentru a stimula sistemul imunitar al unei persoane în timp ce călătoria în Europa sau într-o țară străină, care a fost făcut de mulți clinicieni, nu a fost niciodată cu adevărat dovedit în studii ca fiind eficace. Ca și în cazul oricărei aplicații de terapie, prea des, fără un ghid absolut sau un marker, suntem mai degrabă sceptici decât curioși. Dezbaterea cu privire la eficiența gama globulinei, luptele în desfășurare cu privire la zahăr și hiperness la copii și multe alte bătălii similare au făcut toate parte dintr-o lecție de învățare timpurie - că ceea ce ar putea fi eficient și, cu siguranță, acceptat anecdotic ca util sau real, poate să nu nu fie. să fie ușor sau ușor dovedit în studii formale, controlate. Toate acestea au fost lecții clinice, stabilind pentru acest autor acceptarea principiului că pot exista subpopulații pentru care o terapie poate fi semnificativă, dar nevalidată când se analizează întreaga / întreaga populație. În special când se analizează aceste și alte tulburări imunitare complexe, înțelegerea, clasificarea subpopulațiilor corecte va fi esențială pentru a defini terapiile de succes.
Este evident de-a lungul anilor de lucru cu pacienții cu aceasta că unii vor beneficia foarte mult (nu doar cei cu niveluri absolut scăzute de IgG pentru început), dar nu avea să fie un răspuns pentru această tulburare. La rândul meu, așteptând ajutor, dar nu vindecare sau rezoluție, cu excepția cazului în care este absolut indicat, nu am vrut niciodată să folosesc IVGG (chiar dacă riscul a devenit din fericire mult mai mic). Deoarece IVGG este un produs cu plasmă combinată (cum este IMGG), chiar și cu proceduri îmbunătățite de screening și neutralizare a virusului, produsul IVIG prezintă un anumit risc de a transmite virusuri (în special un retrovirus) și alți agenți biologici.

Este bine documentat că experiențele din primele luni și ani de viață ale sugarilor și copiilor mici au un impact major asupra formării evolutive a conexiunilor neuronale, stabilirea „urmelor" în creierul în curs de dezvoltare. Ne dezvoltăm creierul în timp. Atunci când a existat o întrerupere în acest proces, cum ar fi oprirea neuroimunitară discutată în această carte, nu este important doar să ajutăm zonele corecte ale creierului - să se deschidă, să restabilească funcția - dar atunci trebuie să contribuim la recrearea învățării. , puncte de dezvoltare ratate în acei primi ani. Odată cu funcționarea creierului, cu atât acest lucru se face într-o manieră naturală, ajutând un copil nu numai să învețe, ci și să experimenteze sau să generalizeze ceva, este cheia pentru a se întoarce și „a umple găurile". Considerăm că este de la sine înțeles, dar aceste experiențe de învățare pun bazele pentru ca acel copil să treacă la învățământul superior, domeniile de înțelegere și așa mai departe. Revenind la cercetările de bază, odată cu acceptarea generală că „experiența modelează structura creierului în curs de dezvoltare" și știind că corpul uman, inclusiv creierul, este alcătuit din celule, este logic să plecăm de la un punct care inițial acele celule pot fi oarecum organizate, dar ele nu se apropie de nivelul de funcționare, de nivelul de interconexiuni și de „urme" care vor fi necesare pentru a funcționa eficient pe măsură ce acel copil se maturizează pentru a deveni adult. Ideea că nu ne putem aștepta să restabilim sau să

redezvoltăm acele conexiuni este greșeala continuă a diagnosticului și tratamentului autismului. Faptul că acum se știe că creierul se dezvoltă până la vârsta adultă este un motiv cheie pentru un anumit optimism, chiar și la copiii mai mari.
Studiile în fiziologia creierului confirmă că celulele creierului au fost proiectate perfect pentru a face conexiuni. Celulele se semnalează reciproc; aceste impulsuri electrice călătoresc în josul celulei și apoi sunt completate celulă în celulă de substanțe chimice speciale (cum ar fi serotonina). Activarea și utilizarea repetată a acestor piste este cea care are ca rezultat în cele din urmă un creier educat „matur".
Da, există un motiv pentru teme. Ajută la dezvoltarea acestor urme ale creierului.
Trebuie să începem să ne gândim la acești copii ca la adolescenți și adulți potențial sănătoși, productivi. Asta înseamnă că trebuie să lucrăm pentru a-i ajuta să aibă un creier sănătos, potențial recuperabil, nu să provină dintr-o presupunere că, într-un fel, în mod misterios, creierul este predeteriorat, nu se poate aștepta să funcționeze într-un mod normal. Mă întreb câți dintre noi am fi reușit dacă ni s-ar fi blocat părți ale creierului.
Gândiți-vă la câți dintre actualii copii ADHD „mixti" sau „liniștiți" merg la școală ca „cadeți spațiali". Îmi pare extrem de rău că profesorii au fost rugați să încerce să educe acești copii.
Lipsa de recunoaștere a originii medicale și severitatea stării lor poate fi un factor în ceea ce este privit ca „amuțirea" societății noastre. Poate că ideile comune de jocuri video, parenting, predare și dietă sunt factori, dar ce se întâmplă dacă nu sunt cu adevărat cele mai importante? Nu e de mirare că lucrurile nu par să se îmbunătățească pentru părinți sau copii.
Când abordați terapia, trebuie să modificați o singură variabilă la un pacient la un moment dat dacă veți avea vreo modalitate controlată de a judeca ceea ce face agentul/terapia.
După cum le-am exprimat părinților de multe ori, nu aș avea optimismul general, așteptarea literală a unui nivel ridicat de succes, dacă nu aș merge pas cu pas. Acest principiu pare a fi uitat cu acești copii.
Oricât de mult înțeleg această tulburare și am avut o perspectivă fiziologică (NeuroSPECT) cu privire la disfuncția reală a creierului, nu aș fi avut șansa de a înțelege numeroasele variabile ale unui copil dacă nu aș fi mers pas cu pas. Aceste principii nu par să se aplice majorității terapeuților care recomandă agenți sau sfătuiesc părinții cu privire la acești copii. Fără a urma această abordare, este sigur să spunem că oricărui terapeut va găsi imposibil să identifice ce este o schimbare fizică sau un efect pozitiv asupra creierului, din variabile comportamentale și alte multiple variabile la un copil potențial „normal".
Când un copil de trei sau patru ani sau un copil de șapte sau opt ani începe să se comporte cu „cei doi îngrozitori", trebuie să fii capabil să rezolvi în mod critic schimbările comportamentale bune, probabil punctele normale de dezvoltare, de la cele disfuncționale sau rele. Ca medic pediatru, ca persoană, ca părinte, spre deosebire de background sau pregătire, a devenit evident în primele luni de lucru cu acești copii că ei sunt copii. Cum ar putea un creier pretins greșit și deteriorat să nu înțeleagă locul în care ar putea fi acel copil la vârsta cronologică, dar din punct de vedere al dezvoltării, pentru mulți copii, ar putea relua la acel nivel de optsprezece luni, doi ani, unde au avut în realitate oprit (nu s-a născut din punct de vedere al dezvoltării sau genetic greșit printr-un proces misterios). Unii copii, desigur, aveau funcții sau abilități mai înalte, dar dacă nu erau atinși într-un mod normal, erau probabil să aibă găuri semnificative în educația sau dezvoltarea lor.

Mi-am dat seama, ca medic pediatru, să bazez obiectivele educaţionale şi comportamentale pentru părinţi şi copil, în funcţie de locul în care se aflau din punct de vedere al dezvoltării (puncte scăzute), nu cronologic. Aşa cum se aplică cu adevărat pentru noi toţi, ne descurcăm mult mai bine atunci când toate părţile creierului nostru lucrează în echilibru, nu subactiv, nu hiperactiv. Utilizarea NeuroSPECT, a markerilor de sânge şi a funcţionării fiziologice ajută la ghidarea alegerilor sau schimbărilor în terapie. Începerea sau oprirea terapiei/terapiilor fără nicio încercare de marcare obiectivă, în anii mei de experienţă, este o greşeală foarte mare.
S-ar putea să am un copil care se descurcă foarte bine din punct de vedere clinic, dar NeuroSPECT încă poate arăta că încă nu am restabilit funcţionarea completă a lobilor temporali.
Trebuie să ne ridicăm aşteptările de la aceşti copii şi să înţelegem că aceasta este o boală gravă, nu o dizabilitate de dezvoltare sau un defect genetic încorporat. Ceea ce adesea poate părea suficient de bun sub pretextul „autismului", „ADHD" sau alt „LD" nu este chiar suficient de bun dacă cineva începe să se gândească că a început cu un copil normal sau peste normal.
Dacă înţelegem că nu ne uităm cu adevărat la copii misterioşi cu defecte (într-un fel nici această zi nu este documentată sau validată de niciun marker obiectiv din acele etichete, grupuri de simptome), atunci trebuie să începem să analizăm cu seriozitate sfaturile pe care le oferim ca pediatri către părinţi despre copiii lor. Pediatrii şi lumea medicală trebuie să facă eforturi pentru a ajuta părinţii copiilor să facă o treabă mai bună în a-i înţelege, a-i educa şi a trata în mod activ boala lor. Ei trebuie să aibă în mod realist un adevărat obiectiv de a-i ajuta să devină copii mai productivi, adulţi tineri, eventual oameni independenţi, productivi (nu dependenţi pentru totdeauna de bunăstarea socială). Lucrul cu acest lucru, în special cu autismul sever, a fost foarte revelator.
Încerc de multe ori să le explic părinţilor că dacă vă gândiţi la aceşti copii ca la copii, se schimbă întreaga abordare a terapiei; în realitate, cu toţii ar trebui să revenim la formarea pediatrică de bază ca o abordare valabilă pentru orice copil care a fost bolnav, care nu a fost întârziat sau deteriorat într-un mod misterios. Odată ce depăşiţi alegerile privind medicamentele, restricţiile de evitare a medicamentelor sau suplimentelor sau abordările terapeutice (adică, chelarea, HBOT, etc.) care pot dăuna unui copil sau creier potenţial normal, următorul pas devine ceea ce ar trebui să se concentreze toată lumea, care este cum ajuţi să educi, să redezvolti un copil.
Îmi amintesc de unul dintre primii mei pacienţi, un copil care nu putea vorbi, dar scria totul pe computer şi, evident, era un copil foarte inteligent. De fapt, în cele din urmă era în clasa a patra la New York, frecventând şi lucrând la cursuri obişnuite, dar nu a putut spune un cuvânt. Într-o zi, s-a purtat deosebit de prost în clasa sa, provocând o perioadă foarte dificilă pentru profesor şi şcoală. Deoarece urma să-l văd pentru un consult în câteva zile, i-am cerut mamei să-i explice de ce se întâmplă asta. Nu voi uita niciodată nota lui, o experienţă majoră de învăţare. În esenţă, el a scris că s-a săturat să fie considerat prost, sătul ca oamenii să creadă că este prost. Îşi dorea o şansă să înveţe mai multe. Câţi comportamentalişti ar înţelege de la distanţă sau ar da sfaturi pe baza unui astfel de copil? Dacă alţii ar putea înţelege amploarea a ceea ce simţea acest copil, atâţia alţii trebuie să simtă. Eu şi mama lui i-am putut explica că l-am înţeles, că, dacă urma să-i dăm şansa de a fi la cursuri mai bune, trebuia să aibă un comportament bun, nu putea deveni agresiv, nu

putea să se comporte. (chiar dacă este frustrat de el însuşi). Din acea zi înainte, am reuşit să mutăm copilul în clase mai bune, a devenit un elev excelent şi, în cele din urmă, a putut fi în clase obişnuite, în ciuda progresului foarte dificil cu limbajul.
Referindu-se la copilul de mai sus care se afla la New York şi nu putea să vorbească la aproape doisprezece ani, după ce s-a mutat la Washington, neîncadrat în „eticheta" cu autism, a început să poată vorbi, după ce a primit servicii de la terapeuţi. care „nu ar accepta *un nu* ca răspuns!"
Este interesant de observat că mulţi dintre aceşti copii au frecvent intoleranţă la căldură sau frig. Intoleranţa la căldură este o problemă clasică pentru mulţi cu tulburări autoimune – femeile cu lupus experimentează adesea crize într-o zi fierbinte sau umedă. Simptomele lupusului sunt adesea sever exagerate în astfel de condiţii. Am un întreg subgrup de copii care prezintă o intoleranţă totală la căldură, unii uşoară, alţii severă.
Pe măsură ce creierul şi corpul copilului devin mai clare, mai puternice şi mai sănătoase şi devine posibilă restabilirea zonelor motorii fine şi grosiere, este timpul să abordăm problemele apraxiei care afectează motricitatea orală şi vorbirea.
Am văzut mulţi copii trecând de la incomod, rezistând participării la sport (chiar şi atunci când creierul era mai clar), rezistând scrisului (probleme motorii fine), la reuşind cu uşurinţă ca membri ai echipelor sportive, individual în familie (capabil să joace mingea cu tatăl, fratele). , sau sora), şi multe altele. Câţi copii le permitem să sufere atunci când creierul şi corpurile lor le dă greş, dar nu sunt rupti, nu sunt chiar defecte (într-un fel misterios).
Experienţa mea a fost să văd mulţi copii şi adolescenţi mai mari vorbind, care nu au vorbit niciodată înainte. Acest lucru se întâmplă cu o combinaţie de terapie medicală, abordarea Goldberg şi munca excelentă de reabilitare a patologilor de vorbire care au înţeles apraxia motorie orală şi au fost deschişi să recunoască natura medicală a disfuncţiei acestor copii.
A nu te aştepta să poţi ajuta un copil să-şi recapete abilităţile lingvistice sub pretextul autismului nu înseamnă doar că le faci un deserviciu grav acestor copii, dar, în realitate, dacă te gândeşti cu adevărat la ei ca fiind copii, ai putea începe să argumentezi raţional. că abuzăm de aceşti copii. Foarte puţini „experţi" cu care am vorbit chiar şi de la distanţă par să înţeleagă cât de reală este frustrarea pentru aceşti copii potenţial peste medie până la foarte inteligenţi. De fapt, înţelegerea faptului că mulţi dintre aceşti copii, probabil cei mai mulţi, încep cu un potenţial peste medie, uneori genial, începe să schimbe modul în care ar trebui să priveşti, interpretând ceea ce am numit un „savant idiot" . Acest concept a fost cel al unui individ despre care se aşteaptă cumva să fie retardat sau sub medie în domenii semnificative ale funcţiei şi abilităţilor din cauza „autismului", în timp ce pare strălucit (din întâmplare, un mister) în alţii. În realitate, trebuie să începem să înţelegem dacă zonele strălucitoare sau peste medie sunt adevărata capacitate a acelui copil. Funcţionarea ridicată sau „Asperger" cu disfuncţia sa continuă nu este cu adevărat un punct final acceptabil. Dar aceşti copii nu sunt abordaţi cu conceptul de a afla cum să facă zonele joase sănătoase, cum să ridice cu adevărat, să restabilească acele funcţii.
Direcţia şi scopurile aşteptate şi nevoile terapiei trebuie să se schimbe. Dacă cineva recunoaşte că lucrează cu un copil potenţial normal sau peste normal, nu s-ar gândi niciodată la un mod repetitiv de educaţie ca fiind adecvat sau chiar sănătos mental. Dacă ne gândim la noi copii, când un profesor ne-a cerut să ne scriem numele sau altceva pe tablă de zece-douăzeci de ori, nu a fost pentru a ne educa, ci pentru a ne pedepsi! Dacă un copil

este bun şi cooperează, nu merită să fie pedepsit. Pentru dreptate, *dacă* un copil este complet în zone, complet distanţat, o abordare benignă, modificată de tip ABA poate fi justificată (mai bine decât nimic), dar dacă un copil se luminează şi creierul său începe să funcţioneze, terapia obiectivele şi abordarea trebuie să se schimbe cu acel copil.
Rămâne convingerea mea puternică că, dacă începem să privim aceşti copii în modul corect - ca suferinzi de o boală - mulţi specialişti în dezvoltare pediatrică capabili, psihiatri copii buni şi terapeuţi bine pregătiţi vor şti cum să-i ajute pe aceşti copii mult mai bine decât ideile care sunt utilizate sau propuse în prezent. Idealul reabilitării unui copil este şi mai puternic când vine vorba de vorbire. Am învăţat devreme că a încerca să înveţe un copil, să-i spună ceea ce ar putea fi o abilitate de stadiul III sau IV, înainte ca stadiul I sau II să fie dezvoltat, este o greşeală. Acest lucru are sens din punct de vedere fiziologic, deoarece suntem învăţaţi ca medici şi terapeuţi, că atunci când creierul învaţă paşii de dezvoltare/funcţionali care nu sunt în ordine, este adesea mai greu să anulaţi acest lucru şi mai greu să îl corectaţi. Pentru a obţine fluenţă, o şansă de funcţionare normală, trebuie să lucrezi întotdeauna de jos în sus. Acest lucru se aplică vorbirii şi tuturor domeniilor dezvoltării copilului.
Dacă ne întoarcem la realitate, la faptul că aceşti copii sunt copii bolnavi, atunci logopezii vor reveni aproape automat la pregătirea lor de bază. În calitate de pediatri şi logopezi, suntem instruiţi în şcoală că atunci când orice copil are întârzieri timpurii, infecţii multiple ale urechii, orice boală gravă sau disfuncţie care le modifică dezvoltarea normală, dezvoltarea limbajului, trebuie să reporneşti de la cele mai timpurii abilităţi. Nu ai intrat şi ai încercat doar să obţii cuvinte de la acel copil; în schimb, a trebuit să te întorci şi să ajuţi la redezvoltarea abilităţilor lor timpurii. Profesioniştii de vorbire sunt învăţaţi să înceapă cu abilităţi de şase luni, apoi abilităţi de opt luni, zece luni, un an, urcând pe scara de dezvoltare. Fără un fundal complet, câţi copii „neurotipici" ar putea vorbi corect? Cum are o şansă un copil sub eticheta de „autism", când nu-i abordăm cu niciun efort şi aşteptări pe care le aplicăm unui copil potenţial normal? Lucrând cu un logoped excelent orientat spre reabilitare (gândiţi-vă la copiii voştri ca fiind o victimă a accidentului vascular cerebral, mai degrabă decât un copil cu autism), a fost plăcerea mea timpurie să văd copiii de zece, doisprezece, paisprezece ani încep să vorbească, când nu puteam vorbi înainte. Din păcate, a fost frustrarea mea continuă faţă de copiii care devin foarte strălucitori şi alerti că adesea nu primesc instrumentele de terapie adecvate pentru a avea potenţialul de a recupera limbajul aşa cum ar trebui.
Unul dintre primii mei pacienţi cu asta a fost un copil din părinţi destul de bogaţi din Philadelphia. Pe o perioadă de doi ani am documentat revenirea funcţiei normale în lobii săi temporali; din punct de vedere clinic, el arăta ca un copil strălucitor şi alert, şi totuşi, în ciuda faptului că lucra cu „cei mai buni logopezi din Philadelphia", nu a putut spune un cuvânt. Începând să înveţe şi să înţeleagă acest lucru, le-am spus că are nevoie de un logoped care să înţeleagă reabilitarea. Fiind foarte motivaţi, aceşti părinţi au găsit un „logoped de dezintoxicare". Prima şedinţă de evaluare cu copilul, patologul de dezintoxicare le spune părinţilor: „Copilul dumneavoastră nu poate vorbi, nici măcar nu poate scoate limba!" „Oamenii de top" pe care i-a văzut acest copil de doi ani nu s-au apropiat niciodată de acest copil, deoarece ar avea orice copil „neurotipic" care avea întârzieri.

Concentrarea pe utilizarea terapiei pentru a obține un copil strălucitor, alert și sănătos, multe actualizări și discuții ulterioare se întorc la modul în care m-am antrenat, cu ce eram obișnuit ca medic pediatru general. Cum ajuți un părinte să facă față unui copil din punct de vedere comportamental și, cel mai important, cum încerci să optimizezi dezvoltarea unui copil sănătos? Acest fundal s-a dovedit a fi un domeniu major care mă ajută cu acești copii. După cum am menționat mai devreme, trebuie să aveți experiența pentru a evalua un copil, în funcție de locul în care se află în dezvoltare, care ar trebui, la rândul său, să ghideze nevoile comportamentale, educaționale și de dezvoltare. Dacă este un copil de șapte ani care are doar doi ani din punct de vedere al dezvoltării, trebuie să părinți, să disciplinați, să lăudați, să educați și să lucrați cu acel copil ca un copil de doi ani, nu la vârsta cronologică de șapte ani. . Dacă este un copil de cincisprezece ani și el are cinci sau șapte ani, trebuie să te descurci cu acel copil în mod corespunzător. După cum am constatat că, cu ajustări minore și înțelegerea frustrărilor și dificultăților de fundal, sunteți părinți unui copil la fel ca un copil normal de doi ani, cinci ani sau șapte ani. Acești copii sunt adesea redirecționați și reorientați în loc să li se acorde consecințe adecvate sau corecții comportamentale pentru un copil care funcționează la intervalul lor de vârstă. Niciun copil normal nu crește fără un amestec de iubire și disciplină. Tratarea acestor copii de parcă nu înțeleg corecția îi face adesea mult mai rău din punct de vedere comportamental și educațional.
Succesul multora dintre aceste așteptări mai înalte – dreptul de a părinți un copil ca un copil potențial normal cu întârzieri – depinde de faptul că un copil este strălucitor, vigilent și capabil să proceseze. Așa că voi califica parțial că nu vă puteți aștepta la aceste rezultate până când nu ați analizat și latura medicală a terapiei, dar dacă ați căutat la terapie medicală și un copil este mai strălucitor și funcționează mai bine, atunci trebuie să gândiți și să răspundeți în mod adecvat ca un părinte, ca medic pediatru. Poate că este mai înțelept să încerci să lucrezi cu un copil, chiar dacă el sau ea este încă zonal, presupunând că este inteligent, mai degrabă decât să permiti să se dezvolte obiceiuri proaste (care sunt apoi mai greu de anulat).
În calitate de medic pediatru, ai putea spune unui părinte al unui copil de șase luni, de un an și poate chiar și atunci când un copil de optsprezece luni se întinde spre ceva de pe masă, merge sau face ceva corespunzător, tu esența le-ar putea redirecționa, le poate reorienta. Dar undeva pe la două, două și jumătate, dacă acel copil nu răspunde la prudență și îndrumarea părinților, nu îl ascultă pe părinte, majoritatea părinților vor începe apoi să instituie un anumit tip de time-out, un fel de consecință. A fost experiența mea foarte tristă să realizez că transformăm mulți dintre acești copii în dezastre comportamentale, nu pentru că trebuie să fie, ci pentru că nu îi disciplinem și nu îi ajutăm așa cum am face-o cu un copil normal.
Este foarte greu de așteptat ca un copil normal să crească bine, fără un amestec de iubire și disciplină. Toată dragostea nu este de obicei bună, toată disciplina nu este de obicei bună. Deci, din nou, este o situație în care, dacă te gândești la acești copii ca fiind probabil deteriorați, retardați, din păcate s-ar putea să te gândești să-i redirecționezi, să-i reorientați, folosind doar întăriri pozitive. Dar dacă vă gândiți la ei ca pe un copil bolnav, dar potențial normal sau peste normal, după cum sa menționat, sfaturile și obiectivele comportamentale și educaționale se schimbă dramatic.
De asemenea, trebuie să subliniez că înlăturarea medicală a unui copil, ajutându-l să se simtă mai bine, este esențială din mai multe direcții, inclusiv faptul că cât de mult din ceea

ce este considerat ca acţiune comportamentală sau auto-rănire se datorează de fapt aceşti copii sunt nefericiţi, au dureri (dureri de cap, dureri de corp), nu doar pentru că aleg să fie dificili sau să se comporte prost. Ajutaţi la ameliorarea acestui disconfort, ajutaţi la clarificarea creierului, ajutaţi un copil să înceapă să înţeleagă şi apoi puteţi lucra cu acel copil într-o metodă şi un model mult mai pozitiv, mai sănătos şi mai normal.
Am fost sfătuit câţi dintre aceşti copii păreau să fie impermeabili la durere. Exact opusul a fost experienţa mea. Ajutaţi-i să revină la funcţionarea normală din punct de vedere fiziologic şi să simtă durere la fel ca orice alt copil. Cu toate acestea, atunci când suferiţi de durere constantă, de disconfort constant, ce este un pic mai mult uneori?
De-a lungul anilor, le-am spus multor părinţi că, *dacă* experţii ar înţelege cu adevărat ce se întâmplă cu aceşti copii, l-am numi abuz asupra copiilor *dacă* ne-am gândi la aceşti copii ca fiind altceva decât „autisti". Deşi suntem mai civilizaţi, PC, folosiţi termenul „nevoi speciale", implicaţia rămâne un nivel aşteptat de retard, în loc de un IQ normal sau semnificativ peste normal.
După cum am menţionat, NeuroSPECT m-a ajutat enorm de-a lungul anilor, mai întâi să încep să definesc şi să înţeleg această disfuncţie şi apoi să mă pot ghida cu managementul clinic şi terapiile continue. În timp ce multe decizii clinice devin evidente în timp, în loc de presupuneri sau idei educate, NeuroSPECT este ca o foaie de parcurs, care arată ce funcţionează sau nu funcţionează în creier.
După paşii iniţiali de mai sus, după ce de obicei iniţiez un ISRS (interacţiunile din lobul temporal influenţează direct lobii frontali şi alte zone ale creierului), voi încerca apoi să mă concentrez asupra a ceea ce rămâne rezidual anormal în creier. Dacă un copil se descurcă bine, dar există încă hipoperfuzie a lobului temporal, va fi un motiv pentru a reevalua fiecare pas al terapiei şi, dacă este indicat, potenţial schimbarea alegerii ISRS. Dacă există ceea ce se numeşte hiperperfuzie a lobului frontal (creşterea fluxului sanguin), după controlul dietei, eliminarea suplimentelor şi a oricăror alte produse care ar putea irita tractul gastro-intestinal sau stimulează creierul sau ambele, voi lua în considerare agenţi precum Wellbutrin sau Strattera. Ambele par să afecteze sistemul norepinefrină-dopanergic, ajutând potenţial la reglarea acestor zone, în ceea ce, din nou, *dacă* sunt utilizate în mod judicios, utilizate pentru a restabili funcţionarea fiziologică, pare a fi foarte sigur pe termen lung.
Se dovedeşte că un medicament de modă veche numit Tenex are un loc semnificativ la copiii, adolescenţii şi adulţii tineri cu această disfuncţie. Deşi iniţial a fost clasificat ca un medicament pentru tensiunea arterială, în calitate de medic pediatru am fost introdus în el ca un medicament pentru copiii care erau hiper, dar prea tineri pentru medicamentele stimulatoare (în care nu am crezut niciodată şi au o aplicaţie constructivă foarte limitată) . Acum, în timp ce poate fi folosit pentru hiperness la un copil mai mic (cu hiperfrontalitate – într-o anumită măsură fiziologic la unii copii), a fost extrem de constructiv în abordarea ganglionilor bazali, hiperperfuziei profunde a trunchiului cerebral. După cum se dovedeşte, dr. Ismael Mena a reuşit să valideze că această hiperperfuzie se datorează inflamaţiei; prin urmare, am ajuns să privesc compensarea asta ca un alt pas pozitiv în echilibrarea creierului. Dacă hiperperfuzia este prezentă pe NeuroSPECT, voi folosi Tenex, niciodată pentru a seda un copil sau un adult, ci mai degrabă pentru a ajuta la îmbunătăţirea funcţiei, a clarităţii generale şi a vigilenţei.

Un profesor de specialitate, care a început cu mine când eram adolescent cu ADHD şi oboseală, la o scanare recentă a avut o hiperperfuzie a ganglionilor bazali (creşterea fluxului sanguin în zonele mai profunde ale creierului). Ea a început să ia o doză mică de Tenex şi, deşi nu s-a plâns anterior, la urmărire, ea a comentat că s-ar putea acomoda, s-ar putea adormi mai uşor, creierul ei s-ar putea pune în viteză şi s-ar putea ocupa mai uşor. De ce nu aplicăm noi tehnologii, folosim noi abilităţi pentru a face judecăţi mai educate, direcţionate în orice încercare de a diagnostica o disfuncţie a învăţării la un copil şi cu orice aplicare a unui agent neurotrop. Cât de mult rău permit medicii să se întâmple iatrogenic, prin nefolosirea imaginilor mai noi, a instrumentelor noi într-un mod mult mai constructiv? Din fericire, NeuroSPECT a ajutat la ghidarea deciziilor de terapie pentru mine, continuând să fac presiuni pentru accesul la agenţi, terapii care ar putea, teoretic, să pună capăt acestei zile pentru copii şi adulţi.
Mă opun oricărui agent neurotrop care nu acţionează într-un mod pe care se poate raţionaliza ca fiind sănătos pentru pacient sau pentru creierul său. Majoritatea medicamentelor care acţionează într-o manieră neurotropă nu ar îndeplini niciodată acest criteriu. Din păcate, printre multele medicamente care se administrează din ce în ce mai frecvent copiilor (şi adulţilor) se numără ceea ce se numeşte medicamente stimulatoare. Punctul de plecare a fost Ritalin şi amfetaminele de modă veche, dar majoritatea celor mai noi sunt doar variante ale aceloraşi. Din păcate, părinţilor nu li se spune că niciunul dintre aceste medicamente pe bază de stimulente este la fel ca şi cum ai da cocaină unui copil. Există multe studii în literatură acum care susţin că Ritalinul este la fel ca cocaina, doar că mai puternic. Încă nu am văzut un studiu care să spună sau să sugereze că un creier era mai sănătos cu cocaina. În timp ce uneori, cu stresul general prin care a trecut creierul acestor copii, am fost încurajat să fiu deschis la doze *foarte mici ;* Rămân destul de îngrijorat de faptul că la doze normale, în special atunci când este utilizat cu un copil cu ADHD mixt sau liniştit, în special fără suport SSRI al lobilor temporali, există şanse mari de a scădea funcţia în zonele cognitive esenţiale ale creierului. Din nefericire, aşa cum sa menţionat anterior, această utilizare greşită poate fi acum un motiv cheie care contribuie la discuţiile în desfăşurare despre „amucirea" copiilor noştri de vârstă şcolară.
Când lucraţi cu un copil (sau adult), trebuie să începeţi cu o reamintire că, ca orice persoană, orice organism biologic, aceşti copii au multiple variabile care le pot afecta starea de spirit, acţiunile, atitudinile, performanţa. A nu înţelege că aceştia sunt copii potenţial normali, care sunt incomozi, nu se simt bine, lipseşte o parte din lupta imediată pentru a face ceea ce trebuie să ajute acel copil (sau adult). Este o tactică sau un răspuns complet diferit atunci când un copil se comportă pentru că nu se simte bine, suferă, faţă de comportamentul de opoziţie sau încercările de a rezista la învăţarea unui copil care este acum mai strălucitor şi, în teorie, se simte mult mai bine, dar pur şi simplu nu vrea să coopereze. La fel ca oricare dintre noi, aceşti copii devin mult mai receptivi la învăţare, mult mai productivi, atunci când creierul lor funcţionează, nu este în ceaţă sau în zone, nu este constant inconfortabil. Aş provoca politicos orice cititor al acestei cărţi cum s-ar fi descurcat la şcoală (din punct de vedere educaţional sau de dezvoltare) dacă se afla într-o ceaţă sau zonă constantă, adesea cu durere. În nicio altă zonă nu este intersecţia mai grafică decât să ne gândim la spaţiul, zona, ceaţa creierului unui copil cu autism/PDD, un copil cu noul ADHD, acum majoritar mixt sau liniştit, majoritatea adulţilor acum etichetaţi ADHD şi

un adolescent sau adult cu ceea ce a continuat să fie numit sindromul de oboseală cronică fațetă/CFIDS.
După cum am menționat, înțelegerea acestui lucru mai întâi prin ochii adulților și adolescenților care suferă din primele zile ale „boală neuroimună complexă virală complexă" m-a ajutat, ca medic pediatru și ca persoană, să-i înțeleg pe acești copii frecvent nonverbali. Copiii mai mari și adulții își descriu adesea durerile de cap ca „creierul simțea că merge în douăzeci de mii de direcții la un moment dat". Au un întreg sindrom, fibromialgie (în esență această tulburare la adulți cu mai multe disfuncții fizice decât „mentale") care descrie mai multe puncte de declanșare, sensibilitate și zone de durere. După cum s-a menționat anterior, majoritatea terapeuților și medicilor care se ocupă de acești copii nu se gândesc la acest lucru, nu au o perspectivă mai mare asupra adevăratei naturi a tulburării decât experții de la CDC care au inventat prima denumirea „yuppie grip" pentru a omite și etichetați psihosomatică această tulburare la adulții anterior cu funcționare ridicată. Mă întreb adesea dacă am fi putut pune capăt medical acestui dezastru înainte de a se extinde dacă ne-am fi abordat cu acei adulți cu o minte deschisă, dacă am fi înțeles că ceva nu este în regulă fiziologic și l-am fi studiat, am încercat să ne dăm seama în mod obiectiv ce se întâmplă cu adevărat. Implicațiile psihiatrice au condamnat mai întâi adulții, iar acum atât de mulți copii, să fie diagnosticați și înțeleși greșit într-un moment critic pentru ei și pentru societatea noastră. Fără a aduce o adevărată recunoaștere și urgența pentru cercetare și răspunsuri reale, costurile pentru sănătate, educație și bunăstare pot continua să scape de sub control până când sistemul se prăbușește!
Combină toate greșelile legate de această tulburare, eșecul de a recunoaște atât potențialul cognitiv al celor care suferă, cât și cantitatea de durere, disfuncție și disconfort în care se află, și torturăm acești copii și familiile lor. Cu ani în urmă, începând să-mi dau seama cât de complet distorsionat, stricat a devenit „sistemul", am început să spun cu destulă prudență părinților că „Raiul ferește", dar ar fi mai bine să se ocupe de un copil cu cancer decât cu „autism. " În urmă cu câțiva ani, am întâlnit un tată care avea un copil care avea autism și altul care avea cancer și le spunea deschis altor părinți că este mai ușor să te descurci cu copilul cu cancer decât cu copilul cu autism. Sper că, dacă criza revine în lumea medicală, unde este locul în primul rând, vom schimba acest lucru și o vom aborda pentru copii și familiile lor la fel ca cancerul, la fel ca TBC, la fel ca alte boli infecțioase. , în acest caz mult mai cronic.
Crezând în mod fals într-o tulburare de dezvoltare misterioasă, nu i-am abordat pe acești copii și problemele lor cu urgența pe care o merită. Acest lucru merită amploarea, și mai mult, a oricărui efort pentru poliomielita, rujeolă, cancer și orice altă boală critică a copilăriei. Trebuie să creăm o lume pediatrică, medicală și socială care să ajute să susțină acești copii și familiile lor și să recunoaștem că, pe măsură ce știința susține, că, dacă nu este prejudiciat, creierul are un potențial extraordinar de recuperare și redezvoltare. După cum s-a menționat mai sus, dacă înțelegem că nu ne naștem cu corpuri sau creiere mature, ci trebuie să le folosim și să le dezvoltăm, atunci înțelegerea modului de a ajuta la redezvoltarea unui copil este deja disponibilă pentru voi toți - trebuie doar să recunoaștem și să ne ocupăm cu problema reală.

8

GREȘELI ȘI DIRECȚII GREȘITE

Mercur

DE -A lungul anilor, au fost făcute şi continuă să fie făcute multe greşeli în încercarea de a explica cauzele misterioase ale izbucnirii autismului şi a altor disfuncţii cognitive la copii şi adulţi. Pentru mine, orice idee care nu se bazează pe logică sau ştiinţă nu a avut niciodată şansa de a oferi răspunsuri. Cu toate acestea, după ce i-au convins pentru prima dată pe adulţi de ce au acum CFS/CFIDS sau ADHD pentru adulţi din cauza metalelor grele, toxinelor, mai multor argumente diferite de mediu sau alte metabolice, aceeaşi logică, aceleaşi terapii sunt vândute acestor părinţi frenetici şi, din păcate, disfuncţionale, dar copii bolnavi. La fel ca ceea ce s-a întâmplat la adulţi, cu excepţia cazului în care abordează cauzele primare, motivele principale ale disfuncţiei, o mulţime de eforturi pot părea să ajute un copil pentru o perioadă scurtă de timp, dar nu vor continua să ajute sau probabil să fie în siguranţă pe termen mai lung, iar acest lucru este susţinut de un număr crescând de eşecuri pe termen lung. Acceptarea acestor limite şi a acestor probleme fac parte din greşeala de a crede că aceste tulburări sunt într-un fel de dezvoltare şi nu pot fi ajutate altfel.

De exemplu, la şcoala de medicină ni se învaţă că plumbul şi alte metale grele nu sunt bune pentru creier. Cheia este că, în calitate de pediatri, nu am fost niciodată învăţaţi că ar exista vreo legătură între metalele grele şi autism. Pentru a compensa sau imagina niveluri „nedetectabile" de metale grele, în special atunci când acele metale grele nu pot provoca simptome „autiste", nu poate şi nu va explica niciodată această epidemie în creştere a copiilor bolnavi.

Cu otrăvirea cu mercur, manifestările motorii caracteristice sunt ataxia, disartria şi spasticitatea. În autism, singurele manifestări motorii comune sunt comportamentele repetitive (stereotipiile), cum ar fi batetul, rotirea în cerc sau balansul. Ca parte a acestei disfuncţii, a existat o creştere dramatică a copiilor din spectrul cu probleme motorii fine şi uneori grosolane, copii cu niveluri de hipotonie. Pentru mine, nimic din toate acestea nu este compatibil cu vechile idei despre autism şi nu există nimic în mai multe articole din literatura medicală revizuită de colegi care să susţină acest tip de modificări motorii care decurg din mercur sau alte metale grele. Dacă un copil a prezentat ataxie şi/sau disartrie, împreună cu comportamente autiste, atunci se justifică o evaluare medicală atentă, în căutarea unui factor alternativ sau suplimentar.

În timp ce o constatare senzorială caracteristică a intoxicaţiei cu mercur este o constricţie bilaterală extrem de specifică a câmpurilor vizuale, nu numai că acest lucru nu a fost

raportat la copii pe spectru, dar defensivitatea senzorială a autismului este mai probabil legată de procesarea senzorială alterată din creier însuşi, mai degrabă decât o afectare a nervilor periferici, observată mai de obicei cu otrăvirea cu metale.
Alte semne care pot apărea la copiii cu toxicitate cronică a mercurului, cum ar fi hipertensiunea arterială, erupţia cutanată şi trombocitopenia, sunt rar întâlnite la autism. Când otrăvirea cu mercur are loc în viaţa prenatală sau în copilăria timpurie, dimensiunea capului tinde să fie mică, iar microcefalia este frecventă. Microcefalia nu este obişnuită cu TSA şi există publicaţii din literatură care susţin macrocefalia generală (creier mai mare) sau mărirea anumitor părţi ale creierului la copiii cu autism. Este de remarcat faptul că în expunerile tipice la neurotoxine, tendinţa devine, din nou, scăderea dimensiunii capului. În ciuda diferenţelor evidente menţionate mai sus, în ciuda faptului că, după mai mult de cincisprezece ani de studiu, în ciuda faptului, nicio lucrare publicată în literatura evaluată de colegi nu a susţinut sau raportat o încărcare corporală anormală de mercur sau un exces de mercur în păr, urină sau sânge, câţi părinţi sunt rugaţi să facă chelare pentru copiii lor pentru a-şi curăţa corpul de toxine/metale toxice (adesea nemăsurabile)? Părinţilor nu li se spune că aceşti copii nu au semne de toxicitate reală pentru mercur sau metal şi că nu reuşesc să aibă niveluri detectabile prin nicio tehnică de testare standardizată şi acceptată de laborator. Nici părinţilor nu li se spune că în mai multe studii pediatrice, în mai multe prelegeri pediatrice, ni se învaţă să fim îngrijoraţi de potenţialul de daune cauzat de chelarea în sine. (Notă: Susţinut puternic de rapoartele recente ale FDA privind pericolele agenţilor chelatori). Odată cu descoperirea recentă că DMSA (un agent chleating comun) este toxic pentru creierul şoarecelui şi şobolanului, niciun medicament pe care l-aş prescrie unui copil acum sau în viitor nu va avea vreodată acest nivel de toxicitate. Când am absolvit facultatea de medicină, ai fost învăţat că vei chela un copil cu un nivel de plumb de 15 până la 20. Acum, predarea actuală este să te gândeşti la chelarea la 60 sau 70 şi să chelaţi peste 70 sau 80. De ce a făcut asta schimbare de recomandare? Nu pentru că plumbul este bun sau mai puţin toxic, ci pentru că în studiile controlate, ceva ce nu a fost încă făcut de vreun grup care susţine chelarea copiilor cu autism, Academia Americană de Pediatrie a constatat că, în cazurile de otrăvire cu plumb, cu excepţia nivelurilor superioare. , copiii care au fost chelaţi au făcut adesea mai rău decât copiii care nu au fost. Când înţelegem cât de lipsiţi din punct de vedere metabolic sunt aceşti copii (secundari sistemului imunitar, celule NK scăzute, funcţie mitocondrială anormală - nu defecte încorporate), se poate înţelege numărul de rapoarte anecdotice despre copii care par a fi ajutaţi de chelare. Până acum, lipsa de câştiguri sau schimbări pe termen lung ar trebui să facă mult mai mulţi părinţi suspicioşi, iar eşecul complet al oricărui raport publicat de a susţine chelarea confirmă că probabilitatea unui rău pe termen lung, probabil depăşeşte cu mult orice şansă reală de câştig sau succes. Luaţi în considerare că, având în vedere toxicitatea cunoscută a DMSA (şi probabil a altor agenţi chelatori) şi potenţialele negative ale chelaţiei în sine, atunci când sunt aplicate unui copil presupus cu autism, câţi copii au fost răniţi fără ca aceasta să fie documentată sau verificabilă? Acest lucru ar trebui să fie terifiant pentru cititorii acestei cărţi şi pentru multe alte organizaţii sau societăţi dedicate protejării copiilor şi ajutorării părinţilor. Când am intrat într-o societate în care părinţii freneţi şi disperaţi li se permite să fie conduşi pe căi false şi potenţial dăunătoare pentru a-şi trata copiii, în timp ce lumea medicală reală, lumea pediatrică cu care m-am antrenat şi pe care am crescut respectând, acceptă să lase să se întâmple, parţial inocent şi până acum cel puţin parţial inescuzabil.

Din păcate, vorbind despre informaţii înşelătoare, în timp ce părinţilor li s-au prezentat mai multe argumente despre cum mercurul abia detectabil le făcuse cumva acest lucru copiilor lor, în viaţa reală, în lumea reală existau studii privind fructele de mare contaminate în Japonia şi Irak (şi rapoarte de la sănătate departamente din mai multe ţări din lume, în special cele care au consumat mult peşte) care arată efectele toxicităţii mercurului şi niciunul nu a arătat o asociere cu autismul sau simptomele autismului. De fapt, pe rapoartele de autopsie, au existat o scădere semnificativă a neuronilor, creşterea celulelor gliale, a macrofagelor, un lob frontal scurt şi o lipsă de definire a straturilor corticale. Nu numai că niciuna dintre aceste constatări nu este caracteristică copiilor cu autism, dar, de fapt, o constatare a atrofiei stratului de celule granulare cerebeloase cu o relativă economisire a celulelor Purkinje este în contradicţie directă cu rapoartele noi şi vechi despre creierul copiilor cu autism, care arată pierderea celulelor Purkinje, nu cruţarea acestor celule. Este timpul să nu mai urmărim poveşti şi idei imposibile şi să aducem laolaltă un focus greu, un apel la ştiinţă adevărată, logica acum, sau aşa cum mulţi au văzut acum, aceasta va continua pe drumul care este, beneficiind pe unii, dar distrugând pe mulţi. Mai multe studii în reviste credibile, evaluate de colegi, au urmărit victime ale intoxicării cu mercur în doze mari acute sau cronice rezultate din alimente contaminate în Irak, Pakistan, Guatemala şi Ghana. Din nou, niciunul nu a raportat manifestări sugestive de autism la supravieţuitori. În schimb, mulţi dintre aceşti supravieţuitori au avut semne clinice, cum ar fi ataxie persistentă şi disartrie, care sunt rar întâlnite la autism. În autopsiile persoanelor cu autism nu se găsesc raportări de pierderi neuronale corticale cerebrale semnificative sau atrofie a calcarinei. Frecvent, creierul anterior autist prezintă în mod neobişnuit neuroni mici, strâns împachetati şi o densitate crescută de împachetare celulară. Porţiuni ale sistemului limbic sunt în concordanţă cu reducerea dezvoltării acestui circuit. (Notă: reducerea dezvoltării este în concordanţă cu o oprire neuroimună a fluxului sanguin şi a funcţiei, *nenăscându* -se în mod misterios defect de la început.) După cum sa menţionat, o altă constatare consistentă în neuropatologia autismului este reducerea celulelor Purkinje din cerebel, în primul rând în emisferele posterioare inferioare.

Implicarea celulelor granulare a fost rareori raportată, în timp ce, în contrast, creierele expuse la mercur au arătat leziuni semnificative şi consistente ale stratului de celule granulare cerebeloase cu conservarea relativă a celulelor Purkinje, aşa cum sa menţionat anterior.

În fine, dar şi ignorat de toţi cei care susţineau cu atâta tărie mercurul (sau metalele grele) ca cauză a autismului, în istoria noastră, în prima jumătate a secolului XX, mercurul a fost un constituent comun al medicamentelor. Utilizarea acelor compuşi care conţin mercur a fost asociată cu boli la copiii mici, de obicei cei între opt luni şi doi ani, reflectând simptomele tipice de fotofobie, anorexie, erupţie a pielii şi culoarea roz strălucitoare a mâinilor şi picioarelor. Aceasta a fost numită „boala roz" sau acrodinie. Supravieţuitorii nu au fost descrişi ca având tulburări de comportament sugestive pentru autism.

Problemele otrăvirii cu mercur datează de mulţi ani în Japonia, inclusiv epidemiile de otrăvire cu metil mercur în anii 1950 în Manamata şi anii 1960 în Niigata. Expunerea prenatală puternică a dus la greutate mică la naştere, microcefalie, întârziere profundă a dezvoltării, paralizie cerebrală, surditate, orbire şi convulsii. Adulţii afectaţi au prezentat tulburări de vorbire, constricţie a câmpurilor vizuale, ataxie, tulburări senzoriale şi tremor. Autismul a fost recunoscut cu o frecvenţă mai mare la copiii japonezi în perioada acestor

focare toxice? Rapoartele japoneze în limba engleză nu indică faptul că medicii japonezi au crezut aşa!
În rezumat: În timp ce otrăvirea cu mercur şi autismul afectează ambele sistemul nervos central, locurile specifice de implicare în creier şi tipurile de celule ale creierului afectate sunt diferite în cele două tulburări, aşa cum este demonstrat clinic şi de neuropatologie. În general, tabloul clinic al mercurismului de-a lungul istoriei nu o imită pe cel al autismului. Este din nou demn de remarcat faptul că majoritatea ideilor care susţin mercur sau metale grele la copiii cu autism au fost, de asemenea, propuse mai întâi pentru a explica adulţii cu tulburarea ciudată a CFS/CFIDS. În aceste modele de boală „propuse" (SM, CFS/CFIDS, fibromialgie) expunerile precum expunerile materne la Hg (de exemplu, din vaccinări, injecţii cu RhoGam care conţin timerosal în timpul sarcinii sau plombe dentare) au fost excluse în mod repetat în literatură ca având nicio legătură cu cauzalitatea sau raţiunea.

Vaccinuri

Foarte trist, şi eşecul de a aduce în prim-plan lumea medicală reală şi industria farmaceutică (da, copiii tăi au nevoie de ei ca aliaţi) contribuie şi la lipsa concentrării asupra crizei medicale reale. Pe lângă învinuirea metalelor, legătura dintre timerosal şi vaccinuri a devenit un caz grozav pentru medicii şi clinicienii care s-au opus de mult timp vaccinurilor, pentru a avea acum un public numeros de părinţi disperaţi dornici să asculte şi, din păcate, să creadă.
Când ne uităm la conceptul de stres combinat asupra sistemului imunitar, în special stresul posibil al vaccinurilor multiple la un copil bolnav, nu pe deplin sănătos, şansa ca vaccinurile să fie una dintre combinaţiile de stres care conduc la acel punct autoimun este foarte reală. Relaţia temporală le poate lăsa uneori să pară a fi posibile „declanşatoare", dar ei nu sunt cauza acestei tulburări/epidemie. Direcţionarea greşită a furiei şi a frustrării părinţilor în acest moment a servit doar la încetinirea progresului real pentru aceşti copii.
De când m-am format ca medic pediatru cu o bună experienţă în imunologie şi boli infecţioase, eram mai mult decât conştient de bolile copilăriei precum rujeola, oreionul, varicela, poliomielita şi multe altele. Cert este că bolile reale, bolile naturale, atât uşoare, cât şi severe, nu au fost niciodată asociate (cu excepţia expunerii fetale la rubeola maternă) cu cauzalitate sau cazuri de autism. Acest lucru este susţinut de faptul că, în deceniile în care au existat epidemii ale acestor tulburări în copilărie, rata a ceva numit autism a fost atât de rară (1–2/10.000) încât încă din anii 1970, mie şi alţi pediatri ni se spunea că dacă am vedea un copil „autist" în timpul vieţii cabinetului nostru de pediatrie, ar fi unul prea mulţi. Inutil să spun, cu multe cabinete care au acum şase până la doisprezece astfel de pacienţi, această regulă a dispărut de mult. A dori să se concentreze şi să învinovăţească vaccinurile pentru schimbare acum nu a fost şi nu va fi niciodată un raţionament ştiinţific sau o logică bună. Până acum, ar trebui să fie criminal să induceţi în eroare atâtea familii nevinovate (şi copiii lor) care nu au o educaţie medicală sau un fundal pentru a înţelege numeroasele erori ale ideilor prezentate. În primele zile ale ştiinţei de bază, în primul an de şcoală de medicină, am petrecut o cantitate semnificativă de timp învăţând cum să disecăm un articol medical (sau de altă natură). Ca medici, petrecem ani de pregătire medicală pentru a încerca să învăţăm cum să distingem logica din science fiction, posibilităţile din realitate. A le cere părinţilor să facă asta atunci când nu au antecedente medicale este condamnabil.

Vreau să subliniez din nou, există o mulţime de date care susţin lipsa de cauzalitate. Este importantă înţelegerea rolului vaccinării ca „declanşator" potenţial şi a ajuta la eliminarea rolului lor potenţial de stresori imunitari la orice copil. În calitate de medic pediatru, am urmat o politică de sprijinire a vaccinărilor necesare şi importante pentru fiecare copil, inclusiv pentru multe familii cu risc ridicat, fără ca vaccinarea să ducă la vreun fel de problemă de durată. În concordanţă cu pregătirea mea la facultatea de medicină, cu experienţa mea de practică în pediatrie şi rezidenţiat, nu am dat niciodată un vaccin la creşă (cel mai periculos moment din prima viaţă a unui copil), nu fac şase sau opt vaccinuri deodată (dar dacă un copilul este bine, ar putea fi în regulă), şi nu fac niciodată un vaccin unui copil bolnav. Experienţa mea a fost că, dacă îi explic unei mame copilul ei este bolnav şi o rog să-l aducă înapoi când va fi bine, este probabil ca mamele din cabinetul meu să facă acest lucru (sau am putea avea o discuţie puternică cu următorul lor examen). Pentru că unii părinţi nu se vor întoarce, pentru că unii ar putea fi nesiguri, a fost vreodată o politică bună să daţi atât de multe vaccinuri atâtor copii bolnavi? Acestea sunt probleme care ar trebui studiate în continuare, analizate şi înţelese în termeni de stres imunitar, nu doar ideile clasice analizate sub conceptul de „răziuni de la vaccin". Ideile NIDS prezentate în această carte nu apără sau analizează rolul vaccinurilor în ceea ce priveşte cauzarea sau crearea „autismului". Acesta nu va fi niciodată cazul; e timpul să mergem mai departe.
Unii simt că autismul nu a fost niciodată descris ca o boală indusă de mercur pur şi simplu pentru că tulburarea trebuie să apară dintr-un mod de administrare a mercurului care nu a fost studiat înainte. De fapt, mercurul (Hg) — simptomele sale, metodele de detectare, efectele negative etc. — a fost studiat de mulţi, mulţi ani. Nu există niciun sprijin pentru legătura dintre mercur din vaccinuri şi autism în literatura din trecut. [1]
În 1999, medicii de familie, pediatrii, oficialii federali din domeniul sănătăţii şi producătorii de vaccinuri au declarat că, deoarece orice risc potenţial de mercur este îngrijorător, iar eliminarea expunerii la mercur sub formă de timerosal din vaccinuri este fezabilă, timerosalul ar trebui eliminat din vaccinuri. cât mai repede posibil. Cu toate acestea, nu există nicio dovadă convingătoare a efectelor nocive cauzate de nivelurile scăzute de timerosal din vaccinuri.
Această teorie nu ţine cont de copiii care nu au avut niciodată vaccinări sau expuneri la „metale grele".
NOTĂ: *Dacă* vaccinurile ar fi fost conectate, între scăderea timerezolului şi scăderea „expunerii" la vaccin (numărul de copii care nu sunt vaccinaţi), ar fi existat o scădere (nu o creştere actuală) în California (mult mai puţin în alte părţi ale ţării şi lumea). Nivelurile ridicate de metale nu sunt găsite de laboratoarele acreditate acceptate de academie (spitale de copii la nivel universitar).

Terapia de chelare

Scepticii au criticat în mod constant lipsa controalelor adecvate în studiile care pretind să demonstreze eficacitatea chelaţiei. Criticii terapiei din Asociaţia Medicală Americană (AMA) şi Administraţia Federală a Medicamentelor (FDA) susţin că nu există dovezi ştiinţifice bune care să susţină afirmaţiile extravagante ale avocaţilor. Apărătorii terapiei susţin că instituţia medicală s-a angajat într-o jumătate de secol de înşelăciune şi conspiraţie pentru

a suprima chelarea din cauza fricii că ar reduce profiturile obţinute de terapia medicamentoasă şi chirurgia.
Majoritatea chelatorilor umani sunt o formă de proteină care conţine tioli, numiţi şi sulfhidrili, adică un compus cu sulf şi hidrogen. Medicamentele sulfa sunt cunoscute a fi mortale pentru persoanele care sunt intolerante. Se observă că indivizii „autişti" au probleme cu sulf. Majoritatea versiunilor de medicamente sunt molecule sintetice, molecule create de om şi care nu se găsesc în mod natural la oameni. Există posibilitatea ca organismul să nu fie capabil să metabolizeze astfel de compuşi, ducând la reacţii alergice, reacţii autoimune, redistribuirea mercurului şi alte disfuncţii . Concluzia va fi capacitatea corpului dumneavoastră de a expulza agentul de chelare împreună cu mercurul acumulat. Dacă ficatul şi rinichii dumneavoastră nu sunt capabili să împingă chelatorul, aveţi o problemă. Dacă organismul dumneavoastră nu poate excreta agentul de chelare, va trebui să metabolizeze materialul, descompunându-l în părţile sale constitutive. Mercurul adunat de chelator va fi dispersat din nou în corpul tău, rapid, sub formă de doză mare. O astfel de redistribuire rapidă vă poate amplifica problemele de toxicitate a mercurului.
Toxicitatea SNC (de chelare): Dr. Haley, PhD, a arătat că EDTA poate provoca eliberarea de mercur într-o formă de o sută de ori mai toxică pentru creier. Pot apărea leziuni severe ale tubulinelor din creier, ducând la demenţă asemănătoare Alzheimer.

Analiza părului

Politica actuală a AMA privind *analiza părului* - adoptată în 1984 şi reafirmată în 1994 este: „AMA se opune analizei chimice a părului ca factor determinant al necesităţii terapiei medicale şi sprijină informarea publicului american şi a agenţiilor guvernamentale adecvate despre această practică nedovedită şi potenţialul său de fraudă în domeniul sănătăţii." (Analiza părului: un potenţial pentru abuz medical. Politică numărul H 175. 995, Sub. Res. 67, I-84; reafirmată de CLRPD Rep. 3—I-94).
În 1999, cercetătorii de la Departamentul de Sănătate din California au localizat nouă laboratoare şi au trimis mostre identice la şase dintre ele. Nivelurile de minerale raportate, presupusa semnificaţie a constatărilor şi recomandările făcute în rapoarte au fost foarte diferite de la una la alta. Cercetătorii au ajuns la concluzia că procedura este încă nesigură şi au recomandat agenţiilor guvernamentale să acţioneze energic pentru a proteja consumatorii (Hair analysis: A potential for medical abuse. Policy number H-175.995, Sub. Res. 67, I-84; Reafirmated by CLRPD Rep. 3—I-94).
Chiar dacă conţinutul de minerale ale părului a fost măsurabil cu o acurateţe de 100%, nu are nicio diferenţă deoarece rezultatele nu sunt utile pentru măsurarea stării nutriţionale a organismului.
Dacă întâlniţi un practicant care susţine contrariul, fugiţi spre cea mai apropiată ieşire!

DMSA

DMSA este aprobat pentru tratamentul intoxicaţiei cu plumb şi poate elimina, de asemenea, minerale esenţiale precum calciul şi fierul. Astfel, DMSA are efecte secundare potenţial grave pentru copiii în curs de dezvoltare.
Pentru a pune lucrurile în perspectivă, un studiu finanţat de Institutul Naţional de Sănătate Mintală din SUA (NIMH) a fost oprit deoarece un studiu online din octombrie 2006 în

Environmental Health Perspectives a examinat impactul DMSA asupra rozătoarelor, arătând neurotoxicitatea directă a DMSA. Din cauza potențialelor pericole pentru subiecții de testare (120 de copii cu autism cu vârste cuprinse între patru și zece ani), așa cum rezultă din studiile pe rozătoare, „experimentul" propus a fost anulat (vezi de ce mai jos), împreună cu recunoașterea faptului că nu ar fi trebuit niciodată propus în primul loc.
Se fac o mulțime de cercetări care își propun să contracareze ideile false, conceptele false, mai degrabă decât să se concentreze, după caz, pe găsirea de răspunsuri. În acest fel, „multiplele direcții greșite" propuse și făcute nu sunt doar benigne, ci mai degrabă au încetinit să ajungă la o focalizare constructivă, corectă pentru părinți și copiii lor.
În experiment, după ce au suferit trei săptămâni de terapie de chelare cu DMSA oral, ceea ce i-a surprins pe cercetători a fost că animalele care nu au fost otrăvite cu plumb au prezentat „probleme emoționale și cognitive de durată" după ce au fost supuse terapiei de chelare cu DMSA. Cercetătorii nu știau motivul pentru aceasta. Cu toate acestea, ei au speculat că DMSA ar fi putut determina șobolanii otrăviți fără plumb să piardă minerale nutriționale esențiale, deoarece nu exista niciun plumb care să se lege de medicament.
Există alți doi compuși de chelare cunoscuți în mod obișnuit ca EDTA: EDTA disodic și EDTA disodic de calciu; prima poate fi periculoasă deoarece elimină calciul din sânge.
Având în vedere poziția recunoscută a Academiei de Pediatrie față de riscurile și pericolele chelarii, chiar și pentru indicații de toxine cunoscute precum plumbul, niciun părinte nu ar trebui să permită unui copil să se supună chelarii fără ca o universitate sau un centru medical pentru copii să documenteze necesitatea.
Într-o conversație recentă cu o doamnă și soțul ei, care se presupune că „în cunoștință de cauză", mi s-a spus că acum există „treizeci și șapte de tipuri de autism". Nu patruzeci, nu douăzeci și cinci, ci treizeci și șapte. Acesta este cel mai ilogic și ridicol raționament pe care mi-l pot crede vreodată că ar putea circula. Nu avem treizeci și șapte (sau orice alt număr) de forme de autism. Poate că avem o formă pe care a descris-o dr. Kanner și apoi mai multe variații (douăzeci, patruzeci, treizeci și șapte sau mai multe) ale unei boli „imunitare complexă, virală complexă" despre care se poate vorbi acum ca NIDS și explica logic, cu știință și raționament medical bun, nu prin „mitul autismului".
În timp ce, ca medici, suntem învățați să ne gândim la o boală ca fiind ușoară, moderată sau severă, autismul și tulburările psihiatrice conexe nu au fost definite sau gândite în acest fel.

Ce s-a întâmplat cu bunul simț?

O listă nu neapărat în ordinea tratamentelor care sunt comune în comunitatea cu autism:

- Metabolismul purinelor
- Metabolismul fenolului
- ABA
- Anticonvulsivante - EEG
- Steroizi
- Megavitamine
- LDN (naltrexonă în doză mică)
- Secretina
- Enzime
- Probioticele

- Diete speciale
- Terapia de chelare
- Terapia cu oxigen hiperbaric
- Terapia cu celule stem
- Terapie electroconvulsiva
- Intervenţii religioase
- Intervenţii educaţionale
- Integrarea senzorială
- Vitamina B6 si magneziu
- Vitamina A - ulei de ficat de cod
- Acizi graşi esenţiali
- Dieta fara cazeina
- Dieta fara gluten
- Terapie cognitiv comportamentală
- DMG
- Melatonina
- Homeopatie
- Antrenament de integrare auditivă
- Ritalin (sau alte medicamente stimulatoare)
- Risperdal sau Abilify
- Seroquel
- Pepcid
- Buspar
- Imunoglobulina intravenoasa
- Inderal
- Terapia prin joc
- Terapia vederii
- Terapii sonore
- Neurofeedback

Pe lângă toxicitatea totală a agenţilor „naturali", am aflat că un agent recomandat pentru a ajuta la somn, melatonina, a fost, de fapt, probabil mai rău decât un medicament pentru somn prescris (ceva pe care nu l-aş recomanda), deoarece melatonina avea potenţialul de a juca cu mai multe hormoni la băieţi (unii la fete). Aceasta înseamnă că nu este sigur de utilizat în mod regulat şi, dacă este folosit deloc, ar trebui tratat ca un somnifer, poate folosit o dată sau de două ori pe săptămână, niciodată în mod regulat.
După cum sa menţionat anterior, nu numai că aceşti agenţi nu sunt de obicei specifici, dar, majoritatea nu sunt curaţi din punct de vedere farmaceutic, există mai multe şanse de a crea rău decât de a ajuta (chiar dacă este un produs teoretic bun pentru început).
După cum sa menţionat, mulţi agenţi „naturali" sunt destul de toxici şi, mai ales în cazul copiilor, orice megadozat nu va fi sigur. Înlocuirea unui deficit (dacă este real) poate fi adecvată, dar exagerarea acestuia va duce, de obicei, la un rău. Din nou, cheia este mai întâi recunoaşterea că un copil este bolnav, dar a fi bolnav înseamnă că lumea medicală, pediatrii şi alţi specialişti pediatri pot şi trebuie să se uite la aplicarea agenţilor pentru a ajuta un copil (sau un adult) să câştige o bătălie medicală pe care a pierdut-o. , dar nu prin utilizarea agenţilor care sunt susceptibili de a provoca vătămări. Dacă recunoaştem că un copil nu

este „deteriorat” în mod misterios de la început, agenţii care au un potenţial mare de a afecta dezvoltarea unui creier normal (adică, antipsihoticele) devin inacceptabili.
Nu pot sublinia suficient de tare că utilizarea de susţinere şi adecvată a medicamentelor nu a dus niciodată la potenţialele efecte dăunătoare observate în prezent asupra NeuroSPECT-urilor copiilor care au făcut suplimente, chelare, HBOT şi altele.
Am spus de ani de zile că probabil că poţi face o sută sau mai multe lucruri care ar putea părea să-i ajute pe aceşti copii, în loc de cât de disfuncţionale sunt corpurile lor metabolic, dar dacă nu faci ceva pe care să le susţii într-un mod sănătos, într-un mod sănătos pentru acel copil, este rar să vezi că câştigurile iniţiale continuă şi, mai mult decât probabil, un rău poate apărea în timp.
Dacă creştem aşteptări, recunoaştem că aceasta este o boală şi aducem aceşti copii înapoi la pediatrie, atunci aşteptările vor creşte, iar părinţii au dreptul să se aştepte că noi nu vom face cu adevărat rău.
Încă lucrez cu un pacient care a venit pentru prima dată din Anglia, nu în copilărie, ci în vârstă de optsprezece ani. Terminase liceul cu locuri de cazare, lucrând în esenţă la un nivel de clasa a treia sau a patra. Dar pentru că a crescut în Anglia şi, deşi cadrele universitare nu au ajutat sau susţineau, aceasta a fost o epocă în care ceea ce se numeşte „protocolul DAN” sau „biomedical” nu a fost acceptat în mod obişnuit, aşa că această mamă nu administrase niciodată megadoze de vitamine sau suplimente, chelare, HBOT, etc. Mama a încercat să urmărească dieta lui, dar asta a fost în esenţă tot ce a făcut. Răspunsul acestui copil la terapie la vârsta de optsprezece ani a fost mai uşor pentru mine decât copiii pe care îi vedeam aici, în Statele Unite, care, din păcate, au suferit suplimente masive, chelare, oxigen hiperbaric şi alte „terapii” conexe. Acest lucru a fost confirmat de scanările NeuroSPECT, care arată nu numai că zonele de disfuncţie nu au fost corectate, dar zonele întotdeauna normale anterior la scanări erau acum sub sau, mai des, suprastimulate, ceea ce a fost confirmat de scanarea NeuroSPECT.
Recent, am început să le ofer mamelor şi taţilor o garanţie că copilul lor nu poate avea cu adevărat „autism”, aşa cum termenul este folosit astăzi. Recent, după cum sa menţionat, numărul copiilor afectaţi din această ţară este de obicei citat ca 1:110 sau 1:91. Teoriile principale rămân încă concentrate pe o tulburare genetică/de dezvoltare misterioasă, dar acum este sigur să spunem că în istoria medicinei scrise, cel puţin până în evul mediu, nu există nicio înregistrare a vreunei tulburări de dezvoltare/genetice care să se apropie de la distanţă de un număr de 1 la sută. Când părinţii întreabă ce afectează cu adevărat *1* % sau mai mult dintr-o populaţie, răspunsul meu este, o epidemie masivă de gripă, ciuma bubonică, BTS, poate. Ideea este că orice care afectează 1% din populaţie va fi o boală gravă sau o boală medicală.
Când o mamă este împuternicită şi crede că copilul ei are posibilitatea de a fi sănătos, ea poate începe să răspundă mult mai adecvat, aşa cum ar face în mod normal, unui copil care este bun, unui copil care se comportă prost, unui copil fericit, un copil care nu se simte bine. Le reamintesc mamelor că, deşi nu şi-au plănuit toate acestea când erau mai mici, ele, spre deosebire de mulţi părinţi, vor putea să privească înapoi şi să ştie că au avut şansa de a-şi ajuta cu adevărat copilul să aibă o viaţă productivă şi, în cele din urmă, sănătoasă— ce mai poate cere orice parinte (sau doctor)? Ar fi frumos să facem lupta mai uşoară, mai simplă, dar oricum au dreptul să fie mândri de ei înşişi pentru că au ales o luptă dificilă, dar care poate fi câştigată. Pentru că nu acceptă multe voci educate care spun că trebuie să accepte

şi că trebuie să cedeze „realităţii”. Pentru că nu aţi căutat în disperare căi care ar putea fi dăunătoare. În mod ironic, prima lecţie de pediatrie la şcoala de medicină de la UCLA a fost „ascultaţi mamele”.

Cât de des această tulburare şi disfuncţie emoţională creează conflicte familiale în încercarea de a avea grijă de aceşti copii? Cât de des ajung familiile să se despartă, făcând încercările de îngrijire unificată şi mai dificile, dacă nu imposibile? Din nou, cheia vine la modul în care mamele şi tatăl sunt rugaţi să-şi perceapă copilul. Este greu să trăieşti într-o lume în care mai mulţi experţi vor susţine că dacă acest lucru i se întâmplă copilului tău, poţi face tot ce poţi, dar este puţin probabil să ai vreodată o calitate parentală normală sau un copil normal. Le datorăm părinţilor adevărul, cunoaşterea că *da, acest lucru este rău, da, acest lucru ar putea fi foarte dificil* , dar ca părinţi, ei pot lupta împotriva unei boli pe care copilul lor are şanse să o învingă. Mamele şi taţii vin la cabinetul meu extaziaţi după ce îşi aud copilul spunând „te iubesc” sau îşi pun pantofii pentru prima dată. De ce nu ar trebui părinţii dreptul de a şti că au dreptul de a aştepta asta de la copilul lor? Mai ales când *nu există dovezi obiective care să arate sau să confirme leziuni permanente ale creierului copilului lor* !

Înţelegerea adevăratei naturi a acestei boli a ajutat cu siguranţă la menţinerea multor familii unite – şi, din fericire, chiar şi atunci când este o recunoaştere întârziată, poate ajuta părinţii separaţi să lucreze împreună asupra copilului lor. La fel ca un copil cu diabet, este nevoie de un control adecvat al dietei. La fel ca un copil cu cancer, o boală virală cronică sau o boală autoimună, există o nevoie de medicamente de susţinere şi o nevoie continuă de a menţine terapia.

La fel ca orice altă boală, cred că ar trebui să devină neglijent să nu participi, să nu sprijini îngrijirea medicală a unui copil, indiferent dacă părinţii sunt împreună sau separaţi. La fel ca un copil cu orice altă boală gravă, standardizarea terapiei şi a diagnosticului este extrem de necesară pentru a asigura coerenţa aşteptată de la gospodărie la gospodărie pentru un copil.

9

ROLUL ALERGENILOR SI AL DIETA

DE MULT AM INCORPORAT ELIMINAREA DIETA ca parte a practicii mele pediatrice. În special, aș avertiza adesea împotriva utilizării produselor lactate. În timp ce bunul simț și medicii buni erau conștienți de faptul că lactatele (alergenul numărul 1 din lume) ar putea duce la sau adaugă la congestie, acest lucru nu a fost „dovedit" și era contrar înțelepciunii convenționale la acea vreme. Din fericire, pregătirea mea la LAC-USC a inclus învățăturile unui alergolog care credea cu tărie în eliminarea alimentelor. Dar am avut părinți care părăseau cabinetul pentru că alți medici le spuneau că nu este nimic în neregulă cu produsele lactate și au simțit că sunt greșit. De asemenea, fusesem foarte puternic influențat de dr. Frank Oski, un important hematolog pediatru, care mai târziu a devenit șef de pediatrie la Spitalul Johns Hopkins. El ținea prelegeri că produsele lactate ar putea cauza deficit de fier la copii și asta le-ar putea influența apoi creșterea și dezvoltarea.

Astăzi, există o mulțime de informații în literatura medicală despre pericolele produselor lactate și ale proteinelor din lapte. Dar încă nu avem tehnologia pentru a ști toate formele posibile de reacții alergice la lapte sau produse lactate. Deziluzia mea față de medicina modernă provine din conceptul că, dacă nu poate fi măsurată, trebuie să fie o problemă psihiatrică sau nu reală – mai degrabă decât o recunoaștere că nu avem instrumentele pentru a măsura problema.

De obicei, încep cu teste de sânge pentru a determina alergii/sensibilități care ar putea declanșa sistemul imunitar să reacționeze. Majoritatea copiilor cu autism/NIDS (și toate etichetele acestuia) prezintă sensibilități de rutină la produse lactate, cereale integrale, nuci, fructe tropicale și adesea fructe de pădure. Deși sunt adesea confirmați prin teste, aceștia sunt alergeni obișnuiți la orice copil sau adult cu un sistem imunitar prea reactiv. Ne ocupăm de factorii locali de mediu conform indicațiilor (alergeni precum polenul, iarba, poluarea). După cum sa menționat la prevenire, rămân un susținător puternic al utilizării judicioase a inhalatoarelor atât pentru a bloca reacțiile, cât și pentru a controla inflamația. Frecvent acești copii vor apărea alergici la un număr mare de alimente, nu neapărat pentru că sunt alergici la tot ce este testat, ci mai degrabă pentru că sistemul lor imunitar este atât de disfuncțional, atât de hiperactiv, încât reacționează la aproape orice. Această reacție poate sau nu să apară sub formă de astm, erupție cutanată sau urticarie. Este clar acum că *toate* alimentele negative, impuritățile din multe suplimente de calitate nefarmaceutică, uneori chiar diferite substanțe de umplere din medicamentele generice, pot contribui sau accentua această „închidere" anormală, mediată imun, a fluxului sanguin în creier, care afectează zonele lingvistice și abilităților sociale. ale creierului și ale sistemului nervos central. În timp ce accentuați oprirea negativă (gândiți-vă la o creștere și o scădere a

vigilenţei, a zonei la un copil - adesea zi cu zi, uneori din oră la oră), după cum s-a menţionat, acum este cunoscut şi bine studiat în literatura de specialitate epileptică pediatrică că activarea imună poate direct duce la o tendinţă mai mare pentru convulsii (sistemul imunitar atacă şi, prin urmare, activează, focarele din creier).
Pur şi simplu punând pacientul la o dietă fără produse lactate, ciocolată şi grâu integral, se poate observa o îmbunătăţire imediată a funcţiei cauzată probabil de o scădere a stresului sistemului imunitar, reducând inflamaţia creierului. Din nou, presupusul motiv pentru aceasta este acela de a ajuta prin eliminarea unui declanşator, reducând stresul asupra sistemului imunitar. Acest lucru nu are nimic de-a face cu ideea falsă de GF/CF (elimină lactatele şi glutenul, dar apoi adaugă „alte" produse din cereale integrale cu propriile negative), dar cu faptul acum recunoscut că, în timp ce „proteina bovină" este numărul unu alergenul din lume, grâul şi alte cereale este numărul doi. Dacă sunt luate lactate, ciocolată cu lapte şi grâu integral, până la 98% dintre alergiile probabile sunt atenuate. Cu toate acestea, deşi adesea este un început foarte util şi extrem de important în timp, nu cred că puteţi corecta această afecţiune doar prin dietă. Dacă acest lucru ar fi fost posibil, părinţii (şi medicii) ar fi auzit până acum de succese multiple, „de necrezut", de-a lungul anilor. Instituţii de renume ar efectua studii clinice pentru a investiga succesele. Deoarece terapiile nutriţionale nu au dus la tratamente, sau chiar au publicat rapoarte privind îmbunătăţirea semnificativă a funcţiei cognitive, este ilogic, de fapt potenţial dăunător, să îi punem pe aceşti copii pe diete extreme. Cu toate acestea, uneori aceşti copii se pun pe diete extreme mâncând doar un număr limitat de alimente. Nu cred că există o mulţime de copii normali care ar fi sănătoşi cu unele dintre dietele pe care aceşti copii şi-au pus ei înşişi. Deoarece aceşti copii sunt adesea atraşi de şi chiar tânjesc negative ca un dependent de droguri, acesta este adesea un indiciu util pentru a le spune părinţilor ce să evite (chiar dacă un copil pare să treacă printr-un sevraj, va fi mult mai bine pe termen lung pentru asta. copil).
Pentru cei mai mulţi dintre copii, tot ceea ce este necesar este să elimine „principalii infractori" din dietele lor care vor determina sistemul imunitar să reacţioneze. Nu este necesar să se elimine tot grâul (dar, în timp, restricţia carbohidraţilor pe bază de cereale a devenit din ce în ce mai importantă/critică). Unii medici şi homeopati recomandă eliminarea tuturor glutenului şi grâului. Simt cu tărie în acest moment că motivul pentru care atât de mulţi dintre aceşti copii prezintă o îmbunătăţire iniţială (dar nu pe termen lung) atunci când sunt supuşi unei diete fără gluten/grâu este că nu mai mănâncă grâu integral sau nu mai au lactate! De obicei, tot ceea ce este nevoie cu adevărat este să elimini din alimentaţie grâul integral şi alte cereale integrale (datorită potenţialului alergenic), nu extrema totală a GF/CF (dar am câţiva copii care par să beneficieze de pe urma extrem de limitată). dieta, chiar daca nu au boala celiaca).
Mulţi părinţi comentează cum, după doar faza iniţială alimentară/dietetică, copiii lor devin mai gestionaţi şi mai susceptibili la raţiune. Unii până la extrem de a începe să vorbească care nu au vorbit înainte. Nu ar trebui să subestimaţi sau să ignoraţi reactivitatea potenţială a sistemului imunitar şi diferite alimente, proteine, peptide sau alte sensibilităţi (în timp ce aceste zone au nevoie de markeri şi standarde clinice mai bune, până când se „demonstrează" că este un domeniu pe care nu îl putem ignora, dar trebuie să se apropie cu logică şi raţiune). Dacă un părinte observă un efect bun de la eliminarea dietei, ar trebui să se facă eforturi pentru a sprijini familia în căutarea altor excluderi „logice". Cu excepţia cazului în care există un salt foarte semnificativ, „extremele" nu sunt de obicei necesare sau

justificate (în special la copii). Ceea ce am experimentat din punct de vedere clinic este că, pe măsură ce un copil începe să se descurce mai bine, este mai uşor să judeci ceea ce îl deranjează. Trebuie să vă aşteptaţi la o creştere generală continuă (sau consistenţă din partea agenţilor medicali); dacă există variabilitate, încercaţi să vă gândiţi ce a avut de mâncat înainte de un declin. Ce s-a făcut diferit? Trebuie să rămâneţi foarte „conectat" cu părinţii pentru a identifica variabilele şi problemele. Este util să ţii un jurnal, în special urmărirea orelor „off", când nu există un răspuns imediat, evident.
Nu încetez să fiu uimit de câţi părinţi vor spune „copilul meu este alergic la lapte", dar apoi copiii încă primesc brânză sau alte produse lactate. Adevărul este că nu vedeţi o reacţie la fel de proastă la un produs procesat ca la un produs mai sănătos, natural. Aceasta este o parte a întregului argument, când intri în nutriţie, despre procesarea a ceva, despre cum schimbi structura proteinelor. Aşa că un copil care s-ar putea înnebuni din cauza laptelui poate să nu pară ciudat pe brânza procesată. Dar dacă un produs este negativ, în acest tip de sistem reactiv, orice expunere nu este bună. Conceptul că atunci când schimbaţi structura proteinelor, îi modificaţi frecvent caracteristicile alergene a fost ilustrat la începutul practicii mele pediatrice. Un copil s-ar putea descurca bine la lapte praf timp de douăsprezece luni, dar atunci când trece la lapte, la introducerea produselor lactate, se va observa diaree sau congestie, debutul înfundarii cronice, alte semne de alergie (infecţii recurente ale urechii, sinuzită etc.) . Un copil poate reacţiona la lapte, dar pare să tolereze brânza. Problema cu filozofia „toleranţei" sau a rotaţiei este că, dacă înţelegeţi sistemul imunitar reactiv, nimic care îl declanşează în continuare nu ajută. Copilul poate să nu fie peste margine când vezi urechi roşii sau vreo altă reacţie „tolerabilă", dar încă elimini acel corp şi sistemul imunitar din spatele lui. Deci chiar merită să fii foarte strict. Mulţi părinţi, în special devreme, nu au recunoscut cât de important este acest factor. Ocazional, mai rar, mai ales un copil care nu a fost foarte ridicat pe ecranele alimentare cu lactate sau unele alimente pe care le doresc în mod deosebit, voi spune să trişez (*foarte* ezitant, *foarte* precaut, aproape niciodată în acest moment). Devine foarte uşor dacă un copil îi merge bine şi primeşte ceva „ilegal" sau interzis. Va deveni evident foarte repede dacă le arunci sau nu. Dacă nu eşti, (şi *nu există* dovezi de creştere a eozinofiliei la analizele de sânge), o înşelăciune ocazională poate fi în regulă. Un tratament cu zahăr este mai bun decât un lactate sau un alt astfel de tratament reactiv, deoarece lasă organismul mai rapid decât efectele lactatelor şi nu activează sistemul imunitar. Un tratament cu lactate poate distruge sistemul imunitar timp de şapte până la zece zile sau mai mult, aşa că dacă copilul tău trişează o dată pe săptămână, acesta poate fi un impediment serios în progres. O problemă cheie comună în terapie este separarea atunci când cineva se confruntă cu problemele normale ale picurarii postnazale sau alte alergii de mediu faţă de atunci când o răceală sau o alergie s-a transformat într-o infecţie a sinusurilor. În mod obişnuit, idealul unui „picurare postnazală" este un copil care are un mic suflet sau este congestionat dimineaţa (la trezire), poate o tuse minoră sau două, dar apoi este în general clar în restul zilei, poate deveni un puţin aglomerat din nou până seara. Dacă acea congestie continuă în cea mai mare parte a zilei, pentru mai mult de câteva zile, şansele sunt mari ca copilul să treacă de la o alergie la o infecţie a sinusurilor de grad scăzut sau la un lichid precoce în urechi. De asemenea, dacă un copil are expunere la o alergie externă sau o alergie alimentară (nu este bună), acestea pot deveni uneori congestionate, dar din nou, ar trebui să fie o situaţie neîntreruptă, cu excepţia cazului în care expunerea constantă, eroarea constantă în

alegerea dietei duce la apariţia a unei afecţiuni cronice ale sinusurilor sau ale urechii. Trecerea de la „doar” alergii, la o răceală, la infecţia sinusurilor, este important de recunoscut şi de înţeles clinic, de fiecare dată când aceşti copii sunt bolnavi, de fiecare dată când în mod legitim nu se simt bine, nu se vor descurca la fel de bine. . Un rol-cheie în eliminarea stresului, ajutând un copil (sau adult) să devină mai sănătos este prevenirea îmbolnăvirii ori de câte ori este posibil, apoi tratarea şi asistarea copilului în mod judicios în tratarea unei infecţii, mai degrabă decât să permită ca un stres major să-l reducă sau să-l slăbească. mai departe. Într-o orientare puternică către prevenire, în special în ceea ce priveşte alergiile, din fericire, am fost învăţat să mă gândesc la cum să păstrez un copil (sau un adult) curat, să evit complicaţiile repetate, mai degrabă decât să tratez doar complicaţiile şi infecţiile recurente.

Cu mult înainte ca antihistaminice sau decongestionantele să fie utilizate în mod obişnuit, medicii au fost lăsaţi să diagnosticheze şi să trateze fiecare infecţie a urechii pe măsură ce se dezvolta. Fiind preventiv în practica mea şi tratând congestia şi lichidele uşoare în mod agresiv, rareori am avut un copil cu o infecţie majoră care necesită antibiotice mai grele şi nu am avut niciodată un copil internat la spital pentru complicaţii mai grave. În mulţi ani de practică, foarte puţini copii au avut nevoie de tuburi pentru urechi.

Prevenirea este cheia pentru a menţine un copil sănătos prin eliminarea stresului asupra sistemului său imunitar. După cum sa discutat, dieta este întotdeauna un punct cheie de plecare. Dar *dacă* un pacient locuieşte într-o zonă înconjurată de polen (poate peste tot, cu excepţia părţii din LA în care locuiesc) sau îşi petrece ziua într-un mediu de clasă deschis mucegaiurilor şi alţi contaminanţi, atunci utilizarea inhalatoarelor „preventive” devine o soluţie foarte sigură. şi mişcare înţeleaptă. Nasalcrom sau Astellin sunt pentru nas şi căile nazale, Intal sau Tilade pentru piept. Acestea sunt alegeri cheie pentru a ajuta la prevenirea inflamaţiei, reacţiilor, infecţiilor, dar dacă un copil este bolnav, congestionat sau se luptă cu o infecţie a sinusurilor sau a pieptului, în teorie, el nu doare, dar nu fac nimic în acel moment pentru a trata infecţia (dar poate ajuta la prevenirea stresului continuu, a expunerii în timpul recuperării).

Prevenirea se referă la utilizarea de rutină a ceea ce sunt numite antihistaminice de douăsprezece sau douăzeci şi patru de ore „noapte”. Scopul este de a utiliza un antihistaminic cu eliberare lentă care să nu provoace efecte secundare clinice (copilul nu se trezeşte obosit sau hiper), dar îl ajută pe acel copil să înceapă ziua limpede. Această idee de prevenţie este ilustrată de modul în care simplul pas de a evita inflamaţia cronică (peste noapte) a gâtului previne scăderea rezistenţei frecvente atunci când mucoasa gâtului este inflamată. Ceea ce numim o mucoasă intactă este cheia pentru a ajuta un copil (sau un adult) să reziste multor agenţi infecţioşi cu care pot intra în contact la şcoală sau în altă parte. Păstrând o mucoasă intactă, prima barieră în calea protecţiei împotriva pătrunderii multor agenţi patogeni respiratori, ai gâtului şi urechii, se va avea un copil cu şanse mult mai mari de a rămâne sănătos, în ciuda tendinţelor lor de „alergie”. Utilizarea unui antihistaminic eficient pe timp de noapte şi alegerea judicioasă a inhalatoarelor termină adesea nevoia de alte antihistaminice sau medicamente sistemice în timpul zilei.

Cu mulţi dintre copii, poate deveni foarte înşelător atunci când la suprafaţă par să se descurce foarte bine, dar nu au încă un sistem imunitar complet „normalizat”. Prin „bine”, mă refer la acord, conectat cognitiv, alert, procesând pe cont propriu, învăţând mai repede, făcând paşii pe care vă aşteptaţi să îi facă creierul. Am primit frecvent „apeluri de panică,”

copilul e în afara peretelui; ei fac asta şi fac asta. De obicei (mai ales atunci când nu se schimbă recent medicamentele) copilul se va îmbolnăvi sau a primit căpşuni, cireşe, lactate sau altceva de mâncat în acea zi (aruncându-le în mod semnificativ).

Ce să faci şi să nu faci din dietă

După cum am menţionat, mulţi dintre aceşti copii au alergii sau intoleranţe majore la multe substanţe chimice şi alimente (înţelese în termeni de sistem imunitar activat, sensibilităţi imunitare şi nu întotdeauna alergii adevărate). Principalii infractori par să fie laptele de vacă, grâul (şi eventual alte cereale integrale) şi salicilaţii (printre sensibilităţile chimice multiple observate). Ocazional, aceste reacţii se pot transforma în urticarie sau astm bronşic, dar la majoritatea acestor copii efectul este conceptul de activare, declanşând un sistem pe care încearcă să-l calmezi. Acest lucru duce adesea la o agravare a comportamentelor de tip autist sau negativ, un copil mai zonic din punct de vedere fizic sau adesea mai iritabil. Interesant este că istoricul familial al acestor copii dezvăluie adesea eczeme, migrene (în special la mame), febra fânului şi astm.
Aceşti copii pot deseori să tânjească chiar la ceea ce le face rău (reflectă ideea negativă a unui creier dependent de droguri, mai degrabă decât creierul sau corpul să îşi dorească ceea ce are cu adevărat nevoie). Ei fac acest lucru nu numai cu alimente, ci şi cu articolele nealimentare pe care le ingerează, le sug gura sau le mestecă (de exemplu, metal, plastic, parfum, săpun, plastic, murdărie etc.). Frecvent, aceşti copii devin nişte pretenţioşi la mâncare în momentul în care se „schimbă", mâncând doar câteva alimente diferite şi atât poftă de unele, cât şi evitând unele. Unii copii cu autism încep să mănânce produse nealimentare cu nemoderaţie notabilă. Este important să încurajăm copilul să mănânce mai multe proteine. Acest lucru va ajuta la echilibrarea naturală a propriilor aminoacizi, ceea ce, la rândul său, face parte din a ajuta organismul să devină mai sănătos. Toţi aceşti copii au nevoie de proteine. De asemenea, este necesar să se restricţioneze amidonul. Micul dejun, prânzul şi cina sănătoase trebuie servite.

Unul ar trebui:

Evitaţi toate lactatele, ciocolata, grâul integral şi cerealele integrale - limitând în acelaşi timp zaharurile. Acest lucru nu înseamnă să le înlocuieşti cu cereale la fel de alergice, uşor accesibile la magazinele de produse alimentare.
Toate produsele lactate înseamnă orice produs care are lapte sau proteină bovină listată ca ingredient „principal".
Aceasta include brânză, iaurt, chipsuri cu brânză pe ele (Doritos, Cheetos etc.).
Bunul simţ şi logica revin la principiile de bază predate prin programele mele de formare. Proteina bovină este alergenul numărul unu din lume. Cu recunoaşterea faptului că la cineva cu un sistem imunitar reactiv şi sensibil, la fel ca un virus, în special, un virus gripal poate declanşa sistemul imunitar la orice individ, la fel şi expunerea la proteinele bovine la un individ reactiv. Indiferent dacă este un virus, sau o proteină bovină, sistemul imunitar face o greşeală, atacă pancreasul; iar în unele cazuri o persoană poate deveni diabetică pentru tot restul vieţii. Asta i s-a întâmplat soţiei mele. În această discuţie se află o explicaţie pentru ceea ce mulţi spun că este „cel mai confuz" în ceea ce priveşte sfaturile alimentare pe care le dau. Am crescut cu conceptul că cerealele integrale sunt cele bune

pentru noi şi cu o piramidă alimentară care spunea că avem nevoie de şase porţii de cereale. În calitate de medic, rămâne experienţa mea că biologia este cea care ne conduce şi am evoluat în primul rând ca carnivore (da, putem mânca şi alte lucruri, dar muşchii şi creierul nostru se construiesc pe baza aminoacizilor. Creşterea este extrem de greu de menţinut în un copil din surse vegetale), aşa că OMS a decis că avem nevoie de şase porţii de cereale pe zi. Dacă am trăi în urmă cu două sute sau două mii de ani, poate că argumentul că cerealele integrale sunt mai bune decât „procesate" ar rezista, ar avea sens, dar în acest caz, orice reactiv (o caracteristică majoră a cerealelor integrale) va funcţiona. mult mai mult rău pentru organism decât bine. Poate că trebuie să ne întoarcem la sfaturile anilor 1950 sau 1960 - carne, legume şi nişte fructe, puţini carbohidraţi. În acel sfat, gândeşte-te ca şi cum bunicii tăi nu l-ar mânca, poate nici tu n-ar trebui. Câte produse mănânci fără aditivi şi chimicale? Trebuie să ne întoarcem la mâncare, nu la substanţe chimice. Din păcate, cerealele integrale sunt alergenul numărul doi din lume; acest lucru a creat o greşeală teribilă la mulţi copii. Conceptul iniţial, greşit, că aceşti copii ar putea avea ceva numit boală celiacă, a produs idealul recomandărilor de dietă fără gluten/fără cazeină. După cum am menţionat, în timp ce unii copii se pot îmbunătăţi iniţial la eliminarea lactatelor şi glutenului, atunci când cineva ia laptele şi glutenul, dar înlocuieşte alte cereale integrale, a fost experienţa mea tristă să văd mulţi copii care vin cu un sistem imunitar mai reactiv, mai reactiv. ecranele alimentare fiind create de GF/CF. Deşi era contraintuitiv, după ce ani de zile am fost acuzat de şarlamăt limită pentru a se gândi la eliminarea dietei, un medic şi doctorat de la universitate i-a oferit mamei unuia dintre pacienţii mei şi mai multe motive să fie îngrijorată de carnea ecologică. În timp ce „organic" (fără pesticide etc.) ar putea fi o modalitate sănătoasă de a cultiva un fruct sau o legume acceptabile, acest cercetător (şi colegii săi) văd o problemă enormă cu carnea organică. În loc de „organic", adică hrănite cu iarbă, sau hrănite natural, multe dintre vaci sunt hrănite cu cereale integrale, care trec prin carne până la copiii care o ingerează. Acest lucru a „nălucit" complet conceptul de natural, organic (în special când vine vorba de carne). Există fermieri care vor argumenta că toate acestea revin la fiziologie – vacile nu erau menite să mănânce porumb (se pare că le schimbă carnea în alte moduri). Deocamdată, hrănirea cu iarbă, hrănită natural, indiferent dacă este etichetată organic sau nu, este probabil cel mai sigur pas. Poate că unele dintre sensibilităţile la lapte şi carne ar fi inexistente dacă vacile ar fi doar hrănite cu iarbă (ca cu ani în urmă). Iniţial, toată această problemă ar fi fost ilogică pentru mine, deoarece conceptul de procesare, gătit şi încălzire schimbă multe dintre proteine. Cu mulţi ani în urmă am tratat un copil care era atât de sensibil încât celulele lui alergice, eozinofilele, creşteau atunci când i se administra carne de viţel hrănită cu lapte! Aşadar, spre deosebire de ideea că tratarea termică a schimbat acest lucru, a devenit evident că aceşti copii (poate cei mai mulţi dintre noi) sunt mult mai bine cu carne hrănită, hrănită cu iarbă, hrănită natural, decât să aibă încredere sau să cumpere „bio". "

Motivul pentru aceasta este fiziologic - dacă începi să recunoşti problema corectă, poţi începe să gândeşti corect. În conformitate cu idealul fără gluten/fără cazeină, eliminaţi glutenul, dar adesea folosiţi alte cereale, alte cereale integrale ca înlocuitori. Din păcate, aceste cereale înlocuitoare pentru aceşti copii sunt la fel de reactive, dacă nu mai mult, decât glutenul. De fapt, cu câţiva ani în urmă, o pacientă care a fost cu mine de o vreme se descurca bine în general, dar avea probleme de alergie în curs de desfăşurare, s-a întors după ce mama a renunţat pentru un timp la cabinet. Era o mamă inteligentă, nu a căzut în a

face nimic prostesc sau considerat periculos pentru copilul ei, dar a încercat fără gluten/fără cazeină. Acest copil, care avea o IgE foarte mare în timpul practicii, o IgE de 700 (Notă: la mijlocul anilor 1980, am trimis un adolescent la UCLA pentru un IgE de 700, niciodată înainte nu am văzut un număr atât de mare - acum acest numar si altele mai mari au devenit rutina), acest copil a revenit la o dieta fara gluten/cazeina, cu un IgE mai mare de 2200! Deoarece cerealele sunt considerate alergene, este o idee înțeleaptă să limitați carbohidrații la acești copii. În mod ironic, mulți dintre acești copii sunt atrași de carbohidrați, ceea ce duce la o discuție încrucișată conform căreia acești copii, poate precum dependenții de droguri, doresc să consume ceva dăunător pentru creier și organism. După cum s-a menționat, este aproape întotdeauna corect ca o mamă să presupună că, dacă un copil are poftă de ceva, iubește ceva, fii suspicios. Deși o cantitate mare de carbohidrați nu este ideală, este mai sigur pentru acești copii să consume carbohidrați derivați din cartofi simpli. De exemplu, un chip de cartofi poate fi mult mai sigur, dacă un copil este suficient de mare, decât orice covrig fără gluten/fără cazeină.
Poate că singura nevoie reală de pâine la acești copii ar trebui să fie un sandviș la prânz. În această circumstanță, de multe ori, pâinea albă bine procesată și ieftină este mai puțin alergenă decât orice pâine GFCF cu alți înlocuitori de cereale integrale. În rarele circumstanțe în care copilul reacționează la acea pâine albă, atunci căutați cu mare atenție o alegere care nu va declanșa alergii.
Acești copii au tracturi gastro-intestinale extrem de reactive. Voi elimina întotdeauna cireșele roșii, căpșunile, pepenele verde și majoritatea fructelor de pădure pentru început. Interesant este că inițial un dr. Feingold a propus eliminarea zaharurilor și roșiilor la copiii care erau hiperactivi cu mulți ani în urmă. La acea vreme cu siguranță am fost de acord cu eliminarea zaharurilor la copiii care erau hiperactivi, dar de-a lungul anilor a devenit evident că poate avea dreptate și în privința coloranților roșii. Aș adăuga chiar și roșu natural. „Roșul" par a fi ceva care poate declanșa mulți dintre acești copii împreună cu albastrul (motivul pentru eliminarea afinelor). Mulți medici vor contesta sau vor continua să argumenteze împotriva a ceea ce nu putem valida pe deplin. În loc să fim deschiși la posibilitatea unei probleme, dacă nu poate fi măsurată, presupunem că nu este reală, mai degrabă decât o posibilitate inexplicabilă. Interesant este că în urmă cu câțiva ani, a existat o știre despre o femeie care era puternic alergică la căpșuni; de fapt, ar muri dacă ar mânca o căpșună normală. Cu toate acestea, ea a putut să mănânce o căpșună *albă sintetică* . Ca medic nu pot decât să visez sau cât de departe am fi astăzi dacă am fi studiat ceea ce nu înțelegem, ceea ce nu știm; în loc să refacem ceea ce am validat deja sau credem că este probabil să aibă o probabilitate mare de un rezultat de succes, prezis.
Cu acești copii (cu excepții rare, prudență) este foarte înțelept să îndepărtați nucile. În mod ironic, nucile și citricele sunt numărul trei și patru în alergiile alimentare atunci când suntem învățați despre potențiale sensibilități alimentare, grupuri de alimente potențial reactive. Cu certitudine generală, acești copii vor reacționa la nuci. Printre multele greșeli de dietă se numără și ideea că iei laptele, dar apoi ar trebui să înlocuiești un lapte pe bază de unt de nuci. Aceasta este o greșeală aproape la fel de mare ca și a da lapte unui copil. Din păcate, orice lapte natural de nuci va fi potențial foarte reactiv.
Numai cu mare prudență și grijă voi accepta un copil care mănâncă unt de arahide cremos procesat ca parte a unui sandviș la prânz. În primul rând, cu recunoașterea faptului că trebuie să putem oferi copiilor ceva la prânz, iar vechile sandvișuri de așteptare „unt de

arahide şi jeleu" ar trebui să facă parte din asta cu precauţie. În timp ce copiii deseori vor lua unturi de nuci crocante sau naturale „sănătoase", la fel ca în cazul grâului, procesarea care implică obţinerea acelui unt de arahide cremos procesat ajută la reducerea potenţialului de alergie la un copil sensibil la alune.
Din cauza cât de sensibili sunt aceşti copii, există o nevoie continuă de a face timp pentru a izola şi controla variabilele. O mamă care îşi observă copilul a remarcat că o marcă de unt cremos procesat părea să fie în regulă, în timp ce pe cealaltă marcă, copilul va deveni rapid hiper. Diferenţa a fost că marca „rea" avea melasă în ea. Acest lucru duce din nou la discuţii că orice impurităţi sunt probleme potenţiale. Motivul pentru care mierea nu este adesea bună pentru aceşti copii (inclusiv riscul de botulism sub douăsprezece până la optsprezece luni la orice copil) este că nu este un produs curat.
Aşa că în general nucile, cu faptul în plus că conţin arginină care poate hrăni aceşti virusuri herpetice, trebuie evitate. Există un motiv suplimentar, poate interconectat cu problemele de sensibilitate discutate. Nucile devin „râncede" şi produc urme de toxine care pot avea un impact dincolo de sensibilităţile imune. În funcţie de ecranul alimentar, găsesc că unii copii ar trebui îndepărtaţi de citrice. Pe lângă nuci, citricele sunt o sursă surprinzător de comună de alergii alimentare.
Întotdeauna voi recomanda unui copil să nu mănânce roşii şi alimente tropicale (nu sunt originare din regiune). Din acel moment, va depinde de ce altceva poate fi semnificativ pe ecranul alimentar al unui pacient, dar, desigur, niciun test nu este perfect. Indiferent dacă facem testele RAST mai noi pe bază de sânge, care se bazează pe IgE, testele cutanate de modă veche care se bazau pe IgE, sau ecranele mai noi IgG4, nicio testare nu este perfectă şi niciun părinte nu ar trebui să i se spună asta, deoarece un copil este negativ la un test, asta înseamnă că mâncarea este în regulă. De exemplu, ştim de ani de zile în calitate de medici că testarea IgE este plină de probleme, astfel încât, dacă un copil este pozitiv la un test bazat pe IgE, este probabil să fie alergic, dar dacă un copil este negativ, ar putea fi totuşi alergic. Cu ecranele alimentare IgG4 multe produse pot apărea reactive, excesiv de reactive, reflectând activarea generală a sistemului imunitar. Deci, trebuie să privim cu atenţie şi să interpretăm tiparele cu logică. Niciun copil nu este susceptibil să fie alergic la tot ce este testat, dar uneori poate fi atât de prea reactiv încât totul pare să aibă ceea ce numim o „deplasare la dreapta" marcată. Deşi nu este absolut, atunci când un test de urmărire arată reactivitate imunitară răcită, mulţi infractori din trecut devin acum nonreactivi şi acesta este un semn bun că sistemul imunitar devine mai sănătos şi mai puţin stresat. Acest lucru creează o imagine foarte frumoasă a ceea ce face cu adevărat sistemul imunitar al copilului. Totuşi, nu-ţi priva copilul. Înlocuitori sunt întotdeauna disponibili pentru aproape orice produs. Copiii par să se bucure cu adevărat de „laptele fals" în locul laptelui disponibil la majoritatea magazinelor naturiste şi din ce în ce mai multe pieţe, în funcţie de locul în care locuiţi. Mai uşor de găsit sunt laptele de soia şi, uneori, laptele de capră. Dar amintiţi-vă, există o încrucişare de aproximativ 25 la sută între alergiile la lactate şi soia şi, cu cât este mai naturală, cu atât mai „ecologică" soia (sau chiar laptele de capră), cu atât este mai mare şansa de sensibilitate/reacţie. Este o idee înţeleaptă să-ţi pasteurizezi laptele. Inlocuitorul de lapte nelactat din amestecul de mocha este disponibil la majoritatea supermarketurilor, precum şi îngheţata mixtă de mocha.
Brânzeturile false sunt, de asemenea, uşor disponibile. TofuRella vine în cheddar, mozzarella şi jalapeno pentru cei curajoşi. Acestea se topesc şi fac o pizza falsă rezonabilă

sau un sandviș fals cu brânză la grătar. Există multe alte mărci de brânzeturi de soia - asigurați-vă că nu conține proteine din lapte adăugate. Brânza de capră este adesea o alegere bună (și are un gust destul de bun).
Ciocolata este un infractor, deoarece cea mai mare parte a ciocolatei este „ciocolată cu lapte". Un tratament ocazional făcut cu pudră de cacao sau ciocolată neagră fără lapte este de obicei fezabil.
Cu orice mâncare „nouă", urmăriți întotdeauna o reacție. Dacă copilul tău are o reacție, acel produs nu este pentru el. Micul dejun ar trebui să constea, în general, din unele cereale „procesate" (adică nu din cereale integrale), cum ar fi „Rice Krispies" sau Corn Flakes neindulci, servite cu unul dintre laptele fals. Unii copii au o problemă cu conservanții puși în cereale, în special cu BHT. Dacă acesta este copilul dvs., atunci o cereale fără conservanți, cum ar fi orezul alb umflat sau pătratele de orez, va funcționa uneori (fiți atenți, evitați întotdeauna produsele făcute din orez brun). Problema cheie cu *orice* cereale este cât de bine procesată sau „curată" este (chiar și orezul alb).
Din nou, mulți dintre acești copii au și probleme cu coloranții alimentari roșii, galbeni și albaștri. Acordați atenție copilului dumneavoastră dacă le consumă în cereale sau bomboane false și urmăriți o reacție. Un sifon „dietă" este o recompensă grozavă atâta timp cât copilul dumneavoastră nu reacționează la NutraSweet sau Splenda. Apa minerală cu aromă spumante este o alegere bună, fără adaos de îndulcitor. Cele mai multe bomboane fără zahăr pot fi găsite acum îndulcite cu zaharină, Splenda sau NutraSweet. Sorbitolul funcționează și ca laxativ, așa că fii atent la scaune moale.
În general, limitați zaharurile.
Americanul mediu consumă mai mult de 120 de kilograme de zahăr pe an. De exemplu, o chiflă de hamburger are trei linguriță de zahăr; un sifon obișnuit de douăsprezece uncii fără dieta are nouă linguriță de zahăr (Coca-Cola obișnuit, 7-Up, Sprite etc.).

Alte denumiri pentru zahăr de care trebuie să aveți grijă pe etichetele produselor alimentare:

- zahar brun
- Sirop de porumb
- Dextroză
- Fructoză
- Suc de fructe „natural".
- Galactoză
- Glucoză
- Gem
- Jeleu
- Lactoză
- Maltoză
- Sirop din esență de arțar

Udați sucurile, începeți cu jumătate de apă/jumătate de suc și reduceți până la un sfert de suc din restul de apă. Fii creativ. Dacă copilul tău adoră acele cutii cu sucuri, turnați-le când copilul doarme, umpleți-le cu suc diluat și puneți o bucată de bandă scotch deasupra. Vei scăpa cu asta. Copiii adora noile băuturi Crystal Light care vin în sticle sport. Cumpărați-le o

dată, apoi reumpleți sticlele cu Crystal Light pe care o puteți amesteca acasă. Sau folosiți porțiile unice ambalate pe care doar le adăugați la o sticlă de apă.
Prânzul este un moment bun pentru resturi și proteine suplimentare.
Proteinele furnizează aminoacizii necesari, care sunt elementele de bază ale corpului. Niciun supliment nu poate face la fel de bine ca lucrul real. Prânzul este o masă greu de făcut cu adevărat sănătos. Un sandviș este în regulă atâta timp cât unele proteine sunt în mijloc. Pâinea este locul unde începe controversa. Atâta timp cât copilul dumneavoastră nu este prea sensibil la gluten sau are un titru semnificativ la ceea ce se numește anticorpi gliadieni, pâinea albă „procesată" este în general în regulă. Cuvântul grâu este în regulă atâta timp cât cuvântul „întreg" nu este în fața lui (dar acest lucru poate fi foarte confuz). Raționamentul este că mulți oameni sunt alergici/reactivi la cerealele integrale, dar nu la fel de dramatic, dacă chiar deloc, la un produs procesat. Prelucrarea, modificarea structurii proteinelor, a cerealelor etc., îndepărtează majoritatea proprietăților alergene. Din acest motiv, de multe ori cea mai ieftină pâine albă din magazin este o alegere bună, deoarece atunci când costă mai puțin, este mai puțin probabil să aibă unt și alte ingrediente alergene în ea. Deși acest lucru poate suna oribil pentru nutriție, ideea nu este ca un copil să mănânce o pâine, ci să o folosească ca o modalitate de a se strecura în proteine (ca parte a unui sandviș). Fiți atenți – multe pâini albe fac reclamă la cereale integrale; acestea nu sunt cele care să-ți hrănească copilul. Pe lângă alergeni, cerealele integrale sunt mult mai greu de digerat și pot crește inflamația intestinală. Nu argumentez alimentația, ci o modalitate simplă (pâine) de a face copilul să mănânce proteine, să ia un nisip la prânz la școală (nu la alte mese).
Cina poate fi orice carne, pui, peste (daca este tolerat) cu cateva legume si putin amidon (preferabila o portie mica de cartofi, ocazional orez alb, paste procesate foarte albe). Încercați să vă amintiți că organismul transformă amidonul în zahăr în câțiva pași, așa că acesta este un alt motiv pentru a limita consumul. Știm că copilul tău poate fi încăpățânat la început și mănâncă doar amidonul din farfurie. Cheia este să nu vă certați cu ei - dacă nu vor să mănânce restul alimentelor, nu-i forțați. Dar nu-i lăsa să se umple de junk food/mai mult amidon/zahăr, nici „la pășunat". Când doresc mai multă mâncare, prezentați ceea ce nu au terminat sau spuneți doar „așteaptă până la următoarea masă" (fiecare abordare este în regulă). Credeți sau nu, modelul lor de a mânca se va schimba. Prea des părinții cedează și se tem că un copil „va muri de foame". Cheia este să înțelegeți că creierul are adesea poftă de ceea ce este rău pentru el (cum ar fi un drog) și, în cele din urmă, vă ajutați copilul să controleze acele pofte. În calitate de medic pediatru, pot spune cu siguranță „nu există rapoarte în această țară despre un copil să moară de foame, dacă i se oferă mâncare". Amintiți-vă, nu puteți face un copil să mănânce (sau să meargă la baie), dar „natura" va funcționa pentru dvs. dacă o lăsați. Faptul ca un copil să fie mai sănătos și o utilizare judicioasă a fierului (atunci când este indicat) ajută la stimularea, la apariția unui apetit mai natural (ceea ce face mai ușor să modifici sau să schimbi lucrurile). Instalați un filtru de apă bun în casa dvs. dacă există vreo problemă de toxine sau posibile probleme cu alimentarea cu apă.

Ce poate mânca copilul meu?

- Toate cărnurile (evitați carnea de vițel hrănită cu lapte, carnea de vită organică hrănită cu cereale integrale)

- Peşte de toate felurile (nu prepâine)
- Fructe de mare, cum ar fi peştele alb, somonul, creveţii/creveţii
- Fiţi precauţi, uneori probleme de alergie crescute la crustacee
- Păsări de curte, cum ar fi pui, găină Cornish, curcan
- Ouă (cu excepţia cazului în care copilul are eczeme)
- Ţelină
- Castravete
- Mărar, busuioc, rozmarin, cimbru, oregano etc.
- Fenicul
- Salată verde, romaine, scarole, andive, radicchio etc.
- Măsline
- Ridichi
- Ardei roşii/verzi (ardei gras)
- Inimioare de anghinare
- Sparanghel
- vinete (vinete)
- Avocado (aveţi grijă, poate fi o problemă)
- Muguri de bambus
- Muguri de fasole
- Frunze de sfecla
- Brocoli
- varză de Bruxelles
- Varză
- Conopidă
- Ţelină
- Chard
- Fasole verde/franceză
- Kale
- Gulie
- Praz
- Măduvă
- Bame
- Dovleac (fii prudent, uneori o problema)
- Rubarbă
- Ceapa primavara (cepea)
- Spanac
- Dovlecel de vară
- Napi
- Castane de apă

Fructe

- Merele
- Caise
- Banane
- Cantalup (fii atent – poate fi o problemă uneori)
- Pere

- Strugurii
- Piersici
- Prune
- Portocală (dacă nu este o problemă cu citrice)
- Sucuri de fructe - cantitate limitată. Udați pentru a reduce conținutul natural de zahăr (nu punch de fructe sau colorant roșu)

10

SFATURI PENTRU A AJUTĂ PENTRU ZIUA (ÎN FUNȚIE DE VÂRSTA COMPORTAMENTALĂ)

COMPORTAMENT : TRATAȚI-VĂ CA pe un copil OBLIGAT NORMAL, adaptându-se la vârstă în ceea ce privește dezvoltarea. Timeout inițial. Apoi, pe măsură ce crește în vârstă, copilul pierde ceva pentru ziua respectivă (ceva de care copilul se bucură cu adevărat). Ajută la a avea o diagramă de comportament la școală. Primește un zâmbet (în general OK sau bun) sau încruntat (zi proastă, comportament agresiv etc.) de la sfârșitul zilei profesorului. Dacă copilul vine acasă cu un zâmbet, grozav. Dacă se încruntă, copilul pierde ceva major (adică toate componentele electronice) pentru tot restul zilei. Începe proaspăt a doua zi. (Notă: Fără mită zilnică, dar ca pentru orice copil, dacă o săptămână sau două de zâmbete, se va face ceva în plus pentru ei care le place)

Mâncare: Oferiți ceea ce simțiți că este o masă sănătoasă cu puțin amidon. Dacă copilul mănâncă amidon și pleacă, e în regulă. Nicio discuție. Dar când copilul se întoarce o oră mai târziu flămând, faceți prostul și serviți mâncarea rămasă. Când nu mâncați bine, nu lăsați copilul să guste sau să bea suc între mese. Au nevoie de X calorii pe zi, indiferent de unde le primesc.

Educație: Dacă ești într-o clasă cu nevoi speciale, încearcă să ai ceva timp într-o clasă obișnuită pentru modele „normale”. Învață să folosești computerul în mod academic. Lucrați cu copilul cincisprezece până la douăzeci de minute la computer, apoi copilul poate avea treizeci până la patruzeci de minute pentru a face ceva ce îi place. Computerul (și programele adecvate vârstei) poate fi un instrument minunat pentru a revizui pașii de dezvoltare în mod ordonat, logic, dar este cel mai bine dacă este integrat în pași pentru a ajuta copilul să generalizeze (orice este predat pe computer etc.), completați, și să înțeleagă golurile pe care le-au ratat.

Discurs: Aveți nevoie de un logoped care să-și dezvolte abilitățile care au fost ratate și care este, de asemenea, familiarizat cu apraxia orală. Gândiți-vă la un creier stresat/rănit (cum ar fi cel al unei victime a unui accident vascular cerebral) care are nevoie de reabilitare.

Somn: Dacă copilul are dificultăți în a adormi sau a adormi, discutați cu copilul și explicați-i că atunci când este întuneric afară, trebuie să stea în pat, să-și lase creierul să se odihnească. Chiar dacă nu poți dormi, trebuie să stai întins acolo și să te odihnești. Dacă copilul iese din camera lui sau ei, atunci aveți nevoie de un punct de control, adică: încuietoare în exteriorul ușii, fără lumină de noapte, etc. Dacă copilul va rămâne în cameră, atunci lumina de noapte va putea rămâne aprinsă, etc. Scopul este ca copilul să stea în pat și să se odihnească (de obicei va adormi), chiar dacă nu poate dormi.

Fraţi: Încercaţi să ajutaţi un frate sau o soră să înţeleagă că fratele / sora lor a fost bolnav şi ei pot deveni parte din a-i ajuta să se îmbunătăţească. Fraţii pot fi cei mai buni terapeuţi.

11

VIITORUL

Am asistat la EVOLUȚIA a ceea ce este acum recunoscut și acceptat la National Institutes of Health (NIH), la Centers for Disease Control (CDC) și la instituțiile academice din întreaga lume ca epifenomen „neuroimun". Studiile confirmă acum conceptul de boli fiziologice mediate imun care stau la baza unei stări fiziologice anormale pentru acești pacienți. Aceasta, la rândul său, creează atât deficite fizice, cât și neurocognitive și disfuncții, de obicei pe termen lung. Eșecul continuu de a „conecta punctele", de a înțelege adevărata amploare a epidemiei medicale cu care ne confruntăm, așa cum sa menționat anterior, este dincolo de înțelegere sau înțelegere.

Consider că multe dintre caracteristicile atribuite copiilor cu autism (și „liniștiți" ADHD) se suprapun cu multiplele plângeri ale adulților afectați de componente ale CFS/CFIDS și „ADHD" adulților. După cum s-a menționat anterior, toate aceste grupuri au raportări ale diferitelor anomalii ale sistemului imunitar, inclusiv modificări ale celulelor T reflectate, de exemplu, prin creșterea sau scăderea celulelor CD4/CD8, creșterea/scăderea celulelor NK și B și titrurile virale modificate. Este acest numitor comun al modificărilor imune care dă speranță pentru potențiale noi terapii în viitorul apropiat pentru acești copii. Cu toate acestea, în timp ce această ipoteză are acum sprijin în literatura de specialitate, există multe întrebări importante la care trebuie să se răspundă. Câți copii „autisti" au dovezi sau sunt legați de o stare imuno-disfuncțională sau de o etiologie virală concludentă? Pot fi priviți și tratați acești copii altfel decât copilul „clasic autist" de acum douăzeci până la treizeci de ani? Este prognosticul lor de recuperare semnificativ mai bun decât copiii „clasici cu autism" din trecut? Este timpul să recunoaștem că acești copii probabil suferă de un proces medical și au nevoie de eforturile noastre clinice și de cercetare acum!

Tratamentele curente trebuie modificate și ajustate pentru a ține seama de această constatare. Simptomele copilului „liniștit" cu ADD (care este probabil conectat la acest fenomen) nu sunt în concordanță cu antrenamentul sau procesele din trecut utilizate pentru „explicarea" și abordarea copilului „hiper" ADD. Se pare probabil că defectele cognitive descrise la adulți și copiii cu CFIDS pot fi considerate ca o formă mai ușoară, cu debut mai târziu, de „autism" (de fapt NIDS), deoarece sunt similare ca simptomatologie și posibile etiologii. Explorarea continuă a unui epifenomen imun-disfuncțional și a potențialelor etiologii legate de acesta, este o ușă pe care trebuie să o trecem dacă ne așteptăm să schimbăm viitorul acestei generații de copii! Dacă un copil se naște greșit din punct de vedere al dezvoltării, „deteriorat", ceva sa întâmplat în uter. Dar un copil nu poate învăța să vorbească și să folosească limba și apoi să-și piardă aceste abilități dacă cauza tulburării lor este de dezvoltare sau structurală. Un astfel de copil nu poate răspunde la

tratament şi devine din nou un copil obişnuit, aşa cum a fost cazul în practica mea din nou şi din nou, dacă cauza tulburării lor este un proces „fix", o tulburare congenitală sau genetică. A fost în mod repetat evident că copiii de patru, cinci, şase ani încep de la început de unde au rămas la vârsta de optsprezece luni, doi ani. Părinţii cărora li s-a spus că copiii lor nu vor vorbi niciodată, nu ar putea fi niciodată sociali, nu ar putea avea niciodată sentimente, acum au copii care funcţionează normal sau care încă se luptă să ajungă din urmă. În ambele cazuri, aceşti părinţi pot vedea sau încep să vadă un viitor pentru copilul lor. Trebuie să ne concentrăm eforturile pe salvarea acestei generaţii de copii înainte de a fi prea târziu. Ramificaţiile sunt enorme. La sfârşitul unui simpozion de cercetare din octombrie 1997, care a reunit cercetători de top din întreaga ţară pentru a discuta despre Alzheimer, demenţa adultă, creierul social şi autismul/tulburarea pervazivă de dezvoltare (TPD), a fost făcută această afirmaţie: Dacă un copil s-a dezvoltat normal în timpul primele douăsprezece, cincisprezece, optsprezece luni de viaţă, au dezvoltat orice limbaj/cuvinte şi apoi au intrat cumva în acest spectru autist, era o certitudine de 100% că procesul trebuia să fie imun/viral. Dacă un copil s-a dezvoltat normal în primele douăsprezece, cincisprezece, optsprezece luni de viaţă şi *nu* a avut cuvinte, 99 la sută a fost un proces imunitar/viral şi nimeni de acolo nu ar putea raţionaliza niciun alt mecanism posibil. Deşi există o controversă în curs de desfăşurare cu privire la descoperirile anterioare ale biopsiilor cerebrale şi implicaţiile lor, dacă există, pentru această generaţie de copii, avem scanări NeuroSPECT, care arată fluxul sanguin reproductibil şi cuantificabil în creier. Fluxul sanguin corespunde direct funcţiei. Când scanările NeuroSPECT ale copiilor diagnosticaţi cu autism/PDD au fost corelate cu RMN-urile şi scanările CAT, combinaţia nu arată în mod constant nicio leziune preexistentă a creierului, ci mai degrabă indică o oprire mediată imun în concordanţă cu cea găsită la adulţii cu sindrom de oboseală cronică şi alte demenţe adulţilor şi cu copii diagnosticaţi ca TDA liniştit şi TDA mixt. Paralel cu aceasta, începând cu anii 1980 a fost incidenţa iniţial lentă, acum epidemică, a tulburărilor la copii etichetate drept autism/PDD şi creşterea raportărilor de boli autoimune în literatura animală, a echilibrului ecologic alterat, a anomaliilor sistemului imunitar la diferite specii. Fie trebuie să presupunem că această creştere a tulburărilor în populaţia umană este isterie în masă, psihoză în masă, schizofrenie în masă şi/sau o epidemie imposibilă de tulburări de dezvoltare comportamentală la copii, fie trebuie să dam înapoi şi să ne dăm seama că poate avem un număr mare. a adulţilor şi copiilor care suferă de un proces de boală care le afectează modul în care funcţionează creierul şi sistemul nervos, în moduri pe care medicii nu le-au înţeles niciodată (sau au avut tehnologia pentru a le înţelege). Am familie după familie în „noul meu" cabinet în care există o mamă sau un tată cu sindrom de oboseală cronică, un copil mai mare cu ADD/ADHD şi un copil mai mic sau doi cu autism/PDD. După cum am menţionat, dacă nu presupunem că totul este întâmplător, există, din păcate, o legătură logică între tulburările de mai sus şi apariţia lor rapidă ca criză. Ne uităm la ceea ce pare, susţinut de date şi rapoarte în creştere din literatura de specialitate, a fi tulburări autoimune, neuroimune sau ceea ce asociaţii mei şi cu mine am numit sindroame de disfuncţie neuro imună sau NIDS. Dacă sunteţi un adult cu un creier inteligent şi dezvoltat sau un adolescent mai în vârstă, atunci când acest proces atacă, veţi ajunge probabil să fiţi diagnosticat cu boli precum sindromul de oboseală cronică, ADHD la adulţi etc. Dacă sunteţi un copil mai mic, cinci , şase, şapte sau opt ani atunci când acest proces este declanşat, cu unele capacităţi cognitive, sociale şi lingvistice deja dezvoltate, probabil că veţi dezvolta

ceea ce se numeşte ADD liniştit sau ADD mixt. Dacă ai douăsprezece, cincisprezece, optsprezece luni, totuşi, când începe acest proces, abia vei fi început să-ţi dezvolţi abilităţile cognitive, lingvistice şi sociale şi vei ajunge cu ceea ce s-a numit autism/PDD.
Vestea bună este că acest concept este susţinut de logica medicală de bun simţ. Vestea proastă este că trebuie să unificăm şi să ne concentrăm eforturile, altfel vom continua să vedem mai mulţi adulţi care ar trebui să plătească taxe şi să câştige existenţa găsindu-se pe asistenţă socială, incapabili să funcţioneze, incapabili să producă. Şi mai grav este că, dacă nimic nu se schimbă, în prezent creştem o întreagă generaţie de copii la această soartă (şi mai rău).
Există *speranţă* . Cercetările din multe instituţii proeminente susţin ideea că creierul este flexibil cel puţin până la adolescenţă şi la vârsta adultă timpurie, posibil chiar şi după. A fost experienţa mea plină de satisfacţii ca medic pediatru să văd copii de cinci ani, de opt ani, de zece ani şi chiar şi de un băiat de doisprezece ani care nu putea vorbi, începe să folosească limbajul. Părinţilor, cărora li s-a spus că copilul lor nu va fi niciodată independent, nu va putea niciodată să-şi câştige existenţa şi care într-o zi ar putea trebui să fie plasaţi într-o instituţie, şi-au văzut copiii devenind fruntea clasei lor din punct de vedere academic. Am copii la calificarea practică în a 97-a, chiar şi a 99-a percentila la testele de stat din California şi Illinois.
Trebuie să aducem împreună medici şi subspecialişti pediatrici, logopezi, specialişti educaţionali şi specialişti în „reabilitare". În timp ce mulţi „experţi" prezenţi ar putea fi „somni", există o nevoie imediată de a mobiliza şi forma mulţi experţi care ştiu cum să ajute la reamenajarea şi reproiectarea programelor pentru a mazimiza potenţialul fiecăruia dintre aceşti copii. Trebuie să facem acest lucru să se întâmple în timp ce ne mişcăm rapid pentru a îmbunătăţi funcţionarea creierului şi a corpului pentru aceşti copii, din punct de vedere medical, logic, în siguranţă.
Potenţialii factori declanşatori multipli pentru această boală pe care o numim NIDS vor avea nevoie de mulţi, mulţi ani de cercetare continuă pentru a afla cum mai mulţi factori, inclusiv stresul, infecţia virală sau contaminanţii din mediu pot juca un rol. Cheia este de a concentra eforturile de tratament, rapid, eficient – *acum* – pentru a nu pierde o întreagă generaţie de copii în timp ce „răspunsurile" finale sunt încă investigate. Putem folosi tehnologia pentru a defini cu precizie „subgrupurile" acestor copii şi adulţi. Discuţia apărută recent în literatura de specialitate în pediatrie conform căreia până la 25% dintre copiii neurotipici, „sănătoşi" au un anumit tip de tulburare cronică, caracterizată prin alergii, migrene, astm şi diabet ar trebui să fie unul dintre acele chemări zdrobitoare la acţiune ale pediatrului nostru. societăţilor şi celor implicaţi în multe domenii în a ajuta părinţii şi copiii lor. Unde am fi astăzi dacă cei mai mulţi dintre noi ar fi crescut într-o societate care spune că 25% dintre copiii „normali" sufereau deja de boli cronice pe termen lung. Implicaţia negativă din punct de vedere social şi medical ar trebui să fie uluitoare. Acest lucru ar trebui să mobilizeze un apel imediat la răspunsuri, nu doar reexplorarea teoriilor care nu au explicat niciodată pe deplin sau au explicat acest număr uluitor de copii şi adolescenţi.
Confirmând ideile generale de mai sus, un alt articol care ar fi trebuit să sporească atenţia şi îngrijorarea generală a fost o publicaţie în *Pediatrie* în octombrie 2008,[1] confirmând o creştere semnificativă a anomaliilor alergice şi imunitare la copiii cu probleme medicale complexe. Nu psihiatric, nu de dezvoltare, imunitar. Raportul a confirmat, împreună cu

markerii imunitari modificaţi şi reacţiile la laptele de vacă şi la alţi antigene, aceşti pacienţi aveau adesea diverse tulburări gastroesofagiene, eşecul de a prospera, tulburări de somn şi otită medie recurentă. Autorul a raportat despre „o prevalenţă mai mare decât cea aşteptată a anomaliilor alergice şi imunitare la copiii cu probleme medicale complexe”.
Poate că acest lucru ar trebui să conducă la o urgenţă crescută de a revizui şi analiza conceptele din această carte, deschide porţile pentru abordarea unor noi modalităţi de a îmbunătăţi, probabil, dramatic starea de viaţă a unui copil, chiar dacă componenta „NIDS” nu este întregul răspuns sau motiv pentru tulburarea, este un aspect potenţial tratabil astăzi.
Ideile prezentate în această carte despre ceea ce ar trebui făcut în terapie pentru a ajuta un copil să devină mai sănătos, să-şi redezvolte abilităţile şi funcţionarea se bazează pe faptul că aceasta este o boală. Rămâne regretabil că marea majoritate a lumii medicale şi terapeutice — medici, terapeuţi, educatori — sunt făcuţi să creadă, cumva, într-o manieră „misterioasă”, aceşti copii se nasc deteriorați, cumva conectaţi greşit, cumva ceva a mers prost „din punct de vedere al dezvoltării”. .”
Nu există dovezi obiective care să susţină un diagnostic de „autism”, majoritatea ideilor de „ADHD” şi totuşi presupunem că lucrurile stau aşa. În realitate, toate dovezile obiective susţin informaţiile prezentate în această carte, ideea că are loc un anumit tip de proces de boală „complex neuroimun, viral complex”.
Terapiile au fost menite să încerce să ajute, concentrându-se în cea mai mare parte pe comportamente, control şi, prea des, „antrenează” un copil presupus „autist”. În mod automat, odată cu recunoaşterea faptului că aceşti copii sunt bolnavi, aceasta nu este tulburarea de dezvoltare cu cea mai rapidă creştere vreodată, apoi din punct de vedere terapeutic nu îi puteţi trata diferit, nu le puteţi face lucruri pe care nu le-aţi face pentru a sprijini sau ajuta orice alt potenţial „neurotipic” copil normal. Lumea academică, în loc să se uite la aplicarea de antipsihotice sau anticonvulsivante, va trebui să se concentreze pe terapii împotriva procesului bolii în sine, alte terapii care să ajute aceşti copii din punct de vedere cognitiv. „Medicina alternativă” fie va trebui să-şi valideze adevărata siguranţă, eficacitate, fie nu va fi permisă. Mulţi terapeuţi care practică medicina alternativă sunt mai mult decât conştienţi de ce ar însemna acest lucru. Această discuţie are implicaţii extraordinare pentru dezbaterile despre terapie. Oricât de mult nu îmi place, se poate argumenta dacă cineva crede că un copil este greşit, creierul lezat, atunci un tip de „dresaj de câini” este mai bine decât nimic. Dacă înţelegeţi că aceştia nu sunt copii afectaţi anterior, cu siguranţă, de îndată ce începeţi să obţineţi acea licărire a unui creier mai strălucitor, trebuie să vă gândiţi la tehnici adecvate pentru a reabilita acel copil. Ca medic, ca om de ştiinţă, dezbateţi ce este mai întâi, găina sau oul? Sistemul imunitar sau virusul? Se pare că de-a lungul mai multor decenii acum disfuncţia sistemului imunitar va fi cheia şi este probabil prima zonă de disfuncţie, cu viruşii secundare, acţionând oportunist. Este sigur să spunem că 100% dintre aceşti pacienţi au „disfuncţie neuroimună”. Mulţi mai mulţi par să aibă probleme virale acum decât în primii ani în care s-au uitat la acest fenomen. În timp ce opinia acestui medic este că virusurile rămân secundare, nu motivul principal pentru aceasta; acea afirmaţie trebuie să fie deschisă pentru noi cercetări, potenţiala descoperire a unui agent patogen necunoscut, a unui virus necunoscut sub toate acestea. Aşa cum am fost predat la liceu, la facultate şi apoi la şcoala de medicină, trăim într-o mare de viruşi; suntem înconjuraţi de viruşi cu care am învăţat să coexistăm în echilibru; dar când ne îmbolnăvim,

când sistemul nostru imunitar nu este acolo pentru a ne proteja pe deplin, aceşti viruşi pot deveni agenţi patogeni semnificativi. Notă: acest concept este poate cel mai bine ilustrat de clasicul original SF *Războiul Lumilor* . În carte, în emisiunea de radio terifiantă din 1939, ce i-a oprit pe invadatorii marţieni? Virusul răcelii comune. Fără imunitate construită, lecţia a fost că până şi răceala obişnuită te poate ucide. O afirmaţie adevărată! Aproape ca şi marţienii, copiii noştri sunt distruşi şi societatea noastră în cele din urmă este răsturnată de o combinaţie de microorganisme şi sistemele noastre imunitare acum stresate şi disfuncţionale? Sub direcţia greşită frecventă a psihiatriei, sofisticarea noastră, dar lipsa completă de recunoaştere a adevăratei probleme ne lasă pe toţi deschişi, copiii noştri cei mai vulnerabili, la acest proces debilitant, potenţial care pune viaţa în pericol. Nu controlăm un potenţial atac al agenţilor patogeni cu care am trăit de mii de ani şi, din greşeală, propriul nostru sistem imunitar crede că „suntem un organism străin – un marţian". Cred că dacă ne concentrăm pe lucrurile potrivite, avem resursele şi capacitatea de a riposta şi de a câştiga această bătălie. Înainte de a fi prea târziu, vă rugăm să participaţi.

În concluzie

Cu perspectivele sumbre pentru un copil diagnosticat cu autism perpetuate de academicieni şi de medicina alternativă, nu se poate învinovăţi un părinte pentru că este încurajat de vreo sclipire de speranţă. Multe dintre remedii sunt susceptibile să provoace rău în timp, şi poate de aceea atât de puţini copii menţin ceea ce uneori este considerat un progres bun pentru început. În ceea ce priveşte „autismul" aşteptările sunt menţinute la un nivel scăzut; în ceea ce priveşte realitatea unei „boali", părinţii ar trebui să aibă dreptul de a avea aşteptări mari. „Academicienii" sau medicina „alternativă" nu mai puteau prescrie agenţi sau suplimente farmaceutice sau să recomande proceduri care ar putea cauza prejudicii pe termen lung unui copil potenţial normal sau creierului copilului.

Toate conexiunile şi relaţiile de familie nu au sens în termeni simpli de genetică sau de dezvoltare, ci mai degrabă, doar în contextul unei epidemii medicale care se extinde încet. Această epidemie acţionează într-o manieră insidioasă, spre deosebire de ceea ce majoritatea epidemiologilor sau profesioniştilor din domeniul medical sunt învăţaţi să gândească atunci când vine vorba de boli infecţioase, cu atât mai puţin orice idee îndepărtată despre o epidemie „legată de imunitate".

Aceşti copii prezintă o *simptomatologie* constând în primul rând în dezvoltarea severă a vorbirii şi a limbajului (lobul temporal stâng) şi dificultăţi sociale severe (lobul temporal drept), adesea unele dificultăţi motorii fine, nu de obicei grosolane (implicarea cerebeloasă), şi diverse dificultăţi de învăţare şi atenţie. disfuncţii deficitare în concordanţă cu implicarea lobilor frontali şi temporali şi, uneori, legăturile sale cu zonele de disfuncţie parietal-occipitală.

De asemenea, pot avea multe simptome în concordanţă cu caracteristicile TOC şi ADHD, asociate cu aceste zone de disfuncţie.

După cum s-a menţionat, la adolescenţi şi adulţi, această disfuncţie se poate manifesta ca CFIDS (sindrom de disfuncţie imună oboseală cronică), „variante" ADHD şi diverse alte tulburări autoimune atipice asociate cu disfuncţia neuroimună. La copiii mai mari, este văzută ca variante ale ADD (tulburare cu deficit de atenţie)/ADHD. Şi la copiii mai

mici/sugarii, apare ca autism/sindrom autist/PDD. Dacă continuăm să ignorăm conexiunea acum evidentă şi imaginea de ansamblu, ce se va întâmpla cu societatea noastră, sistemul economic şi social în cele din urmă din întreaga lume (deja într-o stare de stres, inutil să spun). Când cel puţin 25% dintre copiii neurotipici au boli cronice (inclusiv diabet, obezitate, alergii, migrene, astm) - ce se va întâmpla pe măsură ce aceşti copii cresc? Nu am fost niciodată expus la vreo predare la colegiu sau la şcoala de medicină care să spună că societatea noastră, sau orice societate, poate face faţă atât de mulţi cetăţeni cu boală/boală cronică. Nu pot concepe să intru în pregătirea pediatrică şi să mi se spună că 25 la sută dintre pacienţii mei vor fi bolnavi cronic (şi că nu aş putea schimba asta!).
Deoarece „sistemul" nu s-a trezit (sau se trezeşte cât de încet poate), problema cu care se confruntă mulţi cititori ai acestei cărţi, toţi părinţii de acolo, este ce se poate face acum, ce se poate face pentru a schimba viitorul pentru copilul lor poate mâine, nu peste un alt deceniu sau mai mult. Părinţii trebuie să vină împreună, aşa cum nu au făcut-o până acum. A devenit evident că de-a lungul anilor au apărut multe erori, direcţii greşite în cercetare, dar privind înapoi, greşelile au apărut în ciuda bunelor intenţii ale colaboratorilor şi părinţilor. Cu toţii am crescut şi am fost antrenat cu o credinţă puternică în „turnurile noastre de fildeş". După cum s-a repetat în comunitatea de la Hollywood, în teorie aceasta a fost epoca în care „nu exista nicio boală pe care să nu o putem rezolva cu suficiente finanţări". Este evident pentru mine şi pentru mulţi părinţi frenetici până acum că „turnurile noastre de fildeş", principalul focus medical condus de psihiatri (după cum s-a menţionat, aceste tulburări, aşa cum au fost definite cu decenii în urmă, nu erau considerate a avea probleme/probleme medicale primare) şi toate banii de până acum, nu au ajutat nici pe departe la rezolvarea crizei reale, o adevărată criză medicală cu care se confruntă aceşti copii şi adulţi. Situaţia este atât de rea, atât de controlată, încât mi s-a spus de mai multe ori că în instituţiile majore, dacă vrei să studiezi dezvoltarea sau genetica, probabil vei fi finanţat (uitaţi-vă la toţi banii strânşi şi adăugaţi la acest sistem de către congres şi grupuri private de sprijin), dar dacă vrei să studiezi imunitate sau virale, nu numai că nu ar trebui să te aştepţi la finanţare, dar s-ar putea să fii mustrat (rată judecată dacă nu este un cercetător foarte înalt) sau chiar să te laşi. Cumva, asta nu seamănă cu lumea medicală sau academică la care am fost expus sau în care am crezut.
Un al doilea punct major de direcţii greşite şi lipsă de concentrare pentru părinţi este trăirea într-o lume în care Internetul este un fapt. În timp ce declaraţiile greşite, interpretările greşite şi minciunile directe se aplică tuturor domeniilor şi tuturor domeniilor de informaţii discutate pe Internet, acest lucru a avut un efect deosebit de devastator în domeniul medicinei, în care părinţii vor să creadă ceea ce citesc (dar în timp ce cum să disecă, înţelegeţi că un articol medical face parte din Şcoala de Medicină 101 — nu face parte din pregătirea de bază pentru părinţi sau pacienţi.) În trecut (de exemplu, poliomielita, rujeola sau alte boli grave ale copilăriei), când mai mulţi copii erau afectaţi de o boală , când părinţii trăiau sub ameninţarea constantă cu o boală gravă care îi afectează copiii, ei au devenit parte a soluţiei cerând mobilizarea lumii medicale şi farmaceutice pentru a-şi ajuta copiii să lupte cu aceste epidemii terifiante. Astăzi, părinţii frustraţi de lipsa dovezilor ştiinţifice, a testelor şi a cercetării şi care sunt disperaţi să-şi ajute copiii, îmbrăţişează medicina „alternativă" care oferă indicii de îmbunătăţire (bazată pe mai multe rapoarte anecdotice, complet necontrolate de pe internet). Sistemul de medicină „alternativă" a fost atât de vocal, dar adesea atât de greşit direcţionat, încât distribuţia lor

continuă a mecanismelor şi ideilor propuse (unele posibile, majoritatea *nu*), au ajutat doar să direcţioneze greşit un sistem pornind deja dintr-un loc confuz şi disfuncţional. În calitate de medic pediatru instruit să revizuiască datele şi studiile controlate, nu am văzut încă un studiu controlat de orice fel care să valideze ceea ce este propus de majoritatea medicilor de medicină alternativă (dincolo de sprijinul părinţilor sau de pe internet) şi, mai rău, după peste cincisprezece ani, unde sunt poveştile de succes pe termen lung din aceste alte idei sau protocoale? Acest autor continuă să rămână sceptic faţă de orice terapie sau afirmaţii care nu *încep* cu logica clinică şi fiziologică, eficacitatea potenţială reală sau siguranţa bazată pe fiziopatologia reală a acestor tulburări.
Cu legăturile neuroimune evidente cu Alzheimer, Parkinson şi schizofrenie (şi probabil multe alte demenţe pentru adulţi şi copii), cum putem continua să ignorăm o cale majoră care ar putea ajuta atât de mulţi pacienţi? Studiind fiecare dintre aceste zone ca fiind propria lor problemă, deschidem lipsa unei direcţii majore care nu numai că va unifica probabil un grup mare de aceşti pacienţi, în special cei care sunt numiţi „atipici", dar ar putea duce rapid la noi abordări de terapie. , probabil mult mai de succes decât ceea ce s-a făcut de zeci de ani, pentru mulţi care suferă astăzi. Am evoluat la un sistem atât de specializat, atât de concentrat pe detalii, încât am pierdut din vedere imaginea de ansamblu, potenţiala conexiune mai mare. Cercetările continuă în Statele Unite, Europa continuând să se concentreze pe variaţiile bolilor reumatoide, variaţiile autismului şi spectrului autismului, variaţii ale ADHD şi alte tulburări de învăţare, variante de lupus, Alzheimer, SM şi alte tulburări autoimune conexe, lista. continuă şi mai departe.
Ce se întâmplă dacă există atât de multe variante ale fiecăreia dintre aceste tulburări, deoarece multe dintre variantele şi prezentările clasice fac cu adevărat parte dintr-o imagine mai mare, o cale mai mare a bolii de „boli complexe neuroimune, virale complexe". După cum este ilustrat de progresul lent pentru atât de multe dintre aceste tulburări cronice, dacă aşteptăm până când înţelegem fiecare detaliu fin al fiecărei disfuncţii, dacă aşteptăm „Sfântul Graal" (abilitatea de a crea suficiente gene încât să putem modifica sau schimba unele dintre aceste tulburări), vom continua să eşuăm aceşti pacienţi şi familiile lor. Ratele actuale de îmbolnăvire (1:110 copii cu autism, 1:10 copii cu ADHD) ar putea pune o presiune atât de mare asupra sistemelor guvernamentale şi asupra populaţiei noastre sănătoase încât să provoace un colaps al societăţii (lăsând în urmă mulţi cercetători bogaţi, institute, medicină alternativă). clinici şi terapeuţi).
Această linie de gândire (acţionând pe baza a ceea ce ştim şi îmbrăţişând soluţii proactive) se aplică tuturor bolilor, inclusiv cancerelor. Cât timp putem studia variantele de cancer, subcauzele, genetica, variaţiile încercărilor de terapie pentru a „elimina" sau distruge cancerul (fără a distruge gazda – pacientul) – fără a aborda contribuţiile stresului asupra sistemului imunitar al organismului ? Recunoscând efectele negative ale unui sistem imunitar stresat, efectele mediului şi alţi multipli factori la care suntem expuşi, numitorul comun, recunoscut şi discutat la o întâlnire sponsorizată de NIH din 1992, este că atunci când sistemul nostru imunitar este subliniat, atunci când ceea ce se numesc celulele noastre NK (Natural Killer) sunt scăzute, cu toţii suntem predispuşi la activări virale cronice, riscul de cancer etc. Corpurile noastre produc în mod natural celule canceroase disfuncţionale destul de des, dar, din fericire, cei mai mulţi dintre noi rămânem sănătoşi. .
Sistemul nostru imunitar a fost conceput pentru a ne proteja. În timp ce mulţi cercetători urmăresc idei despre cum să ne folosim sistemul imunitar pentru a încerca să luptăm

împotriva cancerului, poate că este timpul să ne concentrăm pe prevenire, evitând acest cancer în primul rând.
Trăim într-un mediu unic. Ne trăim viaţa pe pământ şi suntem protejaţi de stratul de ozon de deasupra noastră. Dacă stratul de ozon este deteriorat, aşa cum a fost în ultimii douăzeci şi treizeci de ani din cauza stresorilor şi compuşilor provocaţi de om, ştiinţa spune că suntem bombardaţi de razele UV periculoase care ne pot deteriora corpul. Sistemul imunitar al creierului nostru este acum atacat într-un mod similar. Fie că este vorba de factori de stres de mediu, de o susceptibilitate predispusă genetic, de viruşi ascunşi sau de o combinaţie a acestor factori, creierul copiilor noştri nu este sănătos. Daunele pot dura ani pentru a deveni evidente. Este evident acum. Şi este responsabilitatea comunităţii medicale să ia măsuri.

Pentru informaţii suplimentare, vă rugăm să vizitaţi www.neuroimmunedr.com şi www.NIDS.net .

ANEXA A

UN STUDIU DE CAZ

CÂND A VENIT JENNY LA MINE, şi acest lucru este tipic pentru aproximativ o jumătate de duzină de copii din practică, ea nu avea alţi markeri la care mă uitam ca să arate că sistemul ei imunitar era activat, unele dintre lucrurile pe care le-aş uita pentru normal ca virus. Dar ea a avut una foarte importantă. ANA ei avea 1:640 chiar înainte să o cunosc. Cumva asta a fost testat şi nimeni nu a făcut nimic.

Când am absolvit UCLA, aflasem că „tulburările autoimune" erau lucruri care se întâmplau frecvent la adulţi. Acestea au fost primele zile ale bolilor vasculare de colagen, bolilor reumatoide şi lupusului. Caracteristica a fost că aceşti pacienţi nu aveau adesea un diagnostic fizic - nu aveau o boală stabilită. Cu toate acestea, medicina a spus că este anormal să aibă un ANA crescut şi aceşti adulţi au fost trataţi ca având o tulburare - o boală. De ce nu le putem oferi copiilor acelaşi beneficiu al îndoielii este peste mine.

Părinţilor lui Jenny li s-a spus că este autistă, deci cum rămâne cu ANA ei? Când am cunoscut-o, i-am repetat valoarea şi ANA era încă ridicată, dar restul analizei de sânge nu a fost deosebit de interesantă. Aşa cum fac cu majoritatea copiilor, i-am luat laptele, lactatele, ciocolata şi grâul integral. Părinţii ei vor recunoaşte că, dacă ea înşală şi are o pizza sau un produs lactat, comportamentul ei devine din perete.

Am început-o cu un antifungic, Nizoral. Părinţii au primit-o deja în doze mici de suplimente de N-dimetilglicină (DMG), o substanţă alimentară care se găseşte în celulele corpului.

Ea a început să vorbească mai mult. În scurt timp, i-am pus un inhibitor selectiv al recaptării serotoninei (SSRI), care este un compus folosit de obicei ca antidepresiv. A început să-şi înţeleagă discursul şi a interacţionat mai bine.

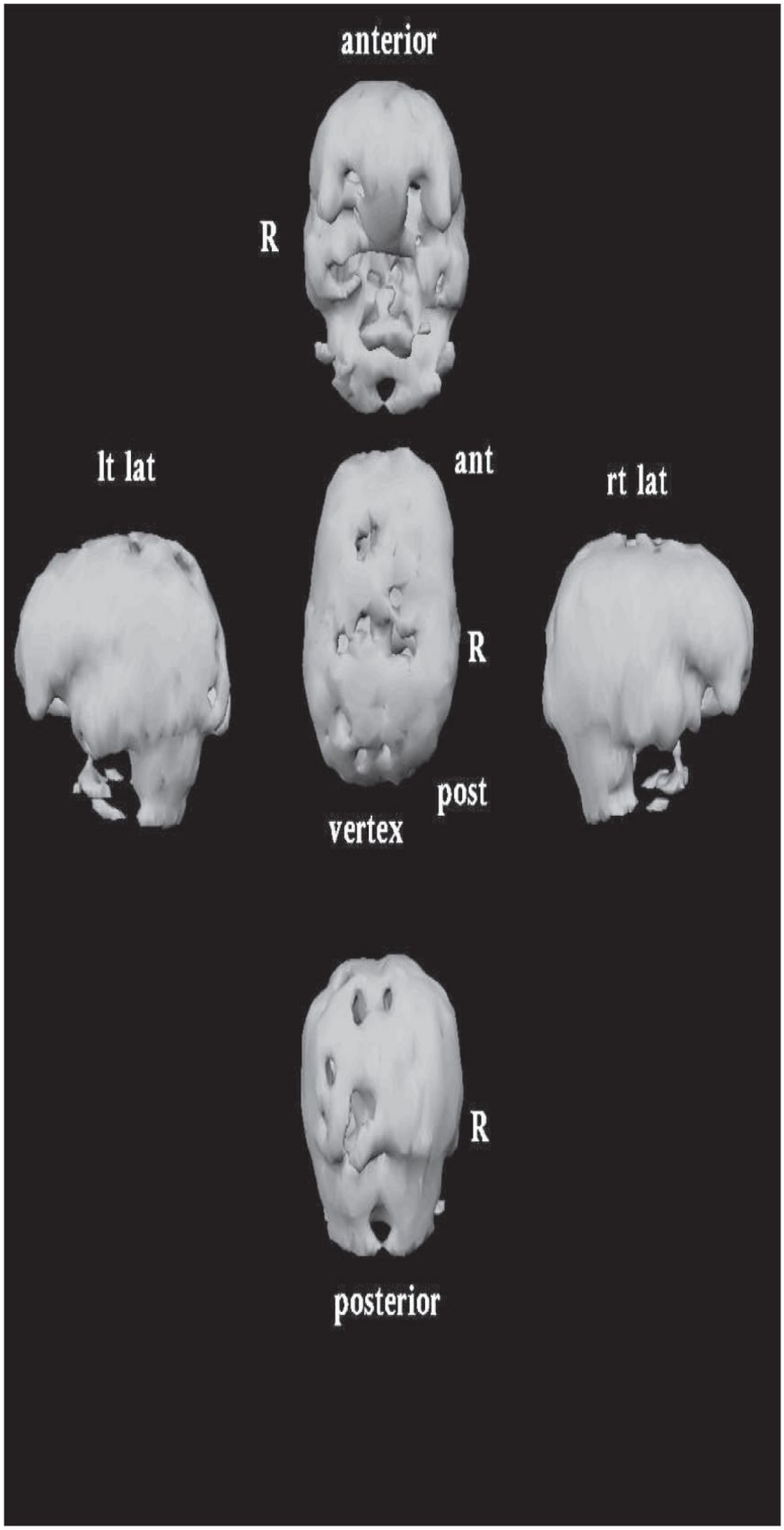
Pe măsură ce mergeam, am introdus un alt antifungic. Ea a început să-şi piardă unele dintre comportamentele ei „autiste". I-am schimbat ISRS cu Prozac şi i-am repetat puţin din analizele de sânge. ANA ei, cel puţin ca marker, cobora. Ea încă mai prezenta semne de alergie cu eozinofilele mari, dar părinţii au simţit că acest copil se îmbunătăţeşte zilnic.

Până în august (o lună mai târziu), procesarea ei auditivă a crescut; abilităţile ei sociale erau crescute. Nu mai era bolnavă. Părinţii erau evident foarte fericiţi. În decembrie, declaraţia lor către mine a fost că se descurca excelent. Era pe amfotericină şi Prozac. În cazul ei, s-a descurcat bine cu puţină echinaceea. Ea mai avea probleme de comportament. Vreau să subliniez acest aspect, deoarece acesta este ceva care a devenit cu adevărat evident de-a lungul anilor. Mulţi părinţi ar fi fost încântaţi să aibă acest copil să funcţioneze la nivelul ei, dar ceea ce caut cu adevărat acum este acea funcţionare cognitivă. Avea probleme de comportament acasă şi la şcoală pentru că nu a crescut niciodată prin etapele sociale normale.

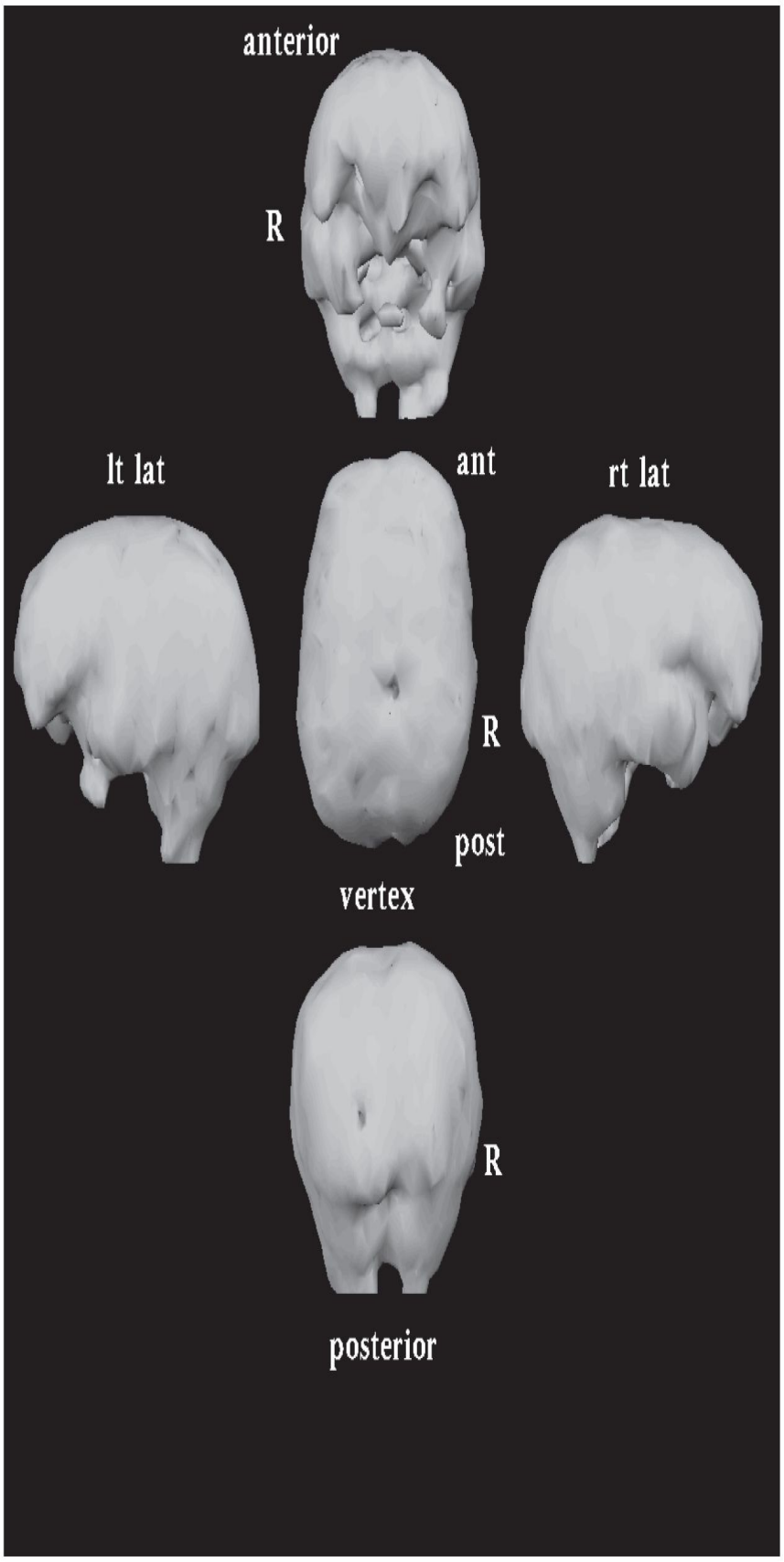
Părinţilor şi profesorilor le-a devenit evident că ceea ce priveau erau situaţii comportamentale. Dar acest copil, din punct de vedere cognitiv, se descurca extrem de bine. Jenny chiar antrenată la toaletă.
De ce ar trebui brusc să poată să meargă la toaletă după ani în care nu a putut? Mereu am fost învăţat ca medic pediatru că nu-ţi grăbi copilul să se antreneze la toaletă. Când sunt gata, vor învăța. Acelaşi lucru se întâmplă cu aceşti copii, pe măsură ce creierul lor se porneşte din nou, începe să treacă de la acel copil de cincisprezece până la optsprezece luni la cel de doi ani la cel de doi ani şi jumătate, la un moment dat copilul. trenuri de toaletă ca orice alt copil.
Am sărit-o puțin pe antifungice cu ideea că amfotericina probabil nu o ține. În 1997, din nou, ea a continuat să se descurce mai bine zi de zi. A ajuns într-un punct în care se descurca foarte bine după multe, multe criterii. Dar este nevoie de ani pentru ca creierul să evolueze. Nu poate sări de la naştere la cinci sau de la naştere la zece. Aceşti copii trebuie să preia și să învețe.
Până în iunie următor, părinţii declară că se comportă din ce în ce mai „normal”. Am adăugat un antiviral nu pentru că mi-a dat vreun titru viral, ci pentru că până atunci devenise evident că mulţi dintre aceşti copii par să se lupte cu un proces de tip herpes sau retrovirus. Fie că sistemul lor imunitar este stresat, slăbit puțin şi sunt mai susceptibili la aceste viruşi care durează mai mult, nu este clar. În decurs de cinci zile, părinţii au văzut o îmbunătăţire semnificativă; abilităţile motorii s-au îmbunătăţit, a devenit mai socială şi a făcut o plângere profesorului ei că nu poate gândi uneori pentru că o durea creierul.
Pe măsură ce progresa, durerile de cap au dispărut. Ea părea să treacă prin cicluri de creştere ca orice alt copil - lucrurile vor merge bine şi vor părea să se încline sau să aibă o scădere bruscă şi apoi vor merge mai departe.
Până la sfârşitul anului începea să se trezească odihnită. Dacă copiii dorm suficient este un factor foarte important atunci când determin dacă să tratez un copil cu tulburare de deficit de atenţie, sindrom de oboseală cronică sau autism/PDD. Am aflat la sfârşitul anilor 1980, studiind sindromul oboselii cronice la Universitatea din California, Irvine, că atunci când creierul tău a fost afectat de aceste boli, nu ai intrat într-un ciclu normal de somn. Cercetătorii au documentat că aceşti adulţi cu o tulburare psihică probabil necunoscută (la acea vreme) intrau într-o etapă în care nu au intrat în ciclurile normale de somn REM în stadiul 4. Ai putea dormi opt ore, zece ore, douăsprezece ore şi totuşi să te trezeşti obosit. Scopul final este ca pacientul să se trezească simţindu-se odihnit.
Până atunci, Jenny urma să fie într-o piesă de teatru de la şcoală (în care s-a descurcat foarte bine, de altfel). Am multe rapoarte de la părinţi din cabinetul meu care spun că, după luni de tratamente, copilul lor a luat parte la primul lor joc de baseball sau a jucat la prima lor joacă de la şcoală. Nu este ceva la care ţi se spune să te aştepţi de la copiii tăi, dar este posibil. Pe măsură ce am progresat, i-am schimbat medicamentele la Zoloft. Chiar dacă acest copil se descurcase foarte, foarte bine, părinţii au venit şi au spus că se descurcă şi mai bine.
Să revenim la diagnosticul ei de autism. Aşa a fost etichetată. Vă voi garanta că ea nu îndeplineşte niciunul dintre aceste criterii în acest moment.

Studiu de caz pentru „HC”: DOB 5/93

- Cap mare – nu a putut coborî în canalul de naştere
- Icter
- Succes limitat cu alăptarea — apoi formulă
- Mi-a plăcut să interacţionez cu mama şi tata
- Câteva cuvinte la 9 luni
- La aproximativ 1 an — lapte integral
- Şi-a dat seama că nu a dezvoltat limbajul aşa cum ar trebui
- Uneori refuză să coopereze
- National Naval Medical Center — posibilă „problemă de stocare” în cap — decizie — nimic anormal
- Nu s-a antrenat la olita
- Laborator: Jenny
- 11/98 ANA—Neg
- HHV6 IGG <20
- CD4 1180
- CD8 502
- Celule NK 8 la sută
- *Interferon alfa: 439*
- Gliadin—Neg.
- Folat 11.7
- Vit. B12—911.4
- 3/00 feritina—43
- 3/01 HHV6 IGG 1:80
- CD4 1144
- CD8 506
- Celulele NK 5,0 la sută
- 5/01 interferon alfa <5
- ASO—695


anterior
R
lt lat
ant
rt lat
R
post
vertex
R
posterior

Imagistica inițială 3-D NeuroSPECT la pacientul „HC” „Găurile” sunt zone multiple de scădere a perfuziei și scăderea funcției în creier. Această scanare a creierului ilustrează în mod grafic dificultatea funcției normale a creierului atunci când sunt prezente „găuri”.


anterior
R
lt lat
ant
rt lat
R
post
vertex
R
posterior

Scanarea NeuroSPECT 2,5 ani mai târziu, după tratamentul cu Abordarea Goldberg (vezi capitolul 7). Deşi funcţia creierului nu este normală, este îmbunătăţită semnificativ.

Concluzie: această tulburare şi complicaţiile ei pot fi modificate.

ANEXA B

POVEȘTI PĂRINȚI

„Ryan”

Ca părinţi aparţinem unui grup cu totul unic, A-clubul, unde doar cei aleşi, nebuni şi hotărâţi pot supravieţui diagnosticului de autism. Niciunul dintre noi nu şi-a dorit vreodată să se alăture clubului de autism şi nici nu a cerut să devină membru. Dar, din cauza copiilor noştri, am fost forţaţi cu toţii să fim împreună. Doar un alt părinte înţelege cum este să trăieşti cu acest diagnostic zi de zi. Izolarea şi singurătatea pe care le aduce acest diagnostic pot fi copleşitoare. Cel mai greu este să continuăm să ne trezim în fiecare zi şi să nu renunţăm la copiii noştri. Ce se întâmplă dacă tot ce am citit sau ni s-a spus despre autism nu este neapărat adevărat? Ce se întâmplă dacă ceea ce vorbim nu este o tulburare psihiatrică debilitantă fără nicio speranţă de recuperare? Ce se întâmplă dacă este o afecţiune medicală cauzată în cea mai mare parte de un sistem imunitar care nu funcţionează corect? Ce se întâmplă dacă autismul este tratabil? Copilul meu şi-a revenit şi a fost dat afară din A-club din cauza tratamentului medical pe care l-a primit de la dr. Goldberg, un medic care era înaintea timpului său. Vreau să fie dat afară şi toţi copiii tăi.
Ryan a fost diagnosticat când avea patru ani de către autoritatea principală în domeniul autismului din oraşele gemene. Ea ne-a spus că fiul meu nu va fi niciodată bine şi că probabil va ajunge într-o casă de grup sau într-o instituţie. Când fiul meu a intrat la grădiniţă la aproape şase ani, era în percentila a 3-a pentru vorbire. În acel moment, Dr. Goldberg îl tratase medical pe Ryan de aproximativ un an. Ryan avea un consilier cu normă întreagă în sala de clasă care să-l ajute la şcoală. Până în clasa a treia, fiul meu a testat vorbirea în percentila 85, iar până în clasa a cincea Ryan nu a mai primit niciun serviciu sau asistenţă la şcoală.
Ca urmare a tratamentului medical de la Dr. Goldberg, singura instituţie în care se află Ryan astăzi este universitatea pe care o frecventează în prezent cu o bursă academică bazată pe merit. Ryan face toate lucrurile pe care doctorii mi-au spus că nu le va face niciodată. Studiază inginerie mecanică şi este numărul doi în clasa sa. S-a alăturat frăţiei Sigma Chi şi este preşedintele Asociaţiei Studenţilor Evrei. Ryan conduce, are o mulţime de prieteni şi chiar are o iubită. (Cine l-ar fi văzut pe acela venind?) Dar, mai important, Ryan este fericit. Dacă cineva mi-ar fi spus că acest lucru este posibil când era mic, nu i-aş fi crezut niciodată. Oricât de incredibil pare, acesta este acelaşi copil care şi-a dorit să-şi petreacă zilele conectând un radio portabil la fiecare priză din casă iar şi iar. Ryan este un exemplu de ceea ce este posibil pentru copiii cu autism atunci când primesc intervenţii medicale şi comportamentale adecvate. Ei pot creşte pentru a duce o viaţă productivă şi fericită.

Drumul lung al lui Ryan către recuperare a fost cel mai greu lucru prin care am trăit vreodată. Îmi amintesc că am întrebat dacă sacrificiile şi eforturile familiei mele au realizat ceva. Nu eram sigur dacă aveam puterea să fiu mai încăpăţânat decât fiul meu. Au fost dimineţi în care nu voiam să mă dau jos din pat doar pentru a face faţă unei alte zile pline de autism. Cele mai rele momente au fost când nu aveam o direcţie sau un plan. Tocmai eram atârnat de unghii. Dar, la sfârşitul zilei, m-am confruntat cu o alegere: să-l las pe Ryan să plece pentru totdeauna în propria lui lume sau să-l târăsc cu piciorul şi ţipând în a noastră.

După ce Dr. Goldberg a abordat problemele medicale ale lui Ryan, a fost nevoie de ani de zile pentru a corecta deficitele lui Ryan în vorbire şi abilităţi sociale. Au fost necesare intervenţii comportamentale şi educaţionale pentru a-l ajuta să ajungă din urmă. Tot ceea ce îi lipsea când era autist trebuia învăţat. Comportamentele şi obiceiurile ciudate pe care le-a dezvoltat pentru a face faţă trebuiau eliminate. A fost aproape ca şi cum ai aduce înapoi o victimă a unui accident vascular cerebral.

Aceia dintre noi care am trăit cu un copil autist înţelegem luptele zilnice asociate cu copiii noştri scăpaţi de sub control. Ştim că încălţarea unei perechi de pantofi poate provoca o confruntare majoră sau că introducerea unui copil în maşină poate fi mai mult decât epuizantă. Costul enorm asociat cu tratamentele medicale, comportamentale şi educaţionale pentru autism este doar un alt obstacol pe care trebuie să-l depăşim.

Tipul de intervenţie medicală pe care o oferă Dr. Goldberg trebuie să devină cunoscut şi ceea ce poate face fiecare medic pentru copiii cu autism. Când se va întâmpla asta, vom afla cât de „posibilă" poate fi recuperarea pentru aceşti copii aparent „imposibili". Nu trebuie să renunţăm la copiii noştri, indiferent cât de dificil devine drumul sau cât de greu încearcă copiii noştri să ne facă să renunţăm. Avem de lucru pentru a face lumea şi comunităţile medicale să înţeleagă că ceea ce se confruntă copiii noştri nu este o tulburare psihiatrică, ci mai degrabă o problemă imunitară medicală tratabilă. Speranţa mea este ca ceea ce sa întâmplat cu Ryan să devină mai degrabă norma decât excepţia. Trebuie făcut ceva, pentru că sunt copii *care nu* se îmbunătăţesc în fiecare zi.

„Michael"

Michael a fost întotdeauna un băieţel foarte dulce şi frumos. Întotdeauna zâmbea şi chiar avea foarte puţine dorinţe. Îi plăcea să se uite la videoclipuri şi era foarte mulţumit să se joace cu lucrurile pe care le iubea. Nu ştia prea mult limbaj, dar, din moment ce era al treilea copil şi băiat, ne-am gândit că era pe propria sa cronologie. Pe măsură ce a început să îmbătrânească, pe la doi ani, încă nu răspundea la numele său şi doar mormăia nişte silabe „ma ma, da da". La prima şi a doua zi de naştere, el nu a răspuns când i s-a cerut să vină să cânte „La mulţi ani". Era, de asemenea, preocupat să alinieze şinele de tren şi să se uite la roţile autobuzului său şcolar şi ale figurilor maşinilor. Îi strigam numele şi nu primim niciun răspuns. Aş întreba cine vrea să meargă la îngheţată, iar fetele mele ţipau de entuziasm, iar Michael doar s-a uitat la mine fără idee, de parcă ar fi fost un copil care tocmai fusese adus din Rusia. Curând a devenit evident că ceva nu era *în* regulă! Prietenii mei au crezut că ar putea fi surd, dar nu eram foarte sigură ce se întâmplă. Ştiam că mă aude, din moment ce îi cântam tot timpul şi mi-a oferit cele mai dulci zâmbete pe care mamă le-ar putea cere vreodată. Mi-a răspuns doar şi abia îi cunoştea bunicii şi alţi membri

ai familiei şi prietenii care îl iubeau şi îşi doreau atât de mult să facă parte din viaţa acestui băiat frumos.
Deci, a venit timpul să-l duc la neurolog din NYC, cred că aceasta a fost cea mai proastă zi din viaţa mea! Mi s-a spus că Michael are PDD şi că acesta este ceva cu care ar fi extrem de greu de rezolvat. Mi s-a spus să încep imediat terapia logopedică şi să fac tot posibilul. Înfricoşător este că nici nu ştiam ce este acest PDD. Tot ce ştiam a fost Dustin Hoffman în *Rain Man* . Nu eram destul de familiarizat cu cuvântul „autism" şi chiar nu ştiam cum voi putea să mă descurc cu asta. Michael avea două şi trei luni atunci. Ei bine, după ce aproape că am avut o criză de nervi, incredibilul meu soţ mi-a spus că este timpul să nu-mi mai pară rău pentru mine şi să am grijă de mine, de cei trei copii ai mei şi de familia noastră. Am intrat serios în acţiune şi am început terapia logopedică şi intervenţia timpurie şi am lucrat ca un câine pentru a încerca să-l menţin pe Michael angajat şi să-l învăţ cum să devină o persoană. Michael a făcut nişte îmbunătăţiri frumoase de la momentul diagnosticării până la vârsta de 4 ani şi jumătate, dar nu suficiente pentru mine. Încă folosea doar propoziţii de trei-patru cuvinte şi era încă foarte implicat în propria lui lume, dacă nu l-am scos. Am folosit, de asemenea, ABA şi logopedie şi l-am implicat şi într-o grădiniţă obişnuită. Dar din nou, Michael nu a obţinut câştigurile pe care ştiam că poate, aşa că era timpul pentru o schimbare!
Am primit numele doctorului Goldberg de la un profesor care a vorbit foarte bine despre el şi mi-a spus că atunci când voi fi pregătit pentru schimbări drastice în viaţa lui Michael, era timpul pentru doctorul G. Ea mi-a spus că va avea nevoie de analize majore de sânge şi că va trebuie să urmeze o dietă specială şi să înceapă să ia medicamente zilnic. Sincer, eram atât de speriat, dar eram *disperat* ! Aveam nevoie de Michael să se îmbunătăţească şi ştiam că era prea tânăr pentru a fi renunţat la el. Astfel a început călătoria noastră cu Dr. Goldberg. Michael a început cu Dr. Goldberg la vârsta de cinci ani, iar acum are şaptesprezece ani. Este atât de interesant cum lucrurile încep să devină atât de evidente când privim în urmă. Primul lucru pe care mi-am dat seama este că Michael a mâncat şi a poftit doar de lactate înainte de Dr. G. Mânca trei sau patru iaurturi o dată şi se părea că cu fiecare iaurt devenea mai mult ca un „bum beat". Toate aceste alimente îl pun pe Michael într-o ceaţă mai mare decât a început şi pentru mine este uimitor cum nu mi-am dat seama de asta decât după ani de zile după ce am văzut cât de diferit a devenit Michael după ce a fost scos. Ştiu că acest lucru este adevărat, deoarece Michael a fost prins de câteva ori mâncând iaurt şi îţi puteai da seama aproape imediat că s-a consumat ceva ce nu ar fi trebuit. Acest lucru a fost cu adevărat incredibil. Cine ar fi crezut vreodată că lactatele ar putea fi un lucru atât de rău pentru un copil mic? Ei bine, am învăţat *multe* de la Dr. Goldberg şi am schimbat totul în viaţa lui Michael. Gata cu lactatele şi alimentele care nu erau considerate „sigure" pentru Michael, nu-i mai permitem lui Michael să fie altceva decât cel mai bun al lui, nu mai lăsam oamenii să creadă că Michael este „cu handicap", ci să-i învăţăm că Michael avea o boală gravă şi noi lucram. foarte greu să-l ajut să-şi revină. Toţi membrii familiei mele, împreună cu prietenii mei cei mai apropiaţi, au sărit la bord pentru a mă ajuta cu orice le-am cerut să facă. Tocmai am făcut ceea ce mi-a spus dr. G. să fac şi am trecut prin suişurile şi coborâşurile încercării de a-l duce pe Michael înainte. Primii ani nu au fost uşori şi au fost multe lacrimi, dar a fost şi multă bucurie! Dr. G. mi-a spus că trebuie să am răbdare, să muncesc din greu şi să privesc starea lui Michael ca pe o boală medicală şi împreună vom găsi o modalitate de a-l ajuta pe Michael să fie sănătos. Ei bine, Michael a

muncit foarte mult la fel ca noi toți și, încetul cu încetul, a început să facă îmbunătățiri frumoase – încet, dar sigur! A început să vorbească mai bine, a început să încerce alimente noi și s-a alăturat uneori lumii noastre. Fiecare zi a fost o provocare, dar am trecut de la atâtea zile de tristeţe şi frustrare la mici paşi trepţi de fericire. Uneori, Michael făcea trei paşi înapoi, dar apoi sări cu patru paşi înainte. Am început să înţeleg cu adevărat importanța de a ține dieta și de a lua medicamentul conform instrucțiunilor. Chiar am fost martor la ce s-a întâmplat dacă Michael a înșelat dieta sau am uitat să-i dau medicamentele. Ce atracţie puternică au avut aceste două combinaţii asupra corpului şi creierului lui Michael. Făceam, de asemenea, terapie intensivă și chiar îl învățam pe Michael regulile vieții, indiferent dacă voia să le învețe sau nu. Dr. Goldberg a fost un medic minunat și grijuliu și un prieten pe tot parcursul acestui proces și sunt extrem de recunoscător că a intrat în viața lui Michael (la fel ca și a mea!). Michael a avut, de asemenea, două scanări ale creierului la cererea doctorului Goldberg, astfel încât să poată vedea cu adevărat ce se întâmplă în creierul lui Michael și să-și dea seama ce modificări medicale ar putea fi necesare pentru a-l ajuta pe Michael să avanseze. Tot ce pot spune este că simt că Michael nu ar fi acolo unde este dacă nu ar fi fost un pacient al doctorului Goldberg. Michael a făcut astfel de paşi incredibili de-a lungul anilor. A trecut de la a fi un copil nonverbal, care trăiește în propria lui lume fără nicio idee despre nimic în viață, la un tânăr care este atât de capabil de atâtea lucruri. Michael este încă un tânăr dulce și grijuliu, care este o parte activă a lumii noastre. Dr. Goldberg mi-a dat speranță într-un moment în care neurologi de top de la Columbia Presbyterian din NY îmi spuneau să fac tot posibilul, dar prognosticul nu era grozav. Ziua în care l-am întâlnit pe Dr. Goldberg a fost ultima zi în care am contactat *din* nou un neurolog! Michael este acum un tânăr frumos, dulce, care are o părere; care ajunge singur la școală; navighează prin clasele sale; îi place să fie cu prietenii; iubește tenisul, ciclismul și baschetul; și își adoră familia. Este iubit de toți și are doar o pasiune pentru viață. El este un astfel de dar și mi se pare atât de incredibil de înfricoșător să cred că există atât de mulţi alţi copii cu potențial care nu au fost suficient de norocoși să aibă un medic precum Dr. Goldberg care crede că ceea ce a fost de obicei diagnosticat ca autism. astăzi este o condiție medicală care poate fi schimbată. Iubesc acest copil și mi se face pielea de găină în fiecare zi, gândindu-mă la toate lucrurile pe care Michael a reușit să le depășească pe măsură ce a devenit mai sănătos. Când mă supăr pe Michael pentru ceva și îmi spune că îi pare rău, îl întreb de ce crede că sunt supărat și îmi spune mereu: „Știu, mamă, pentru că vrei să fiu cel mai bun copil care pot fi. Știu ce trebuie să fac și mă voi strădui mai mult mâine." Apoi un sărut mare și trecem la următorul subiect. Nu voi lua *niciodată* să vorbesc de la sine înțeles atâta timp cât voi trăi. Ce cadou. Îi mulțumesc Dr. Goldberg pentru că a făcut ca corpul și creierul lui Michael să funcționeze mai bine, astfel încât să se poată bucura de toate lucrurile pe care viața le are de oferit. Așteptăm cu nerăbdare următorii câțiva ani! Abia aștept să văd toate lucrurile minunate care îi mai au în fața lui Michael.

„Eric"

Eric a fost adoptat la naștere. A fost un copil minunat care s-a dezvoltat normal și a avut un limbaj grozav până la vârsta de nouăsprezece luni. Până la a doua zi de naștere, el nu răspundea la numele său și nu folosea mai mult de un cuvânt. De asemenea, a trecut de la a

fi incredibil de fericit la distras și dificil de gestionat. În timp ce pediatrul meu m-a asigurat că băieții se dezvoltă mai lent, știam că ceva nu este în regulă.
Diagnosticul inițial al cuvântului „A" a venit de la un neurolog de la Universitatea din Wisconsin-Madison. Nu am fost de acord cu el și am continuat căutarea de informații. Am vizitat numeroase alte centre medicale și o potențială condamnare la moarte a venit de la Kennedy Krieger la Johns Hopkins în noiembrie 1999. După două zile de teste și mii de dolari, ne-au spus că Eric era retardat mintal sever și nu avea capacitatea de a *învăța* . O parte din recomandarea lor a fost ca noi să începem să căutăm case de grup. Deși am fost șocați de acest diagnostic, nu l-am acceptat. Îl văzusem pe Eric în acțiune, un rezolvator de probleme, strălucitor și curios. În schimb, am continuat să căutăm alte sfaturi și oportunități medicale. Am fost prezentati unui medic DAN care a sugerat suplimente și pulbere Kirkman Labs, deoarece sistemul imunitar al lui Eric a fost compromis și acest protocol ar fi de ajutor. Eric a luat-o razna – imposibil de raționat, compulsiv, neregulat. Așa că pentru a rezolva asta până când sistemul său imunitar „s-a uniformizat", acest medic DAN i-a prescris doze crescânde de Neurontin și a început chelarea. Viața noastră a fost nebună. Eric nu dormea niciodată și era o mizerie constantă agresivă. Știam că i se prăjește creierul și clar că aceasta nu era calea cea bună. Am terminat cu medicul DAN, deoarece ședințele de chelare nu erau discutate pentru noi. În timp ce am continuat cu școala, terapia de vorbire și limbaj și OT, nu făceam prea multe progrese. Apoi, în vara lui 2002, am primit un telefon de la un prieten care locuiește în Los Angeles. Ea văzuse un articol despre Dr. G. în *Los Angeles Times.* Deși călătoria de la întâlnirea cu Dr. G. în ianuarie 2003 a fost lungă, Eric se descurcă uimitor de bine. NeuroSPECT-ul său inițial a arătat un exces de flux de sânge către lobii temporali anteriori și multe puncte fierbinți. Trei ani mai târziu, specificațiile sale au arătat un creier mult mai sănătos! Ani mai târziu, știe un limbaj grozav, este într-un liceu public mergând pe holuri și funcționează bine. Este calm și concentrat cu ajutorul tutorilor și orelor de intervenții educaționale. Deși călătoria noastră este departe de a fi încheiată, Eric nu ar avea niciodată șansa la o viață fără Dr. G. și intervențiile sale medicale.

„Iosua"

Joshua s-a născut pe 5 aprilie 1996. Aceasta a fost cea mai minunată zi din viața noastră. Eu și soțul meu eram căsătoriți de zece ani și eram atât de pregătiți pentru provocările legate de calitatea de părinte. Am avut cea mai perfectă sarcină și am fost sănătoasă tot timpul. Când s-a născut Iosua, el era cel mai frumos copil. Prietenii mei erau atât de geloși pentru că spuneau că este copilul perfect. Nu se agita prea mult și era atât de fericit. Când Joshua avea un an, am început o afacere din casa mea ca să pot fi cu el. Am angajat o bonă cu jumătate de normă care vorbea niște engleză și spaniolă. După controlul de sănătate al lui Joshua de optsprezece luni, îmi amintesc că doctorul a fost impresionat de discursul său. El a atins fiecare piatră de hotar până în acel moment. Îmi amintesc doar că Joshua s-a îmbolnăvit o dată când era copil. Avea febră mare și lua amoxicilină. Eram în afara orașului când a sunat soțul meu și a spus că Joshua a făcut o erupție pe trunchi. Am ajuns să credem că era alergic la medicament. Mai târziu am descoperit că nu era alergic la penicilină, dar că ar fi fost posibil să fi contractat virusul roseola. Acest lucru va juca mai târziu un rol în ceea ce cred că a ajutat la dezvoltarea stării lui.

La vârsta de doi ani am observat că Joshua nu mai folosea multele cuvinte pe care le avea înainte. L-am dus la pediatru și mi-au spus să nu-mi fac griji și probabil că procesa două limbi pentru că bona vorbea spaniolă. La vârsta de doi ani și jumătate, vecinul meu de alături, care este profesor de clasa a treia, mi-a sugerat să-l duc pe Joshua să fie testat cu districtul școlar la vârsta de trei și poate aș putea obține niște servicii de exprimare liberă. Am acceptat sugestia ei, iar psihologul districtului școlar l-a examinat pe Joshua timp de câteva zile. La sfârșitul evaluării lor, cele două femei mi-au înmânat mie și soțului meu un raport de șase pagini. Îmi amintesc că am citit raportul și capul a început să mi se învârtească. Am simțit că voi leșina. Îmi amintesc că doamnele foloseau cuvântul autism și spuneau că „unii" copii pot duce o viață plină și poate obține locuri de muncă simple când sunt adulți. Mi-au amintit că mulți dintre acești copii vor trebui, cel mai probabil, să fie îngrijiți pentru tot restul vieții. M-am simțit rău fizic și întreaga mea lume și visele s-au prăbușit. Ne-au oferit pachetul standard cu servicii disponibile și finanțare de la RCOC. Pentru că am așteptat până când Joshua a împlinit trei ani, nu ne-am calificat pentru mare lucru și am fost la mila districtului școlar.

Când am ajuns acasă, îmi amintesc că soțul meu nu a pierdut timpul. A început să vorbească cu alți părinți. Acesta a fost cel mai bun lucru vreodată. Găsesc că cei care au trăit astfel de lucruri sunt atât de plini de cunoștințe utile despre școli. În 1996, acest lucru cu „autismul" era un mister și, deși cifrele începeau să crească (una din cinci sute), nu erau deloc ca acum. Pe atunci nu auziți niciodată de cuvântul „A". Un părinte cu care am vorbit a devenit atunci îngerul nostru păzitor. Ea a recomandat să nu-l punem pe Joshua în programul districtual școlar, ci să dezvoltăm propriul nostru program acasă. Ea ne-a oferit contacte cu terapeuți grozavi și resurse minunate. Acea femeie, Marta, nu va ști niciodată pe deplin impactul pe care l-a avut asupra vieților noastre. Odată ce ceața s-a limpezit în creierul nostru, am devenit drogați de cercetare. La momentul respectiv, singura speranță pe care o vedeam era în antrenamentul ABA. Dr. Ivan Lovass de la UCLA a dezvoltat un program despre care el a afirmat că a „vindecat" această afecțiune. Cheia acestui tratament a fost intervenția timpurie. Ne-am chinuit să încercăm să-l punem pe Joshua pregătit cu acest tip de antrenament și am găsit multe blocaje. Ne-am confruntat cu agenții care spuneau că există o listă de așteptare de până la doi ani. Cu organizarea CARD, eram 103 pe lista lor. Din totală disperare, soțul meu, Gary, i-a trimis prin fax o scrisoare doctorului Lovass. Am aflat că era încă în viață și conducea Institutul Lovass pentru intervenție timpurie (LIFE). Rugătoria noastră a fost disperată și i-am implorat să ia în considerare luarea lui Iosua. Prima noastră minune a venit într-o marți când un bărbat pe nume Mario ne-a contactat și ne-a spus că au disponibilitate pentru o familie din Orange County. Ne-am apucat să ne adunăm terapeutul șef și să angajăm studenți care ar fi dispuși să învețe această tehnică. În următorii doi ani, Joshua s-a extins prin program. După două săptămâni de la program, începea să vorbească din nou. Progresul său a fost atât de incredibil și părea să stăpânească programe în timp record. Acest tratament a fost extrem de costisitor, iar eu și soțul meu am lucrat cu normă întreagă pentru a plăti pentru ceea ce eu numesc educația „Harvard" a lui Joshua. Acești doi ani au fost atât de grei pentru noi din punct de vedere financiar și chiar mai grei pentru căsnicia mea. Părea că tensiunea și concentrarea totală a vieților noastre erau atât de complet cuprinse în Joshua, încât soțul meu și cu mine ne-am trezit străini după paisprezece ani de căsnicie. Am cerut divorțul, dar Dumnezeu avea alte planuri.

Adevărata mea minune: „Nu știi că Dumnezeu este tot ce ai nevoie până când Dumnezeu este tot ce ai." Acesta este locul unde ne-am găsit familia noastră. Neputând să rezolvăm singuri diviziunea de durere care ne despărțea pe soțul meu de mine, am căutat consiliere creștină. Dumnezeu a făcut o muncă rapidă și eu și soțul meu ne-am împăcat. În acest proces, am căutat cu adevărat îndrumarea lui Dumnezeu cu fiul nostru. Am observat că Joshua a atins un platou în program și nu știam cât de mult am putea merge mai departe cu programul LIFE. Era de vârsta grădiniței și am ales să amânăm înscrierea lui Joshua cu un an. Primeam o finanțare parțială pentru programul nostru de acasă și ne-am simțit binecuvântați pentru acest ajutor. Între timp, în acea vară din 2001, am mai avut un copil. Eram atât de convins că Dumnezeu va aduce o fată în viața noastră. M-am rugat pentru o soră pentru Joshua, ca să poată avea grijă de el într-o zi și să nu fiu nevoit să-mi fac griji pentru viitorul lui. Șansele de a avea un alt copil autist cu o fată erau atât de mai mici decât cu un băiat, încât eram convins că Dumnezeu nu mă va pune din nou prin asta. Ei bine, Dumnezeu îți dă doar ceea ce poți face față, iar eu aveam un alt băiat! Când am aflat, am fost devastat. Dintr-o dată, realitatea că ar putea fi nevoiți să trecem din nou prin asta a fost mai mult decât puteam suporta. Deși Joshua se descurca grozav și avea multe succese, diagnosticul este atât de consumator și mi-am dat seama cât de obosit eram. Timp de două săptămâni am simțit o teamă grea în legătură cu venirea acestui nou copil în viața noastră. Și într-o dimineață îmi amintesc un gând care mi-a venit în minte. „Vrei să trăiești în frică sau credință?" Când trăiești cu frică, permiți să-ți fie furată bucuria vieții. Îmi amintesc în acel moment că urma să trăiesc prin credință. Am avut un copil sănătos, Noah, pe 5 august 2001. În acest moment am început să înțeleg mai multe despre Joshua. Nu părea un băiat cu autism tipic. Mai era ceva. Încep să mă rog: „Ce mai este, Doamne? Ce altceva ar trebui să facem pentru Iosua?"

În noaptea aceea m-a sunat femeia despre care am spus că este îngerul nostru păzitor. Nu am mai vorbit cu ea de doi ani și a sunat pentru că a auzit de marele succes al lui Joshua. Ea a vrut să vorbesc cu o mamă despre începerea unui program acasă. Apoi, aproape după gânduri, ea a menționat că ar trebui să o numesc pe această doamnă pentru că fiul ei a fost „vindecat". Am fost șocat și am primit numărul de telefon. Nu știam atunci că acel apel ne va schimba viața pentru totdeauna! Această doamnă mi-a spus să mă *opresc* din ceea ce fac și să merg să-l văd pe dr. Goldberg. Auzisem de doctorul Goldberg și nu știam la ce să mă aștept. A fost atât de insistentă, iar când am vorbit la telefon, fiul ei a venit la telefon și a întrebat despre o mașină Hot Wheels pe care o căuta. Am întrebat dacă acesta este fiul ei și ea a spus da. Părea atât de natural, atât de normal, atât de viu. Am vrut asta pentru fiul meu și mi-am făcut programarea. Când am ajuns la doctori, dr. Goldberg avea atât de mult sens și am făcut toate analizele de sânge necesare. Când am primit rezultatele, analiza lui Joshua a fost foarte clară. Avea al doilea cel mai mare număr de HHV6 (virusul herpesului uman șase) pe care îl văzuse medicul. În cercetările viitoare, cred că virusul a crescut în Joshua din acel virus roseola când era mai tânăr. Am aflat mai târziu că *nu era* alergic la penicilină. HHV6 se găsește în roseola și cu siguranță a fost un factor care a contribuit. Când l-am întrebat pe doctor ce crede că are Joshua, el a descris-o drept NIDS (sindrom de disfuncție neuroimună). El a spus că este ca un tip de „virus cerebral". Virusul se ascunde în creier și se maschează ca diferite afecțiuni (autism, ADD/ADHD și sindromul de oboseală cronică). L-am pus pe Joshua pe protocolul NIDS și în șaizeci de zile a fost de nerecunoscut. Progresul a fost atât de uimitor încât m-am întors în districtul școlar și am insistat să-l

punem pe Joshua la grădiniță! Credem atât de mult în tratamentul, încât am dat înapoi districtului 27.000 de dolari pe care l-au aprobat pentru a ajuta la programul nostru acasă! Au fost atât de șocați de progresul lui și le-am explicat descoperirile noastre. Deoarece districtul nu a avut timp să găsească un ajutor pentru Joshua în clasă, au fost de acord să-i angajeze pe cei doi terapeuți șefi ai lui Joshua. Din acel moment, Joshua a prosperat. Nu a pus niciodată piciorul într-o clasă cu nevoi speciale și a avut doar umbră și asistenți minime în cursurile sale. IEP-urile care au început ca un câmp de luptă au devenit un loc pentru a discuta despre marele progres al lui Joshua. IEP-urile mele au ajuns să fie rapoarte de laudă mai mult decât orice altceva! Joshua a continuat să fie unul dintre cei mai străluciți studenți din fiecare clasă în care a fost vreodată. În timpul anilor primari, ne-am concentrat pe abilitățile sociale și pe emoțiile de conținut. În fiecare an am văzut din ce în ce mai multă victorie în viața lui. În clasa a cincea, Joshua și-a venit într-adevăr pe cont propriu. El a luat conducerea în piesa școlii și i-a crescut vertiginos încrederea și popularitatea. A fost un student A, iar profesorii se bucură foarte mult de atitudinea lui pozitivă.
În clasa a șasea eram destul de îngrijorați să-l punem la școala noastră publică. Este cu adevărat mare. Am mers complet fără nici un ajutor sau umbră și am tăiat cordonul ombilical. Aceasta a fost o mișcare riscantă, deoarece odată ce întrerupeți serviciile, nu le puteți recupera. Am avut încredere în Iosua. Acum, Joshua absolvă clasa a opta în câteva săptămâni și nu am putea fi mai mândri de el. Încă se luptă să-și țină sub control alergiile și cu numerele sale HHV6, dar cu fiecare zi care trece Joshua devine mai sănătos. În cei trei ani de liceu a depășit așteptările tuturor cu note uimitoare (102 As și 4 Bs). Joshua a dezvoltat abilități uimitoare de a cânta la chitară și a scris și a înregistrat primul său album, *Autosanity* . El va urma liceul Tesoro și are multe provocări interesante în față. Obiectivele sale sunt să urmeze MIT și să devină inginer, astfel încât să poată proiecta roller coasters. Cred că fiul meu are un viitor strălucit și de succes și știu că tratamentul lui cu Dr. Goldberg i-a salvat viața. Nu din moarte, ci dintr-o viață de handicap, o viață debilitantă. Are doar paisprezece ani!

„Joel”

Joel s-a născut un copil sănătos. A atins toate reperele în limitele normale. Am observat schimbări în comportamentul lui la aproximativ optsprezece luni. Vorbea mai puțin, avea crize de furie țipând noaptea și ziua. Joel nu mai mânca bine și nu stătea îmbrăcat. Partea cea mai tristă era că Joel se mușca și își lăsa vânătăi pe el, împreună cu mușcarea părinților. Medicul nostru local a spus că nu este nimic de care să vă faceți griji, doar puțin întârziat. Tatăl lui Joel a fost în sfârșit de acord cu testarea oficială când Joel a împlinit cinci ani. Evaluarea districtului școlar: Joel funcționa la optsprezece luni până la doi ani, patru luni. Diagnostic: întârziere generalizată a dezvoltării. A fost înscris la o clasă de educație specială, un program de centru regional și terapie logopedică. Am completat cu cursuri private de vorbire și îndrumare și seminarii. Să-l ajutăm pe Joel a fost punctul central al vieții noastre, dar nimic nu părea să ne ajute. După toate astea, Joel nu era antrenat la olita și abia vorbea. Am auzit despre Dr. Goldberg de la un părinte de la școală. Joel a început tratamentul cu Dr. Goldberg la cinci ani și jumătate. Joel a răspuns bine la medicamente și la modificările dietei. Joel s-a îmbunătățit imediat. Joel răspundea când se vorbea cu el, se antrena la olita, lua mai puține pui de somn în timpul zilei și mânca mai bine. Joel a început

apoi să treacă prin stări normale de dezvoltare a copilului. Îi plăcea să fie citit şi să se joace cu copiii cu câţiva ani mai tineri decât el însuşi.
Apoi am încercat şcoala obişnuită şi terapia logopedică în următorii doi ani. Joel a eşuat şi şi-a pierdut încrederea. Joel a fost înfiinţat să eşueze la şcoală. Dr. Silton a explicat despre stres şi anxietate la Joel. Ea a recomandat să încetăm să ne luptăm cu districtul şcolar, care nu ştie cum să-l ajute pe Joel. Apoi a spus să se concentreze pe Joel să se relaxeze şi să înveţe.
Am găsit un profesor pensionar care să-l îndrume pe Joel plus vorbire la şcoală. Joel s-a calmat şi a dezvoltat o oarecare încredere. Îi plăcea foarte mult să citească, matematica şi muzica. În continuare, Joel a fost tratat de un specialist ORL care a ajutat cu alergii şi probleme ale sinusurilor. Concentrarea şi atenţia lui Joel şi somnul toată noaptea s-au îmbunătăţit din nou.
În tot acest timp, Joel a fost văzut de Dr. Goldberg la fiecare şase până la opt săptămâni, ajustând medicamentele şi dieta. Ultimul an în care Joel a avut nevoie de terapie logopedică a fost când avea zece ani. Aşteptam în afara sălii de clasă şi odată l-am auzit pe directorul nostru de educaţie specială vorbind cu logopedul lui Joel. Am auzit-o spunând: „Ştiu că acest copil are acest diagnostic, dar pur şi simplu nu îl văd." Logopedul a răspuns: „Nici eu nu văd."
Joel are acum doisprezece ani şi este atât de distractiv. Mai are câteva provocări, dar în general se descurcă foarte bine. Sper că în viitor vor fi disponibile medicamente mai bune pentru a-i ajuta cu sistemul imunitar încordat. Nu are nevoie de servicii de educaţie specială sau de servicii de centru regional. Joel ia cursuri, face sport şi se joacă cu prietenii de vârsta lui.
Joel se descurcă atât de bine încât oamenilor nu le vine să creadă că a avut vreodată eticheta „A". Oamenii nu cred că copilul lor poate primi acelaşi tip de rezultate.

„Iosia"

Iosia era un copil foarte dorit şi planificat. Ani de zile, sora lui mai mare a cerut un frate. În cele din urmă, la şapte ani, dorinţa ei s-a împlinit şi l-am întâmpinat pe copilul Iosia. Îmi amintesc că m-am uitat la el crezând că acesta nu este un copil, ci un bătrân. Am nascut un batran! Era un copil atât de masculin şi pur şi simplu frumos. Având un alt copil, putem vedea că se dezvolta în mod tipic. Iosia era un copil foarte conectat şi ataşat şi câştiga în toate etapele sale. La trei luni îmi cunoştea vocea şi se întorcea şi mă căuta. Era atât de ataşat încât a trebuit să mă strecor pe uşa din spate ca să merg la muncă. Dacă m-a văzut plecând, s-a terminat! A plâns de parcă i-am frânt inima! Eram cea mai bună fată a lui. Încă sunt!
Era un copil foarte fericit. Se uită la sora lui mai mare de parcă ar fi cel mai tare lucru din lume. În copilărie, singura boală pe care a avut-o a fost un caz grav de afte. Totuşi, a fost foarte rău şi a durat mult să dispară. Apoi a avut o criză de reflux care a persistat.
Iosia chiar a vorbit devreme, la vârsta de nouă luni. Şi-a spus primele cuvinte: „şarlatan, şarlatan". Nici nu a fost doar un şarlatan! De fiecare dată când vedea o raţă, îşi zguduia inima! El chiar a arătat. Următoarele lui cuvinte au fost maşini, du-te, ma, mănâncă, suc, iar curând, la unsprezece luni, i-a spus „maşinile merg" şi „fată bună" câinelui familiei noastre. Pediatrul său chiar a remarcat că a fost devreme pentru o combinaţie de două cuvinte. Îmi

amintesc că mângâia câinele cam aspru, strigând „ *drăguț, drăguț* ", pentru că mereu îi spuneam „fii drăguț" câinelui. O primise. Întotdeauna am așteptat cu nerăbdare să vin acasă și să fiu binecuvântat cu „Bună!" în timp ce alerga în brațele mele. A jucat corespunzător, a fost ușor de scos și a fost un mare flirt cu doamnele. Am râs de cum ar ignora total bărbații și ar întinde mâna și zâmbește la toate doamnele drăguțe. Foarte social și o bucurie.
Curând, pe la vârsta de cincisprezece luni, lucrurile au început să se schimbe. Plângea pentru lucruri pe care nu le înțelegeam. Nu exista rima sau motiv. A devenit distructiv și mai puțin verbal. Nu voia să meargă și țipa să fiu purtat. Apoi s-a oprit din vorbit. Avea zece cuvinte și acum mai aveau două, „mașinile merg". Ce s-a întâmplat cu „mama"? Nu am știut niciodată ce vrea. S-a rigidizat, a trebuit să aibă lucrurile într-un anumit fel. Îi plăcea să iasă să mănânce, acest lucru a devenit curând tortură. Ar trebui să sunăm înainte la restaurant pentru a-și comanda masa, pentru că s-ar înfuria dacă ar trebui să aștepte. De câteva ori un băiat de autobuz a pornit aspiratorul și a înnebunit absolut. Chiar și după ce băiatul de autobuz a oprit aspiratorul, nu s-a mai putut liniști. A trebuit să plecăm imediat. Apoi aproape că a încetat să mănânce. Toată ziua țipa după lapte. De ce s-a liniștit brusc când i s-a dat lapte și a izbucnit într-o criză mai mare mai târziu? Nu mai tolera pălăriile, tunsorile, caruselul și nu mai cocheta cu doamnele. Acum țipa în mașină și ura ieșirile. Mișcările sale intestinale au devenit atât de rare și i-au afectat somnul. Avea febră ciudată și părea mereu bolnav. Nu a mai dormit toată noaptea. L-am găsit adesea râzând isteric într-o cameră întunecată la 3:00 AM! A fost înfricoșător!
Pe diagrama lui de dezvoltare a fost marcat pentru cea mai mică cantitate de cuvinte acceptabile. L-am luat de mai multe ori și mi s-a spus să nu-mi fac griji. Îmi amintesc când eram însărcinată cu sora lui mai mică, vorbind cu medicul pediatru despre cât de îngrijorată era că el nu înțelegea că va veni un copil. Ea a spus că citește-i cărțile „frate mai mare" și o va primi. Când avea doi ani și jumătate, s-a născut sora lui mai mică și a fost șocat. Nu a înțeles *niciodată* un cuvânt din acele cărți ale fraților mai mari. Când am dus-o acasă, s-a uitat la ea și a căutat să vadă cum ar putea-o dezmembra. A căutat cum îi era atașat piciorul. De parcă ar fi fost o păpușă, el a smucit din greu încercând să-i scoată piciorul. Era foarte dezamăgit că ea nu era o păpușă. Pur și simplu nu a înțeles. Până atunci, mi s-a spus în sfârșit să-mi fac griji. Abordarea așteptați și vedeți ne-a pierdut timpul de dezvoltare.
Pe măsură ce a fost evaluat, i-am tot spus psihologului, nu poate fi autist, e bolnav. Mi s-a spus că dacă era sau nu bolnav, nu are nicio legătură cu diagnosticul lui. Fiul meu nu s-a jucat în mod repetitiv și a avut un joc foarte imaginativ. Îi plăcea atingerea, afecțiunea și, în afară de „vidul demonului", era bine cu zgomotele puternice. În timpul evaluării, îmi amintesc că au pus pe masă o ceașcă, o lingură și o păpușă. În timp ce urmăreau jocul nepotrivit, el pune copilul în ceașcă, îl învârte și spune: „Weeeeeeeeee!" Îl privesc pe evaluator încruntându-se și scriind ceva. Am spus: „Stai, este potrivit! Tocmai ne-am întors de la Disneyland și îi plac ceștile de ceai!" Apoi își șterge semnele negative. Chiar dacă l-am scutit de un punct negativ de pe tabelul ei, nu l-am putut scuti de diagnosticul de autism. A fost devastator. Ei nu au avut dreptate. Am simțit ferm că nu se potrivește cu definiția lui Kanner a autismului. Chiar și atunci, știam că această etichetare greșită a autismului îi va refuza o intervenție medicală. Cum aș putea să-i fac să privească mai profund? Sunt doar o mamă.

Pe măsură ce ne cufundam în terapiile sugerate, am cercetat modalităţi medicale de a-i trata simptomele. Primul lucru pe care l-am încercat a fost să scoatem laptele din dieta lui. Iosia a trecut printr-o moarte gravă din cauza asta, care a fost complet înfricoşătoare. Timp de nouă zile, a fost plecat. A încetat să se joace în mod corespunzător, a încetat să caute afecţiune, a început să alinieze lucrurile şi ţipa de furie. Mi-a fost teamă că am înrăutăţit situaţia. Făcea lucruri pe care nu le făcea niciodată înainte! Din fericire, după zece zile a început să se întoarcă. A încetat să alinieze lucrurile şi nu a mai făcut-o niciodată. Cel mai bun lucru a fost că a dormit puţin mai bine, a ţipat mai puţin şi a câştigat treizeci şi trei de cuvinte în şase săptămâni! Eram pe drum. A continuat să se îmbunătăţească când am adăugat antifungice şi probiotice. Limba fiului meu era din nou roz. Era mai calm şi mai concentrat. Pe măsură ce am avansat în acest protocol popular de autism, am condus laboratoare scumpe şi ni s-a spus să eliminăm tot glutenul, precum şi alte douăzeci şi două de alimente marcate. În mod ciudat, când am făcut asta, s-a înrăutăţit. A făcut febră ciudată, cercurile de sub ochi s-au înrăutăţit, a refuzat să mănânce şi a fost mizerabil. Ştiam că avem nevoie de un nou protocol.

Îmi amintesc când am aflat despre dr. Goldberg, când eram treaz târziu într-o noapte, cautând pe Google ca o nebună. Am găsit că scrisoarea lui către Congres afirmă cel mai remarcabil lucru. El a spus că „este imposibil din punct de vedere ştiinţific să existe o epidemie de dezvoltare". El a mai spus că această epidemie nu a fost autism, ci un proces de boală. Am plâns în timp ce i-am citit cuvintele, deoarece aveau sens şi dădeau speranţă. Am sunat a doua zi şi am fost în biroul lui şase-opt săptămâni mai târziu. Primul lucru pe care l-am făcut a fost să-i schimbăm dieta. Dieta NIDS a Dr. Goldberg a funcţionat mult mai bine pentru el. Similar cu GFCF, nu a fost greu de urmărit, dar a permis mai multă mâncare. Pentru fiul meu, eliminarea tuturor acestor alimente i-a făcut mai mult rău decât bine. Acum nu avea lapte şi cereale integrale şi se simţea mult mai bine.

După ce am primit laboratoare înapoi care indică titruri mari de HHV6, am început antivirale. Pentru Josiah, a fost destul de dureros să înceapă. Bietul meu copil a avut dureri de cap masive, dureri de stomac, transpiraţii nocturne şi spasme chinuitoare la picioare. Am citit pe plăcile pentru adulţi HHV6 că mulţi au experimentat o durere asemănătoare cu sciatica în picioare şi mâini. Ştiam că asta era, pentru că el va ţipa brusc şi îşi va apuca piciorul şi picioarele. Îşi încolăcea piciorul şi ţipa până la două ore. A fost atât de greu să-l privesc trecând. Îşi ciupia mâinile, de parcă ar fi furnicături, şi scâncea. În miezul nopţii pentru a doua săptămână, se trezea în mod constant cu o sudoare rece. În acest timp m-am culcat cu el şi, într-o noapte, m-am trezit când el m-a pălmuit în timp ce dormeam. Era complet adormit şi mă lovea şi lovi cu piciorul. În timp ce mă protejam cu o pernă, îmi amintesc că m-am gândit: „Nu-i nimic, iubito, luptă cu virusul ăla urât!" Pentru o vreme, virusul a părut să se agite şi să crească, pe măsură ce titrurile lui au crescut. Văzând asta, dr. Goldberg a schimbat antiviralele, iar virusul a scăzut la fel ca toate durerile.

Iosia a fost cel mai clar pe care l-am văzut vreodată. Dormea mai mult, mânca mai mult şi avea câştiguri în toate direcţiile. Pentru că se simţea mai bine, ne-am pierdut crizele groaznice şi cuvintele creşteau. De asemenea, a început să înţeleagă limbajul. El a răspuns din nou la numele său şi a fost aici. Am fost uluit când la cinci luni de la începutul protocolului, i-am cerut să-şi cureţe mizeria şi a făcut-o! Într-o noapte, i-am spus: „Bine, curăţaţi-vă farfuria", iar el s-a ridicat, a răzuit mâncarea în coşul de gunoi, a pus farfuria în chiuvetă şi a bătut din palme şi a spus: „Am făcut-o *!* " A fost aproape ca şi cum ar fi vrut

mereu să asculte, dar nu a putut. Cuvintele lui au crescut, de la un vocabular de 43 de cuvinte la 135 de cuvinte. A învăţat şi să imite. Terapia logopedică a început să funcţioneze mai bine, deoarece imita sunete, apoi cuvinte complete. Urmează cântecele. A fost frumos să-i aud vocea mică cântând în liniște: „Sclipește, stele sclipitoare". A inventat chiar şi un cântec scurt şi a mărşăluit prin casă cântând-o. Abilităţile sale de joc au avansat în dezvoltare şi a câştigat mai multă imaginaţie. Acum îi plăcea să se îmbrace şi să se prefacă a fi personaje diferite. Preferatele lui au fost costumele Buzz şi Woody. El ar striga: „Da, haw!" şi galopează prin casă prefăcându-se Woody din *Toy Story* . Capacitatea lui de atenţie a crescut, pe măsură ce a început să ceară povești să-i fie citite. Asta a fost uimitor! A început să se joace mai mult cu alţi copii, iar relaţiile lui cu surorile sale au crescut, de asemenea, mai ales cu sora lui mai mare, care acum avea unsprezece ani. Ea spunea: „Mamă, Josiah este atât de distractiv acum!" În sfârşit, ajungeau să se cunoască. Cât despre sora lui mai mică, avea optsprezece luni şi nu era la fel de interesantă, iar el încă era enervat că trebuie să-şi împartă jucăriile şi mamii cu ea.

Cel mai uimitor moment pentru mine ar suna ciudat pentru cineva cu copii cu dezvoltarea tipică. Îmi ţin la suflet momentul în care Iosia a avut o mini ceartă cu mine! A fost *grozav* ! Mi-am ţinut zâmbetul, în timp ce el îşi bate joc de mine când l-am certat să-şi ia cina. El a strigat înapoi: „Iosia, mănâncă! Iosia, mănâncă!" urmate de hohote de râs. Apoi spune: „Nu, nu, nu, nu! Tu mananci!" Aceasta continuă timp de zece minute minunate. Spun minunat, pentru că a fost o fericire pură să-i aud vocea atât de fluid. Era copilul care avea câteva cuvinte, dar *nu repeta niciodată* un cuvânt când era întrebat. Aici continuă să mă bată joc de mine, strigând: „Nu-i bine! Tu mananci! Nu Nu NU!" Apoi vrea să se coboare de pe scaun şi spune: „Jos!" Îi spun: „Nu jos! Mai întâi mănâncă!" Se gândeşte un minut. Şi zâmbeşte inteligent şi spune: „Mamă, îmbrăţişează!" Mă manipula să mă dau de pe scaun şi eram atât de mândru! Minunat!

Când s-a întors la şcoală, la cinci luni de la începerea protocolului, profesorii şi personalul au remarcat că este mai accesibil şi mai predat. Au fost uimiţi. Profesorul lui a spus că luminile erau aprinse, iar comportamentele lui au scăzut semnificativ. Era mai înţelegător şi participa mai mult la cursuri. Acasă, a continuat social şi să-şi facă un prieten. O fată, desigur, pentru că este din nou un mic flirt.

Drumul lui Iosia spre recuperare este un drum accidentat, cu suişuri şi coborâşuri. Totuşi, nu este un drum fără sfârşit şi sunt recunoscător pentru o destinaţie. După cincisprezece luni de la acest protocol, am observat o corelaţie clară între cât de bine se descurcă şi cât de mari sau scăzute sunt titrurile lui HHV6. Când limbajul său scade şi comportamentele sale cresc, există întotdeauna o creştere a titrurilor sau o infecţie a urechii care se dezvoltă. Fiica mea mai mare a făcut un joc pentru a-şi măsura limbajul. Ea a primit un numărător şi, din când în când, începe un joc competitiv cu „Cât de mult îl poţi face pe Josiah să vorbească?" Acum un an, acest joc ar fi imposibil. Am descoperit că, atunci când virusul lui a scăzut şi este sănătos, am obţinut un vârf de 317 cuvinte într-o singură zi! Este uimitor, ca acum un an, ar fi cinci cuvinte. Am măsurat când era bolnav, iar virusul i-a crescut şi era la greu treizeci de cuvinte pe zi. Dacă acesta a fost autism autentic, cum putem avea aceste fluctuaţii? Cred că aceasta este o dovadă suplimentară că aceasta este o boală.

În prezent, îi vedem titrurile scăzând din nou şi îl vedem revenind la viaţă. Relaţia lui cu sora lui mai mică a crescut de la toleranţă la prietenie. Acum se joacă cu ea şi o iubeşte. Este atât de drăguţ să-l vezi să-i ceară o Popsicle şi să ajungă la două, să-i dea una. El devine un

frate mai mare bun. Dacă îi putem împiedica reapariţia infecţiilor urechii şi dacă virusul îi scădea, simt că s-ar putea recupera complet în câţiva ani. A-l menţine sănătos se dovedeşte a încerca, dar cel puţin este cu un medic care crede în el.
Nu mai este un băiat pierdut. El este aici şi este uimitor!
Mai jos sunt două intrări de jurnal din 2007, când a început să regreseze.
Unul este un program pe care îl transmiteam mamei mele, deoarece era pe cale să aibă grijă de copii pentru ziua respectivă.
Celălalt este modul în care se desfăşoară *de fapt ziua* . Deşi scris cu umor, totul este adevărat.

programul lui Iosia; Scris în 2007

- Se trezeşte între orele 6:00 AM-9:00 AM (luaţi sucul imediat)
- Timp de joacă, schimbarea scutecului
- Pune scaunul înalt la o oră după ce se trezeşte, fixează tava de mic dejun (clătite cu sirop de unt, ştrudel, piersici etc.)
- Dacă nu mănâncă, scoateţi gustări la păscut (cereale uscate, struguri, mere, banane etc.)
- Timp de joaca
- E timpul să te relaxezi pentru pui de somn. Faceţi spectacole mai puţin stimulatoare (clasice pentru bebeluşi). Periaţi dinţii. Încearcă să-l gâdili cu periuţa de dinţi (îţi voi arăta cum)
- Timpul de somn începe între orele 10:00 şi 12:00 (poestul durează doar 2-2,5 ore).
- Se trezeşte (luaţi sucul imediat), schimbarea scutecului
- Prânzul este de obicei pascut. Lasă afară un câine de porumb, degete de pui, cereale uscate sau chipsuri şi struguri sau mere. Dacă îl poţi pune pe scaun, încearcă piersici şi iaurt.
- Timp de joacă, timp de joacă, timp de joacă, timp de joacă, timp de joacă (sper că caca)
- Cina este între orele 5:30-6:30 (se pune scaunul cu 15 minute înainte)
- În primul rând, încercaţi pastele subţiri sau puiul pane, în al doilea rând, dă-i legume pentru mâncare pentru bebeluşi (în bol în care poate înmuia o lingură), apoi curăţaţi tava şi daţi-i piersici scurse într-o ceaşcă.
- Puteţi alege să:
- 1. Cu 5 minute înainte de a termina, pune-l pe Soatikee (suroarea mare) să-şi facă baia cu spumă. Dezbracă-l în bucătărie şi conduce-l la baie, spunând: „Oh, uită-te la bule!” Soatikee îl va spăla pe spate şi pe braţe şi îl va urmări bine, în timp ce tu poţi recupera bucătăria. (Sper că a făcut caca.)
- Dacă alegeţi opţiunea de mai sus, atunci dacă a mâncat suficient, puteţi avea o sticlă încălzită şi gata lângă pat, aveţi la îndemână periuţa de dinţi şi un prosop cald de hârtie şi îl îmbrăcaţi, să-l spălaţi pe dinţi, să-l îmbuteliez, să-l ştergeţi pe dinţi. suzetă şi l-a culcat. (Atenţie, el poate fi nevoit să facă caca după o baie caldă, ceea ce înseamnă că va trebui să aşteptaţi.)

- 2. Sau îi poţi amâna baia, şterge-i faţa/mâinile, pune-l să se joace cu Soatikee, (recuperează bucătăria).
- Pune-l să se joace (sperăm căca) şi 1 oră mai târziu să hrănească mâncarea pentru bebeluşi cu cel puţin un borcan, ţine totuşi două la îndemână.
- Pune-l pe Soatikee să-şi deseneze baia cu spumă şi să înceapă să-l scăldă.
- În timp ce ea face asta, pregăteşte-i lucrurile în cameră. Periuţă de dinţi caldă, prosop de hârtie cald, biberon cald şi suzetă. Pregătiţi şi loţiune, pij-uri şi prosop. Când iese, pune-l loţionat, îmbrăcat, periat, îmbuteliat, eructat şi culcat.
- Totul se poate schimba şi depinde dacă a făcut caca încă! Are nevoie de una-două caca bună pe zi pentru o noapte mai uşoară.

Vă mulţumim că vizionaţi Rugrats pentru noi. Asta înseamnă mult pentru noi.

Ziua lui Iosia, 2007

(Fii atent, există sfaturi aici care te pot ajuta şi pe tine să treci peste zi!)

- Se trezeşte fericit, continuându-şi gândurile la conversaţia de aseară.
- subiect: „Maşinile pleacă!"
- Fericirea se estompează rapid în timp ce el se îndreaptă din dormitor.
- Picioarele lui se transformă în jeleu când îşi dă seama că nu mai este în pat şi este aruncat rapid într-o dispoziţie proastă pentru aproximativ o oră.
- Orice mişcare rapidă este percepută ca ostilă faţă de el, aşa că faceţi-vă drum dimineaţa cu precauţie.
- A oferi suc prea devreme este pretenţios pentru el şi de neiertat.
- Oferind suc prea târziu, îl face să creadă că încerci să-l deshidratezi şi îl pune în panică.
- Mai bine să fi făcut ceaşca cu suc cu o seară înainte şi să scoţi pur şi simplu din frigider şi să o aşezi într-o locaţie centrală.
- Nu, nu poţi face sucul dimineaţa! Dacă vă vede că faci suc, îi va da anxietate şi va intra în panică că vei turna suc pentru totdeauna şi nu i-o dai niciodată!
- Micul dejun este rapid refuzat după mai multe încercări. După ce s-a lăsat puţin din farfuria lui şi a ta, el decide că asta îi pierde timpul şi are *multe* de făcut în această dimineaţă.
- Şi a plecat! O mulţime de lucruri importante de făcut înainte de următoarea lui criză de furie.
- Trebuie să: Trageţi pahare din dulap şi aruncaţi-le peste tot prin casă, goliţi hrana pentru pisici vărsând peste tot în bucătărie şi alunecând mai întâi pe burtă, luaţi câteva muşcături de hrană pentru pisici, desigur, verificaţi apa pentru câini. asigurând prospeţimea eşantionând-o, trezeşte toate animalele de companie cu un salut „Frumuţ", scoate toate DVD-urile de pe raftul de perete, scoate-mi maşina de tip Flintstones şi trezeşte peste câine, vezi dacă mama curăţă bine mâncarea pentru pisici. şi „ajută-o" rostogolindu-se peste ceea ce mătură, uşa glisantă de sticlă nu străluceşte; mai bine lins-o. Oh, mama face patul, mai bine ajut-o punându-mi cearşafurile peste cap şi alergând în pereţi, ah, ia cearşafurile şi face patul; timpul pentru potrivirea de dimensiuni medii. Exerciţiile cardio îl fac întotdeauna să se simtă mai bine, aşa că acum aleargă

prin casă trântind toate uşile. Îşi creşte rapid ritmul inimii, înfuriendu-se că uşa pe care a închis-o s-a închis şi nu poate să se redeschidă.

- Acum este timpul pentru o criză de furie de dimensiuni mari, care implică să te rostogolești pe podea, să plângi la mami și să o împingi să se aşeze (căci ea încă îşi curăţă mizeria) și să o facă să-l îmbrăţişeze. Îşi găsește suzeta pe canapea și începe să se autocalmeze.
- Frecarea ochilor arată oboseală, dar mai rămâne ceva luptă! Are 21,9 luni și încă nu coboară!
- E timpul să te joci cu sora și să-i distrugi camera. După ce ea îşi ia egoist jucăria preferată din dinţi, el începe o criză destul de bună. În timp ce ţipă uşile trântind în căutarea mamii, se înfurie și mai tare să constate că nu este acolo unde a lăsat-o. Unde este ea? În timp ce plânge în căutarea mamii, el uită de ce a fost supărat de la început, iar acum este supărat că ea s-a mutat din locul în care a lăsat-o. El o găsește curând în baie și ţipă repede. Ea o spală. mâinile, îl ridică și îl culcă pentru somn. Acest lucru este atât de jignitor încât oferă un pui de somn fără o sticlă în mână! Ea cedează și ia o sticlă, iar el pleacă să-și revină cu un pui de somn. El trebuie, următoarea va fi ora prânzului și multe de făcut! Va fi timpul pentru o ieșire, mai multe lucruri de explorat, de pus în gură, de pipi și va avea nevoie de mai multă energie pentru a merge, a merge, a merge!

„Jaxon”

Mi-a fost foarte greu să rămân însărcinată şi să rămân însărcinată (dar eram atât de fericită *că sunt* însărcinată, mai ales când am aflat că era cu gemeni!). Primele contracţii le-am avut la nouăsprezece săptămâni, când am fost repaus la pat timp de o săptămână şi mi s-a făcut o cură de antibiotice pentru o infecţie suspectată. La douăzeci şi două de săptămâni, eram în travaliu. Am fost internat la spitalul nostru local pentru o noapte şi am primit sulfat de magneziu prin IV pentru a vedea dacă va opri contracţiile. A doua zi dimineaţă, am fost transportat cu ambulanţa la 1,5 ore de acasă şi internat la un spital cu NICU de nivel IV. Am stat acolo douăzeci şi opt de zile, contractându-mă tot timpul. Fiica mea era cu capul în jos, angajată în canalul de naştere şi am fost dilatată la 3 cm, aşa că am fost pusă în poziţia Trendelenburg (capul în jos, picioarele sus) şi mi s-a spus să stau cât mai mult pe partea stângă. M-am bazat pe asistentele mele pentru orice. Soţul meu a stat alături de mine cât a fost posibil în prima săptămână, mama a doua săptămână, cumnatul meu a treia săptămână. În a patra săptămână, prietenii au intervenit să-mi ţină companie. Până în a douăzeci şi opta zi, travaliul era de neoprit, iar copiii mei frumoşi s-au născut la douăzeci şi şase de săptămâni şi două zile de gestaţie. Frumoşi în ochii noştri, dar, în realitate, semănau puţin cu ceea ce aş putea descrie ca extratereştri. Cântăreau doar două kilograme fiecare, ceea ce era destul de mare pentru micropreemii de douăzeci şi şase de săptămâni.
Glumim acum că fiica noastră a fost un făcător de probleme în NICU, dar fiul nostru a fost lăsat să plece devreme pentru un comportament bun. Avea nevoie de foarte puţin oxigen pentru a se naşte atât de devreme şi a fost considerat un cultivator-hrănitor până în a patra săptămână. Însemna că puteam să-l ţin în braţe oricând NICU era deschisă, să-l hrănesc şi să-i schimb scutecele şi, în caz contrar, să încep legături cu el. Părea să se topească în mine când l-am făcut un cangur, unde l-am ţinut piele pe piele de pieptul meu pentru perioade

lungi de timp. Eram încă legaţi de incubatorul lui prin fire şi tuburi care îi înregistrau respiraţiile şi bătăile inimii, pe care le puteam urmări pe un monitor în timp ce mă amânau într-un sentiment de siguranţă. Când l-am adus acasă cu trei săptămâni şi jumătate înainte de data naşterii, era, din toate punctele de vedere, un copil tipic, sănătos. Ceea ce a fost un miracol. Se spune că Dumnezeu îţi dă doar ceea ce poţi face faţă. Sora lui geamănă a fost eliberată de la NICU după ce am implorat şi am implorat să o duc acasă cu o sondă de alimentare gavage. Nu am putut să o vizitez în NICU când aveam de îngrijit fiul meu, iar provocarea de a încerca să fiu în două locuri simultan a fost mai mult decât puteam suporta. Amândoi aveau nevoie de mine în mod egal, dar regulile NICU îi interziceau să treacă prin uşi odată ce a fost expus la lumea exterioară. Ea se confrunta cu un reflux intens, aşa că a învăţa să ia un biberon s-a dovedit o provocare, iar asistenta ei prea programată nu a avut timpul sau răbdarea să o hrănească pe fiica noastră aşa cum avea nevoie. Ea a suferit o intervenţie chirurgicală la inimă când aveau opt zile, apoi a făcut pneumonie, iar plămânii ei au fost, după spusele unuia dintre neonatologi, „raci". Ea lua câteva înghiţituri dintr-o sticlă, apoi se îndepărta pentru a lua înghiţituri adânci de aer. A înrăutăţit refluxul şi, pe deasupra, a făcut ca hrănirea să fie dureroasă.

Le-am adus acasă într-o zi fierbinte de vară. El petrecuse şaptezeci de zile în NICU; ea o sută. Locuisem într-o minunată Casa Ronald McDonald de când fusesem externată din spital, după ce am petrecut eu însumi treizeci şi una de zile acolo, la 1,5 ore de acasă şi de soţul meu şi de câinele nostru frumos şi dulce. Nimic nu se simţise mai bine în toată viaţa mea decât să mă întorc pe uşa mea din faţă cu ambii bebeluşi în braţe.

Primele săptămâni acasă au fost în mare parte neclare. Din fericire, am avut dragostea familiilor noastre în jurul nostru şi vizitatori non-stop în primele cinci săptămâni în care am fost acasă de la spital. Slavă Domnului, pentru că am aflat curând că nu pot să-mi opresc fiica prea mult timp. Trebuia să fie dreaptă pentru a-şi ajuta cu refluxul şi respiraţia. Prima noastră noapte acasă, ea a dezvoltat un strigăt foarte ciudat. Fără să ştiu, o asistentă medicală la domiciliu a apărut de nicăieri (de fapt, ea fusese trimisă de NICU să ne verifice), ceea ce a fost o binecuvântare pentru că nivelul de oxigen al fiicei mele era în anii cincizeci. Aceasta a început preocuparea mea consumatoare pentru fiica mea în primii doi ani de viaţă. Nu îmi amintesc prea multe despre fiul meu când era sugar şi copil mic, cu excepţia faptului că era cel mai uşor „copil de vis" şi l-am adorat. Dormea mult şi nu se agita prea mult când era treaz, dar părea să-i placă îmbrăţişările şi se simţea atât de bine când l-am ţinut în braţe. Mereu m-a făcut să simt că totul în lume este corect. Avea acest obicei amuzant de a da cu piciorul cu picioarele cu adevărat, foarte tare, până când i-au fost scoase şosetele, apoi se aşeza la loc şi dormea cinci sau şase ore o dată. Când era cu adevărat mofturos dintr-un motiv oarecare (reflux?), îl puneam cu cataramă în scaunul lui de maşină sau foarte devreme îi plăcea leagănul şi se liniştea imediat. Am fost vizitaţi săptămânal de asistenta medicală la domiciliu. Ea îmi măsura şi cântări bebeluşii, ceea ce era întotdeauna foarte stresant, pentru că fiica mea nu se îngrăşa aşa cum ar fi trebuit. Fiul meu creştea foarte bine, dar într-o zi asistenta a subliniat că nu urmărea un obiect pe care ea se mişca înainte şi înapoi. De asemenea, nu îşi strângea mâinile în faţa lui, ca majoritatea bebeluşilor de vârsta lui.

Vârsta lor a fost subiectivă în primii trei ani. Era vârsta lor reală (timpul de la naşterea lor reală) şi vârsta lor ajustată (vârsta pe care ar fi avut-o – cu 3,5 luni mai mici – dacă s-ar fi născut la data scadenţei). De fiecare dată când au fost evaluaţi, ni s-a spus că pot/nu pot fi

amânaţi pe baza vreuneia dintre aceste „vârste”. Am simţit că ei (noi) suntem în permanenţă sub un fel de microscop.
La douăsprezece luni (real), am observat că nu se juca în cutia cu nisip de la locul de joacă, aşa cum făcea sora lui. A preferat să se ridice pe volanul căruciorului nostru de jogger şi un fel de stâncă înainte şi înapoi. Era fascinat de roţile de toate felurile şi încerca să se târască după copiii care se plimbau cu bicicletele pe terenul de joacă. A trebuit să încep să-l privesc cu mare atenţie pentru a mă asigura că nu îşi înfig degetele mici în vreo spiţă sau zdrobite sub o anvelopă care rulează. Acasă, a jucat cu el însuşi un joc amuzant care ne-a năruit! Avea o „minge chicotită” care scotea sunete amuzante în timp ce se rostogoli. Nici nu era perfect rotundă, aşa că nu s-a rostogolit ca o minge tipică. Se batea la ea şi se rostogoia pe sub mobilier, iar el râdea şi îl urmărea cât de repede putea (nu mergea încă, era un fel de încurcătură de comando), apoi se încurca în picioarele mobilierului. . Părea că devine frustrat, dar apoi îşi dădea seama singur, se desprindea şi începea totul de la capăt. Avea, de asemenea, o jucărie preferată pentru bebeluşi, şi se batea la ea pentru perioade foarte lungi de timp. Mi-a plăcut foarte mult sunetul plăcut pe care îl scotea, aşa că nu m-a deranjat, până când într-o zi, mi-am dat seama că nu se juca cu milioanele lor de jucării aşa cum o făcea sora lui geamănă.
La zece luni (real), ea avea o carte preferată a animalelor din Arca lui Noe. Ea ar arăta spre fiecare dintre ei şi le-ar fi întrebat: „Dat?” şi uită-te la mine până am răspuns. Primul ei cuvânt a fost la unsprezece luni, „guck” (pentru raţă). Îi *place* orice are de-a face cu animalele. Îşi petrecea tot timpul (când nu dormea, ceea ce făcea ore întregi în fiecare zi) mestecând un set de linguri de măsurat din oţel inoxidabil, urmărind „mingea chicotită”, bătând la soneria bebeluşului sau dansând... zburând în jumperul pentru copii. Chiar putea să-şi pună în funcţiune şi apoi să-şi ţină picioarele sus şi să zboare prin aer ca Peter Pan!
Le-am întrebat OT dacă ar putea fi o problemă cu el, chiar pe vremea când aveau paisprezece luni. Ea a spus că era într-adevăr prea tânăr ca să spună cu certitudine, dar că era urmărit îndeaproape şi că a fost încurajată pentru că a răspuns foarte bine atunci când ea a lucrat cu el pentru a-l atinge până la etapele sale de dezvoltare.
De exemplu, când ar fi trebuit să-şi folosească mâinile pentru a prinde obiecte, le ţinea cu pumnii. VT a lucrat cu el şi în câteva zile (nu şedinţe, ci zile) îşi folosea mâinile. De asemenea, ea i-a făcut să se întoarcă în timp util şi să tragă în sus şi ne-a încurajat să facem exerciţii la podea de la trei luni înainte.
La şaptesprezece luni (paisprezece ajustate), geamănul său a început să meargă. Era mult mai mică, dar mult mai agilă şi – aparent – mai puternică. Într-o zi, în timp ce zbura (adică fugea) prin casă, l-am surprins privind-o atent. M-am gândit în sinea mea: „Va începe să meargă!” Ne-am consultat cu un PT, care făcuse deja o evaluare şi a stabilit că avea o slăbiciune musculară (şoldurile păreau să cedeze când a încercat să-şi folosească jucăria menită să-i ajute să meargă, ca versiunea pentru copii mici a unui mers pe jos) , iar ea programase o întâlnire pentru a lucra cu el. A doua zi, după ce şi-a privit sora, s-a ridicat în mijlocul camerei şi a traversat-o, ţinându-se de nimic! Nu a primit niciodată PT pentru a ajuta la mers. Nu a avut nevoie şi nici nu a primit PT până când a început grădiniţa şi a primit PE adaptiv.
Acesta este băiatul nostru. Ne uimeşte tot timpul. El a răspuns întotdeauna foarte bine la majoritatea terapiilor şi intervenţiilor. El a fost un pacient al doctorului Goldberg în ultimii

4,5 ani. Chiar nu ştiu unde s-ar afla dacă nu ar fi protocolul NIDS şi Dr. G. Dar merg înaintea mea. Lasă-mă să mă întorc când era copil mic şi a început să dea semne de boală.
Fiul meu a fost întotdeauna foarte drăguţ şi afectuos cu noi. A fugit la uşa din faţă când soţul meu a venit acasă de la serviciu şi mi-a permis să mă îmbrăţişez cu el la somn şi la culcare. Îi plăcea să cânte cântece precum „Itsy Bitsy Spider", ţinându-şi mâna mică de a mea pentru a putea face mişcările împreună, deşi nu folosea cuvinte pentru a comunica cu noi.
Geamănul lui şi cu mine am părut întotdeauna să ştim exact de ce avea nevoie. Nu a avut crize de furie şi nu a plâns prea mult. Întotdeauna „a mers cu fluxul" şi a putut – şi a făcut – să adoarmă oriunde. Întotdeauna a recuperat somnul pierdut. Eram îngrijorat de lipsa lui de cuvinte, dar nu prea mult. ST, care lucra cu fiica mea pentru provocări continue de hrănire (care s-a dovedit a fi din cauza intoleranţei la porumb), l-a ţinut cu ochii pe el.
La optsprezece luni (real), ambii mei bebeluşi au fost vaccinaţi împotriva gripei, apoi au suferit rotovirus câteva zile mai târziu. Privind în urmă, cred că acesta a fost „punctul lui de vârf". Din acel moment a fost bolnav. A început să aibă erupţii cutanate în jurul gurii şi pe corp când a mâncat anumite alimente care nu fuseseră niciodată o problemă până acum. A început să facă infecţii ale urechii şi a avut unele infecţii respiratorii (inferioare şi superioare) şi a avut streptococ de câteva ori. Avea o infecţie a urechii sau lichid în urechi de la optsprezece luni până la patru ani şi jumătate şi trei seturi de tuburi pentru urechi. Amigdalele lui erau foarte mari şi roşii până la vârsta de şapte ani. Adenoidele i-au fost îndepărtate când avea patru ani, dar nu a ajutat. Când s-a îmbolnăvit, avea să dureze luni de zile. Avea mucoase groase, verzi, ieşind din nas de cel puţin un an. Când avea trei şi câteva luni, a început să saliva. Copiii de trei ani nu doar încep să saliva. L-am dus la stomatolog si la pediatru, dar niciunul nu a avut o explicatie.
Nu sunt împotriva vaccinărilor, dar cred că acestea trebuie administrate mult mai inteligent decât au fost date fiului meu. I s-au făcut cinci vaccinuri în NICU, cu o lună înainte de data scadenţei, când cântărea patru kilograme. Două luni mai târziu, i s-au dat încă patru într-o zi. Toate vaccinurile i-au fost făcute la timp, adesea când era bolnav. La paisprezece luni (real), i s-a introdus fără succes laptele de vacă şi i se dădea în acelaşi timp şi MMR.
Bolile ajută la explicarea dezvoltării lui (întârzierile sale de dezvoltare, ar trebui să spun). Când copiii mei aveau doi ani, am început să-i duc la grădiniţă. A fost foarte distractiv să merg acolo o zi pe săptămână, mai ales că locuiam într-o zonă îndepărtată, erau consideraţi fragili din punct de vedere medical (mai ales fiica mea) şi nu aveam prea multe opţiuni de socializare. Devenea atât de entuziasmat când mergeam acolo şi zboară de la o jucărie la alta. Regizorul mi-a comentat odată, într-un mod nu foarte amabil sau informativ: „La această vârstă, *ar trebui* să poată sta în cerc." Timpul cercului a fost complet nou pentru mine. Fiica mea nu a avut nicio problemă să stea în poala mea timp de cincisprezece până la douăzeci de minute, cântând melodiile împreună cu ceilalţi copii mici şi ascultând o poveste. În copilărie, era un mare fan al lui Winnie the Pooh şi avea toate personajele. Întotdeauna a iubit Disneyland. De asemenea, iubea *maşinile* şi îi plăcea să se joace cu maşinile, ca majoritatea copiilor mici. Aşa că, când eram la şcoală, m-am gândit că era foarte încântat să fie într-un mediu nou şi dorea să experimenteze cât mai mult posibil. Am încercat muzica „Mommy & Me", dar instructorul ne-a rugat să nu ne întoarcem. Cursul a avut loc în casa ei (care nu era protejată pentru copii mici) şi se temea pentru siguranţa lui. El a refuzat să participe şi, în schimb, a fugit de la un lucru în casa ei la altul, în timp ce eu încercam să îi ofer surorii lui geamănă o experienţă îmbogăţitoare.

La doi ani, zece luni, am încercat să-l înscriu la o grădiniță Montessori. Gândirea mea a fost că avea nevoie doar de expunerea regulată la un mediu departe de casa noastră. Era atât de clar diferit în acel mediu; a fost o mare deschidere a ochilor pentru mine. Cu siguranță a fost în propria lui lume la grădiniță și nu i-a observat pe ceilalți copii sau pe unul dintre cei doi regizori (s-a prins de regizorul blond, nicio problemă, dar nu a vrut/avea nevoie de nimic cu altcineva). În acest moment, îngrijorător era faptul că nu arăta spre lucruri, nu avea contact vizual bun și avea tendința de a merge singur. Un psiholog de dezvoltare a făcut o evaluare completă, observându-l pe fiul meu în grădiniță, acasă și în biroul lui. De asemenea, mi-a intervievat pe soțul meu și pe mine pe larg. Ne-a spus că îi pare atât de rău, dar că avea de gând să-i pună un diagnostic de tulburare din spectrul autist. El ne-a spus că nu era 100 la sută sigur, deoarece nu se potrivea perfect cu diagnosticul, dar nu se potrivește nici cu alte diagnostice. Fiul meu, indiferent de diagnosticul lui, avea nevoie de ajutor și a avut nevoie de el imediat. A avut întârzieri în vorbire, motricitate și abilități sociale. Psihologul i-a dat diagnosticul pentru ca fiul meu să primească serviciile de care avea nevoie și a simțit că, într-o zi, vom reveni la el și diagnosticul nu se va mai potrivi. Eram devastați și amorțiți, dar nu mi-a luat mult timp să încerc să-mi dau seama ce să fac pentru a-l ajuta.

Unul dintre primele lucruri pe care le-am făcut a fost să particip la o întâlnire cu părinții TACA. Vorbitorul invitat din prima seară scrisese o carte despre călătoria pe care o făcuse împreună cu fiul ei. Dr. Goldberg a fost unul dintre personajele principale. I-am cumpărat cartea în acea noapte și am terminat-o de citit înainte să mă culc. A doua zi, am contactat biroul doctorului Goldberg pentru a obține un pachet de admisie. Am returnat pachetul completat într-o săptămână. Avea cel puțin un inch grosime cu istoria fiului meu foarte mic. Am primit prima întâlnire pentru aproximativ trei luni mai târziu. În așteptarea acestei întâlniri, fiul meu, acum în vârstă de trei ani, a început să saliva.

Am început și dieta GFCF în timpul așteptării. Am eliminat si soia si conservantii. Am văzut câteva schimbări imediate în comportamentul lui. Era mai puțin hiper, de exemplu. Eram disperați să o facem pe sora lui geamănă să crească și să se îngrășeze în acest timp și chiar apelasem la Pop-Tarts ca o gustare la locul de joacă. Am observat că în câteva minute după ce le-a mâncat, el o bătea în cap în timp ce mergea în spatele ei cu căruciorul nostru dublu. Atunci am început să limitez zahărul și coloranții alimentari.

La prima noastră întâlnire cu Dr. G., am fost atât de impresionat pentru că el citise și studiase istoria fiului meu. Graficul lui era plin de note lipicioase galbene, iar doctorul G. a parcurs-o cu mine și a pus întrebări pentru clarificare. La sfârșitul vizitei de trei ore, mi-a spus că fiul meu nu are autism și că l-ar putea ajuta. A făcut analize de sânge și ne-am îndreptat acasă. Am simțit că suntem pe mâini bune și că fiul meu va fi bine îngrijit. La vizită a fost și mama mea. Ea a lucrat pentru cercetători în medicină de ani de zile și știa multe despre ceea ce ne-a spus dr. G. despre retroviruși și despre cum fiul meu s-a îmbolnăvit atât de mult și ce ar putea și s-ar face pentru a-l ajuta. Acest lucru se potrivește cu adevărat pentru mine, deoarece fiul meu are și un diagnostic de paralizie cerebrală. Am citit că treizeci și ceva la sută dintre prematurii care au dezvoltat CP au dezvoltat-o din cauza expunerii la un virus legat de herpes în timpul nașterii, și nu din cauza unui eveniment hipoxic. Fiului meu i s-au făcut cinci vaccinuri simultan în NICU, cu o lună înainte de data scadenței și alte patru vaccinări simultan două luni mai târziu. Cred că aceste vaccinări au ajutat la compromiterea sistemului său imunitar deja imatur. Dacă

vaccinurile în sine nu conţineau viruşii (ceea ce probabil au făcut), atunci sistemul său imunitar nu a fost în stare să-l apere împotriva expunerii în timp ce îi asimila.
Nu după mult timp, o altă mamă a recomandat un osteopat local care avea şi paralizie cerebrală. Mi-am dus fiul la el pentru o consultaţie. Fără să discute cu el dr. G. sau protocolul, mi-a spus şi el că fiul meu nu are autism şi că se poate face bine.
Protocolul NIDS a inclus antivirale (Famvir, Valtrex, Zovirax), antifungice (Diflucan, Nizoral), doze mici de ISRS (de departe cea mai înfricoşătoare parte pe care mi-o dau fiului meu, până când am văzut cum i-au ajutat concentrarea şi atenţia) , dieta antiinflamatoare (dificila uneori pana ne obisnuim cu ea, dar atat de esentiala), probiotice, antihistaminice, Tenex (pentru impulsivitate), DHA-EPA, un bun multivitamin, si fier. De asemenea, a trebuit să folosim ulei mineral de ani de zile pentru constipaţia cronică, care acum este rezolvată.
Terapiile sale au inclus timp la sol, ABA, vorbire, terapie ocupaţională, terapie fizică şi terapie prin muzică, plus Brain Highways şi, desigur, protocolul NIDS. A purtat aparat dentar pe picioare pentru că mergea pe degete (chiar a mers cu degetele încovoiate dedesubt!).
Înainte rapid până astăzi. Fiul meu are opt ani şi este în clasa a doua. El a fost inclus pe deplin într-o clasă tipică încă de la grădiniţă. Anul acesta a ratat o zi de boală. Este aproape un miracol. La grădiniţă, a ratat săptămâni de şcoală din cauza unei boli. La grădiniţă, a lipsit aproximativ douăzeci de zile. Anul trecut, a fost mai puţin de zece. Are câţiva prieteni la şcoală şi este foarte apreciat de colegii săi şi de personal. Profesorii lui îl iubesc. El este la sau peste nivel academic în aproape toate domeniile. El este reglementat de cele mai multe ori şi chiar a învăţat cum să se ajute să se regleze singur. Limbajul lui este încă oarecum întârziat, dar devine conversaţional şi este destul de spiritual şi are un mare simţ al umorului. În timpul verii, între clasele a II-a şi a treia, el va petrece câteva ore lucrând cu FastForward pentru a-şi ajuta înţelegerea limbajului să se dezvolte şi, sperăm, să-l atingă 100% din punct de vedere al dezvoltării. Îi place să fie în mişcare, să campeze cu tatăl său şi cu ghizii de aventură, montagne russe, să meargă pe biciclete, să meargă la plajă şi la Boogie Boarding şi să se joace cu sora lui geamănă şi cu prietenii săi la şcoală, să înoate şi să facă poze cu camera lui. El este un vrăjitor şi la computer. Încă nu s-a recuperat 100%, dar prevăd recuperarea completă şi acum pare destul de tipic, cel puţin în majoritatea situaţiilor. Ştiu că va conduce o maşină, va merge la facultate, va avea o carieră, va trăi independent şi, dacă doreşte, va avea o familie proprie. El va fi un membru productiv al societăţii şi va contribui în loc să aibă nevoie de îngrijire pentru o viaţă. Am fost binecuvântaţi cu intervenţia timpurie, cu oameni care ştiau ce fac şi cărora le păsa cu adevărat de fiul meu, iar eu sunt recunoscător pentru oameni precum Dr. Goldberg, care este dispus să încerce noi protocoale şi se întinde pentru a găsi răspunsuri. pentru aceşti copii care sunt atât de speciali. Fiul nostru este un cadou uimitor şi este o încântare pentru toţi cei care îl cunosc. Această călătorie a fost epuizantă din punct de vedere fizic, emoţional şi financiar, dar ne-a îmbogăţit şi atins şi familia, districtul nostru şcolar, prietenii noştri, terapeuţii şi comunitatea medicală în atât de multe moduri minunate. Fiul nostru este plin de surprize pentru noi toţi şi este unul dintre cei mai fericiţi oameni pe care îi cunosc. Mă simt onorat că am fost aleasă să-i fiu mama.

„Simon”

„Vine recitalul”, spune profesorul de chitară al lui Simon. „Vrei să cânți „Oda bucuriei”? Este sâmbăta viitoare.”

Aproape că am deschis gura să răspund, dar am decis să-l las pe fiul meu să se ocupe de conversație. „Sigur”, a spus el, „pot să-mi fac lecția de artă miercuri în loc de sâmbătă, mamă.”

Era liniște în mașină în drum spre casă. Simon îi citea cartea, iar eu mă gândeam. "Oda Bucuriei." Sigur. De ce nu? Cât de simbolic. Amintirea m-a adus înapoi la copilărie. Aveam cam vârsta lui Simon când am început să învățăm despre Beethoven la școala mea de muzică. A fost acum ceva vreme în Rusia. Îmi amintesc de remarca profesorului meu despre Simfonia a IX-a, începutul. „Așa îți bate destinul la ușă. Ta-da-da-da . . .”

Destinul a bătut la ușa noastră ca la multe alte uși când Simon avea mai puțin de trei ani. La fel ca mulți alți părinți, ne-am dat seama că are întârziere în dezvoltare, dar când profesorul de grădiniță al lui Simon m-a sunat pentru o discuție, ne-am dat seama că lucrurile devin serioase.

Simon a primit diagnosticul destul de repede. Mai întâi a fost PDD-NOS, pe care l-au schimbat rapid în autism. Când clinica de la Universitatea din Minnesota și-a dat raportul, noi știam deja diagnosticul. După șoc și furie inițială am început să ne facem cercetările. Știam că nu avem timp de durere. După ore de căutare pe internet și cheltuind o sumă bună de bani pe cărți, am decis să ne mișcăm rapid, să începem doar cu ceva, orice este disponibil pentru a-l ajuta pe fiul nostru.

A fost mai ușor de spus decât de făcut. Amândoi am avut locuri de muncă foarte solicitante și un copil mai mare de care să avem grijă. Districtul școlar nu a fost de mare ajutor. Au oferit doar zece ore pe săptămână de educație specială, iar programa nu era foarte impresionantă. În mare parte au încercat să ne învețe cum să acceptăm starea lui Simon. „Doar iubește-l”, au spus profesorii lui. Și au fost mulți părinți care au făcut exact asta. Am participat o singură dată la o întâlnire a grupului de sprijin pentru părinți și am plecat după ce o mamă cu doi copii cu autism a spus: „Sunt chiar fericită că sunt autisti!” Nu eram deloc fericit.

Am un master în biologie, iar soțul meu este fizician. M-a ajutat foarte mult să fiu biolog. Mi-am dat seama repede că trebuie să găsim tratamente medicale pentru starea lui Simon, nu doar comportamentale. L-am pus imediat pe dieta GFCF. A ajutat foarte mult. Am avut succes inițial cu tratamentul DAN, dar lucrurile păreau foarte incerte și complicate.

Găsirea unui program bun pentru Simon părea aproape imposibilă. Toate agențiile de acasă au fost rezervate și, în plus, nu aveam fonduri pentru a plăti. Am fost blocați cu districtul școlar, cu medicul nostru DAN și cu mine, personal, cu un manager foarte nemulțumit în laboratorul meu.

Am citit despre NIDS chiar la începutul căutării mele nesfârșite de informații. A avut mult sens pentru mine. Am încercat chiar să găsesc pe cineva în Minnesota care să mă ajute să implementez protocolul. Am familie în California și ne vizităm des, dar să merg la Los Angeles doar pentru a vedea un medic? Oricum, m-am alăturat grupului NIDS Yahoo și am început să citesc e-mailuri.

Nu-mi amintesc momentul în care am decis să fac o programare. Cred că a fost după o conversaţie cu o mamă din Minnesota al cărei fiu a fost printre primii pacienţi Dr.Goldberg ne-a ajutat să ne gândim.
Lista de aşteptare a fost lungă (şase luni), dar cineva a anulat. Am luat imediat locul. Am venit în California chiar înainte de a treia aniversare a lui Simon. Aproximativ în aceeaşi perioadă s-a deschis în Minnesota prima agenţie ABA din centru, iar asigurarea noastră a plătit pentru tratament. A fost aproape un miracol. Simon a mers în acest loc de la 8:30 până la 5:30 în fiecare zi ca la grădiniţă.
Simon are acum unsprezece ani. A „absolvit" terapia chiar înainte de grădiniţă şi este o altă „poveste de succes" pentru patronul agenţiei. Au oferit servicii foarte valoroase. Încă primim apeluri telefonice de la clienţi noi şi oferim cu plăcere referinţe.
La vizita noastră târzie la biroul doctorului Goldberg am văzut dosarul lui Simon. A fost uriaş şi probabil va fi mai mare. Nu ne vom „absolve" uşor. Nu-i pot spune fiului meu când se poate opri să-şi ia medicamentele sau când poate încerca alte tipuri de alimente. Nu pot să-i promit că nu vom mai face NeuroSPECT. Şi nu poate opri să vină la spital pentru extragere de sânge la fiecare şase săptămâni.
Oamenii care nu ştiau despre starea lui Simon nici măcar nu pot bănui că ceva nu este în regulă cu el. Profesorii lui de la şcoală ştiu, deşi nu primeşte niciun serviciu special. Profesorul lui de artă nu ştie. Nici antrenorii echipei de înot sau profesorul de chitară.
Viaţa noastră nu merge în direcţia pe care am plănuit-o cu atât de mult timp în urmă. Facem compromisuri şi ne planificăm în mod constant. Tot ceea ce face Simon a analizat cu atenţie. Ne întrebăm constant, este el normal? Se comportă ca un copil tipic? Ce cred alţi copii despre el?
Drumul nostru este încă accidentat. Luptăm în mod constant cu alergiile, virusul şi numărul scăzut de globule albe. Simon arată şi se comportă mult mai bine decât o face analizele sale lunare de sânge. Ultimul său NeuroSPECT nu este atât de bun pe cât ne-am sperat. Mai sunt multe de făcut.
Am un singur sfat pentru alţi părinţi: nu vă fie teamă să vă schimbaţi viaţa. Nu vă fie teamă să mergeţi într-un alt stat pentru a primi cea mai bună îngrijire. Nu vă fie teamă să vă faceţi copilul să plângă atunci când asistenta trebuie să-i tragă sânge. Nu vă fie teamă să vă rearanjaţi viaţa şi casa. Cu toţii avem viaţa planificată într-o anumită măsură şi nu ne place să acceptăm schimbări.
Deci, am ajuns cu succes la „Oda bucuriei"? Sperăm că pentru noi se va termina mai bine decât pentru Beethoven. Pentru el, „Oda bucuriei" a fost sfârşitul. Cred că pentru noi este doar un început.

„Kaylie"

Fetiţa noastră a fost diagnosticată cu PDD la două ani şi jumătate. La fel ca şi altor părinţi, nu ni s-a dat o mulţime de speranţe. Ne-au spus că nu există nici un „vindec", a fost o „tulburare de dezvoltare" şi că ea nu va fi niciodată ca ceilalţi copii. Cea mai bună opţiune ar fi să o introducem în cel mai bun program comportamental pe care l-am putea găsi. Asta a fost. Nu au făcut niciun control medical. Aceştia au fost medici de top din Boston din cele mai bune spitale din Boston. Când am întrebat despre diete speciale sau probleme ale sistemului imunitar sau despre orice ar fi putut fi metabolic sau biologic, ei au respins

fiecare parte. Curând i-am dat afară. Am încercat un medic DAN, dar tot nu am primit răspunsurile pe care le căutam. Alți părinți de pe internet erau încântați de Dr. Goldberg. După ce am analizat cu atenție site-ul său, am știut că el era cel pentru Kaylie noastră. Știința lui avea mult sens. "Ești nebun?" a fost prima reacție a soțului meu. „El este în California. Suntem în Massachusetts. Sună grozav, dar pur și simplu nu este posibil." Apoi am aflat că Dr. Goldberg a venit pe Coasta de Est de câteva ori pe an. Așa că, când Kaylie era la grădiniță și avea șase ani, l-a întâlnit pentru prima dată pe Dr. Goldberg.

Kaylie a progresat frumos cu componenta ei comportamentală/educativă înainte de a începe cu Dr. Goldberg. Pe măsură ce a început să ia medicamente, am observat că progresul ei s-a accelerat semnificativ. I-a fost mai ușor să se concentreze și să rămână calmă. Comportamentele problematice persistente au dispărut toate și ea părea mai fericită. A mers singură în clasa întâi obișnuită și s-a descurcat grozav. Până la sfârșitul clasei 1, ea nu se mai califica pentru niciun serviciu de educație specială și era considerată un copil „tipic". Îmi amintesc că am plâns mult în acel an. Este greu de explicat aprecierea copleșitoare și bucuria pe care un părinte al unui copil cu nevoi speciale le simte când își văd copilul realizează ceva ce părea imposibil cândva. Desigur, am văzut încă lucruri mărunte care aveau nevoie de lucru. Și analizele ei de sânge au arătat în continuare că există probleme. De-a lungul anilor, analiza sângelui ei s-a îmbunătățit încet, iar Kaylie s-a maturizat social.

Astăzi, Kay are paisprezece ani și urmează să absolve clasa a opta. Ea este o elevă de onoare care este foarte încântată de marea cină de dans de clasa a opta care urmează. Petrece mult timp fie ascultând iPod-ul, trimițând mesaje pe telefonul mobil, fie vorbind cu prietenii de pe computer. Cred că ai putea spune că este o adolescentă tipică. Ea înțelege ce sa întâmplat cu ea și că trupul ei era bolnav. Ea urăște cuvântul „A"; de fapt ea iese din camera daca vine la televizor. E o fată atât de bună. Viața nu i-a fost ușoară, dar nu se plânge. Chiar și atunci când trebuie să suporte o lovitură dureroasă, nu tresări. Când știe că voi vorbi cu Dr. G, uneori întreabă când va lua medicamentul care o permite să mănânce pizza și mâncare „normală". Bănuiesc că asta ar fi singura ei plângere. Vrea să mănânce gunoaiele pe care își vede prietenii mâncând.

Dacă nu ar fi Dr. Goldberg, Kaylie nu ar fi acolo unde este astăzi. Dacă i-am fi ascultat pe specialiștii din Boston? Nu au scos sânge. Nu s-au uitat la creierul ei. Cât de mult s-ar fi afectat creierului și corpului fiicei mele până acum dacă am fi făcut ceea ce ne-au recomandat medicii din Boston? Mă îndoiesc că va lua onoruri algebră chiar acum. Este înfricoșător și trist. Sălile alea de așteptare din Boston erau pline de copii la fel ca Kaylie. Nu toți părinții pun întrebări pe medici. Câți dintre acești copii ar fi putut fi cu fiica mea chiar acum dacă părinților lor li s-ar fi oferit informațiile potrivite și tratamentul potrivit? Suntem atât de recunoscători pentru tot ce a făcut Dr. Goldberg pentru Kaylie și pentru cât de mult a muncit pentru copiii noștri. Sperăm doar că în curând va exista mult mai mult sprijin pentru NIDS. În câteva săptămâni, vom participa la absolvirea lui Kaylie în clasa a opta. Suntem atât de mândri de Kaylie pentru tot ce a depășit și plini de recunoștință extraordinară pentru Dr. Goldberg, pentru că i-a oferit lui Kaylie mijloacele pentru o viață sănătoasă și normală. Ea este în drum spre liceu și apoi pleacă să-și împlinească oriunde o duc visele. Ea a făcut tot ce au spus ei că nu se poate face niciodată.

„Noe”

„Va vorbi devreme”, i-a anunţat Robyn soţului ei, Greg, în timp ce se juca cu fiul lor de patru luni şi jumătate, Noah. Bebeluşul a răspuns cu zgomote blânde şi sunete de gâlgâit. Gura i s-a mişcat de parcă cuvintele s-ar fi luptat să iasă. Fratele mai mare al lui Noah, Joshua, nu a fost niciodată foarte un balbucător, şi-a amintit mama lui. Era un copil liniştit şi fericit, dar nu era predispus să eticheteze obiecte sau să rostească cuvinte singure. Când Iosua a început să vorbească la aproximativ treisprezece luni, a făcut-o în propoziţii complete, deseori corecte din punct de vedere gramatical.

Emoţionată, mama a doi fii a fost nerăbdătoare să-l audă pe Noe care începe să dea un sens lumii din jurul lui prin limbaj. La un an, încă bolborosea, dar nu a existat nicio progresie către un limbaj plin de sens. Robyn şi Greg şi-au exprimat îngrijorarea pediatrului lui Noah, dar au fost asiguraţi că nu este nimic în neregulă cu băieţelul lor.

Apoi, lucrurile s-au înrăutăţit. Noah s-a oprit din bolborosi şi a început să evite contactul vizual. Nu răspundea la numele său şi zâmbea rar. Noah a plâns mult, a avut febră mare inexplicabilă şi a dezvoltat o erupţie pe tot corpul pe care medicii nu au putut-o explica. Somnul lui era agitat şi părea mulţumit să stea în pătuţul lui şi să se uite în tavan. La vârsta de treisprezece luni, Noah s-a târât, dar a refuzat să meargă. Consternat de întorsătura neaşteptată a evenimentelor, Robyn şi Greg au început să-şi preseze pediatrul pentru răspunsuri.

„Am bănuit că ceva nu este în regulă”, a spus Robyn. „Doar că nu ştiam ce.”

Doctorul a recomandat radiografii pentru a se asigura că picioarele lui Noah sunt bine fizic. Razele X au fost negative; nu exista niciun motiv medical care să explice de ce nu mergea.

La acea vreme, Robyn era însărcinată cu al treilea copil al lor, Elijah. La scurt timp după naşterea lui, au schimbat planurile de asigurare şi au început să consulte un nou medic pediatru. În cele din urmă, la vârsta de douăzeci şi două de luni, Noe a început să meargă, dar încă nu avea cuvinte. Din nou, Robyn şi Greg şi-au exprimat îngrijorarea cu privire la întârzierile de dezvoltare ale fiului lor la controlul său anual. Noul medic pediatru a încurajat cuplul să-i acorde mai mult timp.

„Doctorul a crezut că probabil îl comparăm pe Noah cu Joshua, pentru că era foarte verbal şi citea când avea trei ani”, a spus Greg.

Nemulţumiţi, părinţii au insistat asupra trimiterilor către orice specialişti care ar putea ajuta.

„L-am târât la un audiolog pentru a-i verifica auzul şi apoi la un logopez pentru a-i evalua abilităţile preverbale şi dezvoltarea generală”, a spus Robyn. „Ea a fost prima persoană care a sugerat că era ceva în neregulă cu el.”

Cu o trimitere la un psiholog în mână, Robyn a părăsit clinica simţind că cineva în sfârşit ascultă. Două săptămâni mai târziu, Robyn şi Greg au primit răspunsul lor. La vârsta de doi ani şi jumătate, preţiosul lor băieţel a fost diagnosticat cu autism, sau ceea ce a fost etichetat drept autism.

În aceeaşi zi în care Noah a fost diagnosticat, Robyn şi-a lăsat cei trei copii cu sora ei şi a participat la o întâlnire a grupului de sprijin din Los Angeles.

„O mamă m-a întrebat cum am putut să fiu atât de calmă. Fiul ei fusese diagnosticat cu câteva luni în urmă şi încă se simţea paralizată”, a spus Robyn. „I-am spus că acum inamicul nostru are un nume şi că era treaba noastră ca părinţi ai lui Noah să luptăm pentru el.”

După luni de cercetare şi recomandări, familia a pornit într-o călătorie, care a inclus ABA, logopedie, vitamine şi enzime. Deşi Noah a făcut unele progrese, încă avea accese de furie, hiperactivitate severă şi dificultăţi cu abilităţile motorii fine. Spunea propoziţii de unul sau două cuvinte, dar numai atunci când îşi dorea cu disperare ceva.
„Se părea că cu fiecare pas înainte, el va face doi paşi înapoi", a remarcat tatăl său. „A fost foarte frustrant."
Când Noah avea cinci ani, a început să aibă convulsii. Joshua fusese diagnosticat cu un an înainte cu o tulburare convulsivă. La scurt timp după aceea, Noah a dezvoltat o altă afecţiune neurologică numită sindromul de vărsături ciclice (CVS) şi migrene chinuitoare. Timp de aproape doi ani, Noah a vomitat câteva zile din fiecare lună, cu migrene înainte şi după fiecare episod. Nu există un tratament eficient pentru CVS, cu excepţia medicamentelor antigreaţă, care rareori au ajutat. Imitrex spray nazal a atenuat durerea migrenelor.
„A fost devastator să-l urmăresc pe Noah trecând prin această lună după lună, fără sfârşit în vedere. Am fost închişi virtuali în timpul acestor episoade", a spus Robyn. „A fost deosebit de greu pentru Iosua şi Ilie."
Disperaţi, Robyn şi Greg au luat decizia de a-l elimina pe Noah de la toate vitaminele şi suplimentele. Robyn a căutat cu minuţiozitate răspunsuri pe Internet şi a găsit site-ul web al doctorului Michael Goldberg.
„Când am citit descrierea sindromului de disfuncţie neuroimună şi a ceea ce are creierul, mi-am dat seama că îl descrie perfect pe fiul meu", a spus Robyn.
NIDS apare dintr-un sistem imunitar dereglat. Defecţiunea poate fi declanşată de un virus, stres în uter sau după naşterea copilului, boală sau traumă.
După ce a revizuit site-ul, Greg, un sceptic din fire, a fost de acord cu entuziasm să viziteze dr. Goldberg. Noah, în vârstă de şapte ani, a avut prima întâlnire în ianuarie 2008. Testele sale de laborator au indicat disfuncţie imunitară. La patru luni de la începutul protocolului, CVS sa oprit complet. Migrenele au continuat, dar cu mai puţină frecvenţă şi intensitate. Acum, după doi ani, el progresează constant la şcoală. Noah învaţă să citească şi îi place să deseneze. Îşi caută fraţii să joace un joc de Wii sau să sară pe trambulină. Discursul lui Noe s-a îmbunătăţit considerabil. El vorbeşte în propoziţii de cinci până la şapte cuvinte. El pune întrebări şi oferă răspunsuri, menţinând totodată contactul vizual.
„Avem un drum lung de parcurs, dar în sfârşit participă pe deplin la călătorie", a spus tatăl său mândru. „Paşii noştri sunt în mod constant înainte acum."
Chiar înainte ca Noah să-şi înceapă tratamentul, Robyn şi Greg au început să observe probleme cu Joshua şi Elijah. Eczema lui Joshua era scăpată de sub control şi, în ciuda faptului că era extraordinar de strălucitor, avea dificultăţi la şcoală. Din păcate, a avut sindromul Asperger, o formă de autism cu funcţionare înaltă, în care copilul este foarte verbal, dar cu deficienţe sociale. Ilie, acum în vârstă de cinci ani, suferea de terori nocturne, ADHD şi un comportament extrem de sfidător.
„Se trezea dimineaţa cu cearcăne violet închis sub ochi şi, în ciuda a zece ore de somn, era epuizat", a spus Robyn.
Într-una dintre numeroasele călătorii ale familiei la neurolog pentru Joshua şi Noah, medicul a observat comportamentul neregulat şi imprevizibil al lui Elijah şi i-a spus lui Robyn că probabil îl va vedea ca un pacient mai devreme sau mai târziu.

„Chiar am crezut că ne îndreptăm spre un diagnostic de ADHD sau, mai rău, de tulburare bipolară”, a spus Robyn. „Acest gând m-a îngrozit.”
Mai întâi Iosua şi apoi Ilie au început să-l vadă pe doctorul Goldberg. Munca lor de laborator a fost ciudat de asemănătoare cu cea a lui Noah. După aproximativ şase luni de tratament, Robyn şi Greg au început să vadă îmbunătăţiri remarcabile la ambii băieţi. Sistemul lor imunitar a început să se normalizeze şi odată cu aceasta au venit îmbunătăţiri ale comportamentului, cogniţiei şi sănătăţii generale. Iosua a făcut recent lista directorului, iar Ilie excelează în clasa întâi. Atât Joshua, cât şi Noah au fost renunţaţi la medicamentele pentru convulsii şi nu au avut convulsii de aproape un an.
„Copiii noştri sunt bolnavi şi suferă. Nu este de mirare că au crize de furie, dificultăţi de învăţare şi devin retraşi”, a spus Greg. „Deşi unele dintre simptomele lor oglindesc autismul, acesta nu este autism adevărat.”
Robyn şi Greg cred, ca şi alţii ai căror copii au observat progrese în protocolul NIDS, că această tulburare nu este nici de natură psihiatrică, nici de dezvoltare. Este NIDS — o boală medicală care le fură mulţi copii de puterea, sănătatea şi viitorul lor.
„Această criză fură o întreagă generaţie”, a spus Robyn. „Dar cu ajutorul doctorului Goldberg, suntem hotărâţi că copiii noştri nu vor fi printre ei.”

ANEXA C

DESCRIEREA PACIENŢILOR/CHESTIONAR DE DATE PENTRU AUTISM/PDD/ADHD FOLOSIT LA DR. PRACTICA LUI GOLDBERG

(Revizuiţi complet - corelaţi problemele cu alte analize şi evaluări anterioare)

Name: Last:_____ First:_____ ID#_____
DOB:_____ Age (at time of "intake" evaluation) _____ Sex:__
Initial Visit _____month _____day _____year _____

Entering Diagnosis: _____
Date: Dx: Physician/Psychologist Specialty
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Maternal Hx:/PMH:

Pregnancy:

Problems during pregnancy_____
Gestation Term:_____ Premature:_____ wks _____ months
Ultrasound: Y___ N___ #_____
Delivery: Vaginal_____ C-Section_____ Normal____ Apgars: 1)__ 5)__
Problems _____
_____
_____

Neonatal hx: Normal _____Abnormal_____
Problems:_____
_____
Other: _____
_____

History of:

Maternal fever:_____
Maternal bleeding: _____
Perinatal or Neonatal asphyxia:_____

Neonatal infection: _____
Maternal miscarriages: _____
Abortions: _____
Other: _____
_____

Maternal Medication:_____Which Trimester:_____
Drug Exposure: Y___ N___ Alcohol: Y___ N___ Explain: _____
_____

Family History:

_____
_____
_____

Siblings: **B.D.** **Order/Rank:**

1)
2)
3)
4)

Learning Disorder Y____N____
Describe: _____
Psychological Disorder Y____N____
Describe: _____
Autoimmune Disease Y____N____
Describe: _____
Rheumatoid Y___N___
Describe: _____
Lupus Y___N___
Describe: _____

Migraines/Allergies Y___N___

Describe: _____
Other _____
_____

Genetic Disorder Y___N____ Describe: _____
Cholesterol Abnormalities Y___N____ Describe: _____
Dementia: Y____ N____
Describe: _____

Psychiatric Disorder: Y____ N____
Describe: _____
Other: _____
_____

Developmental Hx:

Normal Developmental milestones till_____ months old
Sat-up_____ months. Walked_____ months
Babbling_____ months _____
Talked: N/A___ 4–6 words_____ 2–word sentences_____
any words_____
Descriptive use of words Y_____ N_____ When_____
Denver Developmental: _____
Vineland: _____
WISC-R: _____
CARS: _____
Echolasia Y____ N____ Comment _____
Self-Stemming: Y____ N____ Comment _____
Eye Contact: Poor____ Good_____ Variable_____
Describe: _____
Other Developmental Difficulties: Y___ N___
Describe: _____
Sensory processing difficulty Y___ N___ **Onset:** _____
Describe: _____

Vestibular Dysfunction Y___ N___ **Onset:** _____
Describe: _____
Auditory Processing difficulty Y___ N___ **Onset:** _____
Describe: _____
Visual skill difficulty Y___ N___ **Onset:** _____
Describe: _____
Organization skill difficulty Y___ N___ **Onset:** _____
Describe: _____
Other strengths or weaknesses _____
_____
_____
Other: _____
_____

PMH:

Chicken pox: Y___ N___ Age:_____ Vaccine:_____
Frequent ear infections Y____ N_____ #_____
Bedwetting Y ___ N ___after the age of 5_____
Hx; of Allergies Y____ N____
Food: _____
_____
Asthma: Y___ N___ **Onset**_____ Active/Inactive
Hay Fever: Y___ N___ **Onset**_____ Active/Inactive
Eczema: Y___ N___ **Onset**_____ Active/Inactive
Migraines: Y___ N___ **Onset**_____ Active/Inactive
Medication: Y____ N____ Which_____
Hx of IBS_____ Constipation_____ Diarrhea_____
Seizures: Y___ N___ **Onset**_____ Type:_____
Describe _____
Other: _____
_____
Hospitalizations: _____
_____

Other: _____

_____

Immunizations:

MMR Dates:_____ Reaction Y___ N___
Describe: _____
DPT Reaction Y___ N___ Not Given _____
Describe: _____

Psychosocial:

Behavioral Issues: Y___ N___ **Onset:**_____
Describe: _____
Affection: Y___ N___ Comment _____
Temper Tantrums Y___ N___ **Onset:**_____
Describe: _____
Fidgety/Hyperactive Y___ N___ **Onset:**_____
Describe: _____
Can't concentrate/easily distractible Y___ N___ **Onset:**_____
Describe: _____
Family Conflicts Y___ N___ Onset:_____
Describe: _____
Sleep Difficulties: Y___ N___ **Onset:**_____
Describe: _____
(i.e., Falling asleep_____ Frequent Waking_____ Tired in AM___)
Obsessive/Compulsive Tendencies: Y___ N___ **Onset:**_____
Describe: _____
Frustrated: Y___ N___ Describe:_____

_____

Activity Level: Hyper___ Normal____ Decreased/Lethargic_____
Variable_____ Describe:_____
Staring Spells: Y___ N___ **Onset:**_____
occasional_____ frequent_____ brief_____ prolonged_____
Desribe: _____
"Tuned-out" Y___ N___ **Onset:**_____

Describe: _____

Food Cravings: Y___ N___

Describe: _____

_____

Other: _____

_____

Autistic/PDD Profiles:

"Normal" till _____months _____year Describe _____

_____

Meet ***DSMIII/IV*** criteria for Autistic Disorder Y___ N___

PDD Disorder Y___ N____

Impairment in social interaction:

Impairment with nonverbal behaviors: Y___ N___ **Onset:**_____

Describe: _____

Failure to develop peer relationships: Y___ N___ **Onset:**_____

Describe: _____

Lack of sharing interests etc: Y___ N___ Onset:_____

Describe: _____

Lack of social or emotional reciprocity: Y___ N___ **Onset:**_____

Describe: _____

Impairments in communication:

Impairment to sustain or initiate speech: Y___ N___ **Onset:**_____

Describe:_____

Stereotyped or repetitive speech: Y___ N___ **Onset:**_____

Describe:_____

Lack of varied or spontaneous play: Y___ N___ **Onset:**_____

Describe:_____

Repetitive and sterotyped patterns of behavior, interests, and activities:

Inflexible adherence to rituals: Y___ N___ **Onset:**_____

Describe:_____

Repetitive motor mannerisms: Y___ N___ **Onset:**_____
Describe: _____
Persistent preoccupation with parts of objects Y___ N___ **Onset:**_____
Describe: _____

Physical Exam:

Dysmorphic Features: Y___ N___ Describe: _____
_____
Muscle Tone: Normal_____ Decreased_____ Increased_____
Neurologic Exam: Normal_____ Abnormal_____ Date:_____
Describe: _____
_____
Coordination: Normal_____ Abnormal____ Date:_____
Describe: _____
_____
Handedness: Right:_____ Left:_____ Ambidextrous_____
Cerebellar: Normal_____ Abnormal_____ Date:_____
Describe: _____
_____
Motor: Fine: Normal_____ Abnormal_____ Date:_____
Describe: _____
_____
Gross: Normal_____ Abnormal_____ Date:_____
Describe: _____
_____
Other: _____
_____

Past Lab:

Metabolic Screen:

Urine Amino Acids Normal____ Abnormal_____
Describe_____

Plasma Amino Acids Normal____ Abnormal_____
Describe_____

Organic Acids Normal____ Abnormal_____
Describe_____

Other _____

Chromosones: Normal: _____ Abnormal: _____ Date:_____
Fragile X: Y____ N_____ Type: _____
EEG: Y____ N____ Normal____ Abnormal____ Date:_____
Describe_____

NeuroSPECT: Y____ N____ Normal _____ Abnormal _____
Date_____
Location: HGA/UCLA ____ Other _____
Result _____

MRI: Y____ N____ Normal____ Abnormal____ Date:_____
Describe_____

Lead level: Normal_____ Abnormal_____ Describe _____
CBC: Normal_____ Abnormal_____ Describe _____

Chem Panel: Normal_____ Abnormal_____ Describe_____
Other:

GLOSAR

ANA: Anticorp antinuclear, un anticorp neobișnuit îndreptat împotriva structurilor din nucleul celulei. ANA se găsesc la pacienții al căror sistem imunitar este predispus să provoace inflamații împotriva propriilor țesuturi ale corpului. Anticorpii care sunt îndreptați împotriva propriilor țesuturi sunt denumiți autoanticorpi. ANA indică posibila prezență a autoimunității.

TSA: Tulburările din spectrul autismului (ASD), numite și condiții din spectrul autismului (ASC) sau spectrul autismului, cu cuvântul autist înlocuind uneori autismul, sunt un spectru de afecțiuni psihologice caracterizate prin anomalii larg răspândite ale interacțiunilor sociale și ale comunicării, precum și grav interese restrânse și comportament foarte repetitiv.

atrofie: Atrofia este un proces fiziologic general de reabsorbție și defalcare a țesuturilor, implicând apoptoza la nivel celular. Când apare ca urmare a unei boli sau a pierderii suportului trofic din cauza altor boli, se numește atrofie patologică, deși poate face parte din dezvoltarea normală a corpului și homeostaziei.

autoimunitate: tendința sistemului imunitar de a lucra împotriva propriului organism este denumită autoimunitate.

bacteriocid: un agent care distruge bacteriile.

bacteriostatic: un agent, cum ar fi un material chimic sau biologic, care inhibă creșterea bacteriilor.

Ganglionii bazali: Talamusul împreună cu alte mase strâns legate de substanță cenușie, situate în apropierea bazei creierului.

trunchiul cerebral: porțiunea creierului, constând din medula oblongata, pons Varolii și creierul mediu, care conectează măduva spinării de prosencefal și creier.

tubuline cerebrale: tubulina este unul dintre câțiva membri ai unei familii mici de proteine globulare.

calcarină: Aparținând sau situat în apropierea calcarului creierului.

CAT: tomografia computerizată (CT) sau tomografia axială computerizată (CAT) utilizează o serie de raze X ale capului luate din mai multe direcţii diferite. Utilizată de obicei pentru vizualizarea rapidă a leziunilor cerebrale, scanarea CT utilizează un program de calculator care efectuează un calcul numeric integral pe seria de raze X măsurată pentru a estima cât de mult dintr-un fascicul de raze X este absorbit într-un volum mic al creierului. De obicei, informaţiile sunt prezentate ca secţiuni transversale ale creierului. Aproximativ, cu cât un material este mai dens, cu atât mai alb va apărea un volum al acestuia pe scanare (la fel ca în raze X „plate" mai familiare). Rhodes Adair (de la Harvard Medical School) lucrează la o versiune nouă, mai eficientă a scanării CT tradiţionale. Scanările CT sunt utilizate în principal pentru evaluarea umflăturilor din cauza leziunilor tisulare din creier şi pentru evaluarea dimensiunii ventriculului. Scanarea CT modernă poate oferi imagini rezonabil de bune în câteva minute.

cerebel: O regiune a creierului care joacă un rol important în integrarea percepţiei senzoriale şi a controlului motor.

CFIDS: sindrom de oboseală cronică şi disfuncţie imunitară.

CFS: O afecţiune caracterizată prin oboseală invalidantă, însoţită de o constelaţie de simptome, inclusiv durere musculară, durere multiarticulară fără umflare, adenopatie dureroasă cervicală sau axilară, durere în gât, dureri de cap, tulburări de memorie sau concentrare, somn neînviorător şi stare de rău post-efort. Acest diagnostic necesită ca un pacient să aibă patru sau mai multe simptome concomitent care persistă timp de şase sau mai multe luni. Diagnosticul este unul de excludere. Denumit şi sindrom de disfuncţie imunitară.

straturi corticale: Sunt compuse din şase straturi oarecum distincte; fiecare strat este identificat de tipul de celule nervoase şi de destinaţia axonilor acestor celule nervoase (în creier). Cortexul uman este o foaie de corpuri celulare neuronale de aproximativ 2,4 mm grosime.

citokine: substanţe chimice produse de celule care acţionează asupra altor celule pentru a stimula sau inhiba funcţia acestora.

hipersensibilitate întârziată: un răspuns mediat de celule care apare la persoanele imunitare care atinge vârful la douăzeci şi patru până la patruzeci şi opt de ore după provocare cu acelaşi antigen utilizat într-o provocare iniţială. Interacţiunea limfocitelor T-helper 1 (Th-1) cu celulele MHC clasa II pozitive prezentatoare de antigen iniţiază răspunsul. Această interacţiune determină Th-1 şi macrofagele de la situs să secrete citokine, care sunt factorii majori ai reacţiei. Denumită hipersensibilitate de tip tuberculină. Sinonime: imunitate mediată celular, reacţie întârziată.

Protocolul DAN: Învinge Autismul Acum! care cuprinde o reţea de medici al cărui scop

este de a educa părinţii şi clinicienii despre cercetarea bazată pe biomedical, testarea adecvată şi intervenţiile sigure şi eficiente pentru autism.

dopamină: un neurotransmiţător monoaminic care se formează în timpul sintezei norepinefrinei şi este esenţial pentru funcţionarea normală a sistemului nervos central. O reducere a dopaminei în creier este asociată cu dezvoltarea bolii Parkinson. Formula chimică: C8H11N02.

dopaminergic: din, legat de sau activat de dopamină sau de substanţe înrudite.

eritromicine: un antibiotic cristalin produs de *Streptomyces erythreus* şi utilizat în tratamentul infecţiilor bacteriene gram-pozitive. Eritromicina este cea mai eficientă împotriva bacteriilor gram-pozitive, cum ar fi pneumococii, streptococii şi unii stafilococi. Antibioticul are, de asemenea, un anumit efect asupra bacteriilor gram-negative şi a unor ciuperci. Eritromicina inhibă sinteza proteinelor în microorganismele susceptibile. Este utilizat pentru a trata boli precum pneumonia cauzată de ciuperci şi infecţiile cu streptococ şi sifilis, în special în cazul în care pacientul este alergic la penicilină.

fibromialgia: Fibromialgia este descrisă ca o inflamaţie a ţesutului fibros sau conjunctiv al corpului. Durerea musculară larg răspândită, oboseala şi mai multe puncte sensibile caracterizează aceste afecţiuni. Fibrozita, fibromialgia şi fibromiozita sunt denumiri date unui set de simptome despre care se crede că sunt cauzate de aceeaşi problemă generală.

Lobul frontal: Lobul frontal este o zonă din creierul mamiferelor. Aflaţi în faţa fiecărei emisfere cerebrale, lobii frontali sunt poziţionaţi în faţa (anterior) lobilor parietali.

celule gliale: Din sau legate de neuroglia.

celule granulare: neuroni mici (un tip de celulă) care au un diametru de aproximativ zece micrometri. Celulele granulare se găsesc în stratul granular al cerebelului.

HBOT: Oxigenoterapia hiperbară.

Reacţia Herxheimer: Reacţia Herxheimer (cunoscută şi ca Jarisch-Herxheimer sau herx) apare atunci când cantităţi mari de toxine sunt eliberate în organism pe măsură ce bacteriile (de obicei bacteriile spirochetale) mor, din cauza tratamentului cu antibiotice. De obicei, moartea acestor bacterii şi eliberarea asociată de endotoxine au loc mai repede decât poate organismul să elimine toxinele prin procesul natural de detoxifiere efectuat de rinichi şi ficat. Se manifestă prin febră, frisoane, cefalee, mialgii şi exacerbarea leziunilor cutanate. Durata în sifilis este în mod normal de doar câteva ore, dar poate fi mult mai lungă în alte boli. Intensitatea reacţiei reflectă intensitatea inflamaţiei prezente. Reacţia Herxheimer a arătat o creştere a citokinelor inflamatorii în perioada de exacerbare.

idiopatic: se referă la sau este o boală fără cauză cunoscută.

interleukine: un termen generic pentru un grup de citokine multifuncţionale care sunt produse de o varietate de celule limfoide şi nonlimfoide şi ale căror efecte apar cel puţin parţial în sistemul limfopoietic.

Landau-Kleffner: LKS, numită şi afazie dobândită infantilă, afazie epileptică dobândită sau afazie cu tulburare convulsivă, este un sindrom neurologic rar, din copilărie, caracterizat prin dezvoltarea bruscă sau treptată a afaziei (incapacitatea de a înţelege sau exprima limbajul) şi o electroencefalogramă anormală. (EEG). LKS afectează părţile creierului care controlează înţelegerea şi vorbirea. Tulburarea apare de obicei la copiii cu vârste cuprinse între cinci şi şapte ani. De obicei, copiii cu LKS se dezvoltă normal, dar apoi îşi pierd abilităţile lingvistice. În timp ce mulţi dintre indivizii afectaţi au convulsii clinice, unii au doar convulsii electrografice, inclusiv starea electrografică de epilepsie a somnului (ESES).

sistem limbic: este un termen pentru un set de structuri ale creierului, inclusiv hipocampul şi amigdala şi nucleele talamice anterioare şi un cortex limbic care susţin o varietate de funcţii, inclusiv emoţia, comportamentul şi memoria pe termen lung. Structurile creierului descrise de sistemul limbic sunt strâns asociate cu structurile olfactive. Termenul „limbic" provine din limba latină *limbus* , care înseamnă „graniţă" sau „margine".

macrofage: „Mâncătorii mari", de la makros „mare" + fageina „mănâncă") sunt celule din ţesuturi care provin din celule albe specifice din sânge numite monocite. Monocitele şi macrofagele sunt fagocite, acţionând atât în apărarea nespecifică (sau imunitatea înnăscută), cât şi în apărarea specifică (sau imunitatea mediată celular) a animalelor vertebrate. Rolul lor este de a fagocita (înghiţi şi apoi digera) resturile celulare şi agenţii patogeni fie ca celule staţionare sau mobile şi de a stimula limfocitele şi alte celule imunitare să răspundă la agentul patogen.

imagistica prin rezonanţă magnetică (IRM): foloseşte câmpuri magnetice şi unde radio pentru a produce imagini bidimensionale sau tridimensionale de înaltă calitate ale structurilor creierului fără a utiliza radiaţii ionizante (raze X) sau trasori radioactivi. În timpul unui RMN, un magnet cilindric mare creează un câmp magnetic în jurul capului pacientului prin care sunt trimise unde radio. Când se impune câmpul magnetic, fiecare punct din spaţiu are o frecvenţă radio unică la care semnalul este primit şi transmis (Preuss). Senzorii citesc frecvenţele, iar un computer foloseşte informaţiile pentru a construi o imagine. Mecanismele de detectare sunt atât de precise încât pot fi detectate modificări ale structurilor în timp. Folosind RMN, oamenii de ştiinţă pot crea imagini atât ale structurilor de suprafaţă, cât şi ale structurilor subterane, cu un grad ridicat de detalii anatomice. Scanările RMN pot produce imagini în secţiune transversală în orice direcţie de sus în jos, dintr-o parte în alta sau din faţă în spate. Problema cu tehnologia originală RMN a fost că, deşi oferă o evaluare detaliată a aspectului fizic, conţinutului de apă şi a multor tipuri de tulburări subtile ale structurii creierului (cum ar fi inflamaţia sau sângerarea), nu reuşeşte să furnizeze informaţii despre metabolismul creierul (cât de activ funcţionează) în momentul imagistică. Prin urmare, se face o distincţie între „imagistica RMN" şi „imagistica

RMN funcţională" (fMRI), unde RMN furnizează doar informaţii structurale asupra creierului, în timp ce fMRI furnizează atât date structurale, cât şi funcţionale.

scleroza multiplă (SM): o tulburare autoimună cronică care afectează mişcarea, senzaţia şi funcţiile corpului. Este cauzată de distrugerea izolaţiei de mielină care acoperă fibrele nervoase (neuroni) din sistemul nervos central (creier şi măduva spinării).

pierdere neuronală: pierderea neuronilor (cunoscuţi şi ca neuroni şi celule nervoase), care sunt celule excitabile electric din sistemul nervos care procesează şi transmit informaţii.

neuroni (cunoscuţi şi ca neuroni şi celule nervoase): celule excitabile electric din sistemul nervos care procesează şi transmit informaţii. La animalele vertebrate, neuronii sunt componentele de bază ale creierului, măduvei spinării şi nervilor periferici.

NIDS: Sindroame de disfuncţie neuro-imunitară, un set de tulburări conexe caracterizate prin interacţiuni complexe între sistemul nervos şi sistemul imunitar.

norepinefrină: un hormon secretat de medula suprarenală care este eliberat în fluxul sanguin ca răspuns la stresul fizic sau mental, ca urmare a fricii sau a rănilor. Iniţiază multe răspunsuri ale corpului, inclusiv stimularea acţiunii inimii şi creşterea tensiunii arteriale, a ratei metabolice şi a concentraţiei de glucoză din sânge. Se mai numeşte şi adrenalină.

PANDAS: O abreviere pentru Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders asociate cu infecţiile streptococice.

Fiziopatologia: Studiul manifestărilor biologice şi fizice ale bolii, deoarece acestea se corelează cu anomaliile subiacente şi tulburările fiziologice. Fiziopatologia nu se ocupă direct de tratamentul bolii. Mai degrabă, explică procesele din organism care au ca rezultat semnele şi simptomele unei boli.

Scanarea PET: Tomografia cu emisie de pozitroni (PET) măsoară emisiile de la substanţele chimice active metabolic marcate radioactiv care au fost injectate în sânge. Datele de emisie sunt procesate de computer pentru a produce imagini bidimensionale sau tridimensionale ale distribuţiei substanţelor chimice în creier (Nilsson 57). Radioizotopii care emit pozitroni utilizaţi sunt produşi de un ciclotron, iar substanţele chimice sunt marcate cu aceşti atomi radioactivi. Compusul marcat, numit radiotrasor, este injectat în fluxul sanguin şi în cele din urmă îşi face drum spre creier. Senzorii din scanerul PET detectează radioactivitatea pe măsură ce compusul se acumulează în diferite regiuni ale creierului. Un computer foloseşte datele culese de senzori pentru a crea imagini multicolore bidimensionale sau tridimensionale care arată unde acţionează compusul în creier. Deosebit de utile sunt o gamă largă de liganzi utilizaţi pentru a mapa diferite aspecte ale activităţii neurotransmiţătorilor, de departe cel mai frecvent utilizat trasor PET fiind o formă marcată de glucoză (vezi FDG).

Celulele Purkinje: O clasă de neuroni GABAergici localizaţi în cortexul cerebelos. Ele sunt numite după descoperitorul lor, anatomistul ceh Jan Evangelista Purkyně.

retrovirusuri: Un retrovirus este un virus ARN care este replicat într-o celulă gazdă prin intermediul enzimei transcriptază inversă pentru a produce ADN din genomul său ARN. ADN-ul este apoi încorporat în genomul gazdei de către o enzimă integrază. Virusul se replică ulterior ca parte a ADN-ului celulei gazdă. Sunt viruşi înveliţi care posedă un genom ARN şi se reproduc printr-un intermediar ADN.

Injecţii RhoGam: un medicament administrat prin injecţie intramusculară care este utilizat pentru a preveni starea imunologică cunoscută sub numele de boala Rhesus (sau boala hemolitică a nou-născutului). Poate preveni sensibilizarea maternă de către antigenele Rh D de pe suprafaţa celulelor sanguine de la un făt Rhesus pozitiv la o mamă Rhesus negativă. Medicamentul este o soluţie de anticorpi IgG anti-D (anti-RhD) care leagă şi distruge globulele roşii Rh D pozitive fetale care au trecut prin placentă de la făt la circulaţia maternă. Acest lucru previne activarea celulelor B materne şi formarea celulelor de memorie. Odată cu utilizarea pe scară largă a imunoglobulinei Rho(D), boala Rh a fătului şi nou-născutului aproape a dispărut.

SPECT: Tomografia computerizată cu emisie de foton unic (SPECT) este similară cu PET şi utilizează radioizotopi care emit raze gamma şi o cameră gamma pentru a înregistra datele pe care un computer le foloseşte pentru a construi imagini bidimensionale sau tridimensionale ale regiunilor active ale creierului (minge). SPECT se bazează pe o injecţie de trasor radioactiv, care este preluat rapid de creier, dar nu se redistribuie. Absorbţia agentului SPECT este aproape 100% completă în 30-60 de secunde, reflectând fluxul sanguin cerebral (CBF) în momentul injectării. Aceste proprietăţi ale SPECT îl fac deosebit de potrivit pentru imagistica epilepsiei, care de obicei este îngreunată de problemele cu mişcarea pacientului şi tipurile variabile de convulsii. SPECT oferă o „instantanee" a fluxului sanguin cerebral, deoarece scanările pot fi obţinute după terminarea crizei (atâta timp cât trasorul radioactiv a fost injectat în momentul convulsiilor). O limitare semnificativă a SPECT este rezoluţia sa slabă (aproximativ 1 cm) în comparaţie cu cea a RMN.

Lobii temporali: Lobii temporali sunt părţi ale creierului care sunt implicate în vorbire, memorie şi auz. Ele se află pe părţile laterale ale creierului, sub fisura laterală sau silviană.

timerosal: o pulbere cristalină pe bază de mercur, cu proprietăţi antibacteriene şi antifungice, utilizată ca antiseptic local şi conservant în vaccinuri şi alte medicamente.

Tourette: Sindromul Tourette (TS) este o tulburare moştenită a sistemului nervos, caracterizată printr-o expresie variabilă a mişcărilor şi zgomotelor nedorite (ticuri).

virus: un agent infecţios minuscul care, cu anumite excepţii, nu este rezolvat de microscopul luminos, nu are metabolism independent şi este capabil să se reproducă

numai în interiorul unei celule gazdă vie; particula individuală (virion) constă din acid nucleic (nucleoid) — ADN sau ARN (dar nu ambele) — şi o înveliş proteic (capsidă), care conţine şi protejează acidul nucleic şi care poate fi multistratificat.

NOTE

cuvânt înainte

1 Goldstein, J. Fiziopatologia şi tratamentul sindromului de oboseală cronică şi a altor tulburări neurosomatice: terapia cognitivă într-o pilulă. Alasbimn Journal2(7): aprilie 2000. Articolul N° AJ07-5. http://www.alasbimnjournal.cl/revistas/7/goldstein.html

2 Goldberg, M. Mena I şi Miller B. Disfuncţia lobului frontal şi temporal în autism şi alte tulburări asociate: ADHD şi TOC. Alasbimn Journal1(4): iulie 1999. http://www.alasbimnjournal.cl/revistas/4/goldberg.htm

3 Roca Bielsa, I. ; Mena, I.; Garcia-Burillo, A. et al. SPET cuantificat al creierului în sindromul de oboseală cronică: comparaţie a studiilor iniţiale şi post-exerciţiu. Alasbimn Journal 8(31): ianuarie 2006.

4 Mena G., Ismael. Aplicaţii neurospect în Psihiatrie. Alasbimn Journal 11 (45): iulie 2009. Articolul nr. AJ45-1. http://www.alasbimnjournal.cl/

5 Mountz J., Tolbert L., Lill D., Katholi C. şi Liu H. Functional Deficit in Autistic Disorder<Caracterization by Tc99m HMPAO and SPECT. J.Nuc.Med.1995, 36, 1156/1162

Introducere

1 Klotter, Jule. (2002) Vaccin împotriva hepatitei B TownsendLetter (În cazul vaccinului împotriva hepatitei B, Samuel L. Katz, MD, care era preşedinte ACIP atunci când recomandările împotriva hepatitei B au fost făcute în 1991, a recunoscut că niciun studiu publicat, revizuit de colegi, nu a susţinut acordarea Dl Belkin spune că peste... În cazul vaccinului împotriva hepatitei B, Samuel L. Katz, MD, care a fost preşedinte ACIP când au fost făcute recomandările împotriva hepatitei B în 1991, a recunoscut că nu a fost evaluat de colegi, studii publicate au sprijinit administrarea vaccinului nou-născuţilor. Domnul Belkin spune că peste 36.000 de reacţii adverse şi 440 de decese care implică vaccinul împotriva hepatitei B au fost raportate la Sistemul de raportare a evenimentelor adverse ale vaccinului.)

capitolul 4

1 Delong, GR, SC Bean şi FR Brown III. (1981) Sindromul autist reversibil dobândit în boala encefalopatică acută la copii. *Arhivele Neurologiei* 38: 191.194.
2 Gillberg, C. (1986). Scurt raport: Debutul la 14 ani a unui sindrom autist tipic. Un raport de caz al unei fete cu encefalită herpes simplex. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 16: 369–375.
3 Greer, MK, M. Lyons-Crews, LB Mauldin şi FR Brown III. (1989) Un studiu de caz al deficitelor cognitive şi comportamentale ale leziunilor lobului temporal în encefalita herpes simplex. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 19: 317–326.
4 Plioplys, AV, A. Greaves, W. Yoshida. (1989) Anticorpii anti-SNC în bolile neurologice ale copilăriei. *Neuropediatrie* 20: 93–102.
5 Boucher, J. şi EK Warrington. (1976) Deficienţe de memorie în autismul infantil timpuriu: unele asemănări cu sindromul amnezic. *Jurnalul Britanic de Psihologie* 67: 76–87.
6 Hauser, SL, GR DeLong, NP Rosman (1975) Constatări pneumografice în sindromul de autism infantil: o corelaţie cu boala lobului temporal. *Brain* 98: 667–688.
7 Damasio, AR şi RG Maurer. (1978) Un model neurologic pentru autismul infantil. *Arhivele Neurologiei* 35: 777–789.
8 Courchesne, E. (1991) Imagistica neuroanatomică în autism. *Pediatrie* 87: 781–890.
9 (Ref: 1981 DeLong, 1986; Gillberg, 1989). Delong, GR, SC Bean şi FR Brown III. (1981) Sindromul autist reversibil dobândit în boala encefalopatică acută la copii. *Arhivele Neurologiei* 38: 191.194.
Gillberg, C. (1986). Scurt raport: Debutul la 14 ani a unui sindrom autist tipic. Un raport de caz al unei fete cu encefalită herpes simplex. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 16: 369–375.
Greer, MK, M. Lyons-Crews, LB Mauldin şi FR Brown III. (1989) Un studiu de caz al deficitelor cognitive şi comportamentale ale leziunilor lobului temporal în encefalita herpes simplex. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 19: 317–326.
10 Jay, V., şi colab. (1995) Patologia infecţiei cronice cu herpes asociată cu tulburarea convulsivă. *Patologia pediatrică şi medicină de laborator* 15: 131–146.
11 Sanders, VJ, et al. (1997) Prezenţa ADN-ului herpes simplex în ţesutul chirurgical din focarele crizei epileptice umane detectate prin reacţia în lanţ a polimerazei. *Arhivele Neurologiei* 54: 9554–9560.
12 Marlowe, WB, EL Namcall şi JJ Thomas. (1975) Sindromul Klüver-Bucy complet la om. *Cortexul* 11, 53–59.
13 Behan, PO, WMH Behan şi EJ Bell. (1985) Sindromul de oboseală post-viral. *Journal of Infectious Diseases* 10: 211–222.
14 Borysiewicz, LK, SJ Haworth, J. Cohen, J. Mundin, A. Rickinson şi JGP Sissons. (1986) Defecte imune specifice virusului Epstein-Barr la pacienţii cu simptome persistente în urma mononucleozei infecţioase. *QJM* 58: 111–21
15 Jones, JF, CG Ray, LL Minnich, MJ Hicks, R. Kibler, DO Locas. (1985) Dovezi ale infecţiei active cu virusul Epstein-Barr la pacienţii cu boli persistente, inexplicabile: creşterea anticorpilor antigen antigen antigen precoce. *Analele de Medicină Internă* 102: 1–7.

16 Kroenke, K., DR Wood, AD Mangelsdorff, NJ Meier şi JB Powell. (1988) Oboseala cronică în îngrijirea primară: prevalenţă, caracteristicile pacientului şi rezultat. *JAMA* 260: 929–934.
17 Holmes, GP, JE Kaplan, JA Stewart, B. Hunt, PF Pinsky, LB Schonberger. (1987) Un grup de pacienţi cu un sindrom asemănător mononucleozei cronice: este virusul Epstein-Barr cauza? *JAMA* 257: 2297–2302.
18 Krueger, GRF, B. Koch, DV Albashi. (1987) Oboseală persistentă şi depresie la pacienţii cu anticorpi împotriva virusului limfotrop B uman. *Lancet* 2: 36.
19 Jenkins, R. (1991) Sindromul de oboseală post-viral. Epidemiologie: lecţii din trecut. *British Medical Bulletin* 47(4): 952–965.
20 Wallace, PG (1991) Sindromul de oboseală post-viral. Epidemiologie: o revizuire critică. *British Medical Bulletin* 47 (4) : 942–951.
21 O'Meara, M., şi colab. (1996) Encefalita virală la copii. *Opinia curentă în Pediatrie* 8: 11–15.
22 Hetzler, B. şi J. Griffin. (1981) Autismul infantil şi lobul temporal al creierului. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 11: 317–330.
23 Jones, PB şi RW Kerwin. (1990) Lezarea lobului temporal stâng în sindromul Asperger. *British Journal of Psychiatry* 156: 570–572.
24 Courchesne, E. (1991) Imagistica neuro-anatomică în autism. *Pediatrie* 87: 781–890.
25 Greer, MK, M. Lyons-Crews, LB Mauldin şi FR Brown III. (1989) Un studiu de caz al deficitelor cognitive şi comportamentale ale leziunilor lobului temporal în encefalita herpes simplex. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 19: 317–326.
26 Ghaziuddin, M., LY Tsai, L. Eilers şi N. Ghaziuddin. (1992) Raport scurt: Autism şi Herpes Simplex Encefalita. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 22 (1).
27 Boucher J. şi EK Warrington. (1976) Deficienţe de memorie în autismul infantil timpuriu: unele asemănări cu sindromul amnezic. *Jurnalul Britanic de Psihologie* : 76–87.
28 Hauser SL, GR DeLong şi NP Rosman. (1975) Constatări pneumografice în sindromul de autism infantil: o corelaţie cu boala lobului temporal. *Brain* 98: 667–688.
29 Hetzler, B. şi J. Griffin, J. (1981) Autismul infantil şi lobul temporal al creierului. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 11: 317–330.
30 Jones, PB şi RW Kerwin (1990). Lezarea lobului temporal stâng în sindromul Asperger. *British Journal of Psychiatry* , 156, 570–572.

capitolul 5

1 Plioplys, AV (1994) Autism: anomalii EEG şi îmbunătăţire clinică cu acid valproic. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 148: 220–222

2 Ichise, M., IE Salit, SE Abbey, DG Chung, B. Gray, JC Kirsh şi M. Freedman. (1992) Evaluarea perfuziei cerebrale regionale în 99 Tem-HMPAO SPECT în sindromul de oboseală cronică. *Nuclear Medicine Communications* 13: 767–772.

3 Costa DC, J. Brostoff şi PJ Ell. (1992) Hipoperfuzia trunchiului cerebral la pacienţii cu encefalomielită mialgică - sindrom de oboseală cronică (rezumat) *European Journal of Nuclear Medicine* 19(8): 733.

4 Weizman, A., R. Weizman, GA Szekely, H. Wijsenbeek şi E. Livni. (1982) Răspuns imun anormal la antigenul ţesutului cerebral în sindromul autismului. *Jurnalul American de Psihiatrie* 7: 1462–1465.

5 Todd, RD şi RD Ciaranello. (1985) Demonstrarea diferenţelor inter şi intraspecie în situsurile de legare a serotoninei de către anticorpii de la un copil autist. *PNAS* 82: 612–616.

6 Singh, VK, HH Fudenberg, D. Emerson şi M. Coleman. (1988) Imunodiagnostic şi imunoterapie la copiii cu autism. *Analele Academiei de Ştiinţe din New York* 540: 602–604.

7 Plioplys, AV (1989) Autism: immunologic investigations, în Gillberg, C. (ed.): *Diagnostic and Treatment of Autism.* New York: Plenum, pp. 133–138.

8 Plioplys, AV (1994) Suprimarea selectivă a reactivităţii anticorpilor IgG materne anti-sistemul nervos central. *Disfuncţia creierului de dezvoltare* 7:165–170.

9 Funderburk, SJ, J. Carter, P. Tanguay, BJ Freeman şi JR Westlake. (1983) Probleme de reproducere parentală şi expunerea la hormoni gestaţionali la copiii cu autism şi schizofreni. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 13: 325–332.

10 Stubbs, EG, ER Ritvo şi A. Mason-Brothers. (1985) Autism şi antigene HLA paterne comune. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 24: 182–185.

11 Peterson, MR şi EF Torrey. (1976) Viruşii şi alţi agenţi infecţioşi ca teratogeni comportamentali. În: *Sindromul Autistic* , ed. M. Coleman. (New York: American Elsevier.)

12 Warren, RP, P. Cole, D. Odell şi colab. (1990) Detectarea anticorpilor materni în Autismul Infantil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29 (6): 873–877.

13 McConnachie, PR şi JA McIntyre. (1984) Imunitatea maternă antipaternală în cuplurile predispuse la pierderi repetate ale sarcinii. *AJRIM* 5: 145–150.

14 Faulk, WP şi JA McIntyre. (1981), Supravieţuirea trofoblastului. *Transplantul* 31: 1–5.

15 McIntyre, A. şi WP Faulk. (1982) Antigene de suprafaţă celulară reactive încrucişate trofoblast-limfocite alotipice. *Imunologie umană* 4: 27–36.

16 Plioplys, AV, A. Greaves, K. Kazemi şi E. Silverman. (1994) Funcţia limfocitelor în autism şi sindromul Rett. *Neuropsihobiologie* 29: 12–16.

17 Yonk, LJ, RP Warren, RA Burger, P. Cole, JD Odell, WL Warren, E. White şi VK Singh. (1990) Depresia celulelor T helper CD4+ în autism. *Imunologie Scrisori* 25: 341–346.

18 Warren, RP, LJ Yonk, RA Burger, P. Cole, JD Odell, WL Warren, E. White, E. şi VK Singh. (1990) Deficienţa celulelor T induse de supresori (CD4+CD45RA+) în autism. *Investigaţii imunologice* 19: 245–251.

19 Warren, RP, VK Singh, P. Cole, JD Ode, CB Pincer, WL Warren şi E. White, E. (1991) Frecvenţa crescută a alelei nule la locusul C4b al complementului în autism. *Imunologie clinică şi experimentală* 83: 438–440.
20 Morimoto, C., EL Rheinherz, SF Schlossman, PH Schur, JA Mills şi AD Steinberg. (1980) Modificări în subseturile de celule T imunoregulatoare în lupusul erthematos sistemic activ, *Journal of Clinical Investigation* 66: 1171-1174.
21 Morimoto, C., DA Hafler, HL Weiner, NL Letvin, M. Hagan, J. Daley şi SF Schlossman. (1987) Pierderea selectivă a subgrupului de celule T supresoare-inductore în scleroza multiplă progresivă: Analiză cu anticorp monoclonal anti-2H4. *New England Journal of Medicine* 316: 67–72.
22 Plioplys, AV, A. Greaves, K. Kazemi şi E. Silverman. (1994) Funcţia limfocitelor în autism şi sindromul Rett. *Neuropsihobiologie* 29: 12–16.
23 Plioplys, AV, A. Greaves, K. Kazemi, E. Silverman. (1994) Reactivitatea imunologică în autism şi sindromul Rett. *Disfuncţia creierului de dezvoltare* 7:12–16.
24 Toh, GH, şi colab. (1985) Proceedings of the National Academy of Sciences 82: 3485.
25 Galbraith, GMP şi colab. (1986) The Journal of Clinical Investigation 78: 865.
26 Toh, GH, şi colab. (1985) Proceedings of the National Academy of Sciences 82: 3485.
27 Plioplys, AV, Greaves, A. Kazemi, K., Silverman, E. Reactivitatea imunologică în autism şi sindromul Rett. Disfuncţia creierului de dezvoltare. 7:12-16, 1994
28 Plioplys, AV (1999) Tratamentul copiilor cu autism cu imunoglobulină intravenoasă. *Journal of Child Neurology* 14: 203–205.
29 Singh VK, RP Warren, JD Ode şi P. Cole. (1991) Modificări ale interleukinei-2 solubile, receptorului de interleukină-2, antigenului T8 şi interleukinei-1 în serul copiilor cu autism. *Imunologie clinică şi imunopatologie* 61: 448–455.
30 Chess, S. (1971) Autism in children with congenital rubeola. *Journal of Autism & Childhood Schizofrenia* 1: 33–47.
31 Stubbs, EG, E. Ash şi PS Williams. (1983) Autism şi citomegalovirus congenital. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 14: 249–253.
32 Goldberg, MJ, I. Mena şi J. Darcourt J. (1997) Constatări NeuroSPECT la copiii cu sindrom de oboseală cronică. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome* 3 (1): 61–67.
33 Weizman, A., Weizman, R., Szekely, GA, Wijsenbeek, H. şi Livni, E., Răspuns imun anormal la antigenul ţesutului cerebral în sindromul autismului, Am. J. Psychiatry 7, 1462-1465, 1982
35Todd, RD şi Ciaranello, RD, Demonstrarea diferenţelor inter şi intraspecie în situsurile de legare a serotoninei de către anticorpii de la un copil autist, Proc. Natl. Acad. Sci. SUA 82, 612-616, 1985
Singh, VK, Fudenberg, HH, Emerson, D. şi Coleman, M., Imunodiagnostic şi imunoterapie la copiii cu autism, Ann. NY Acad. Sci. 540, 602-604, 1988 Plioplys, AV: Autism: immunologic investigations, în Gillberg, C. (ed.): Diagnosis and Treatment of Autism , New York, Plenum Press, pp. 133-138, 1989.
Plioplys, AV Suprimarea selectivă a reactivităţii anticorpilor IgG materne anti-sistemul nervos central. Disfuncţia creierului de dezvoltare. 7:165-170, 1994.
34 Constatări imunologice în autism. (2005) *Revista Internaţională de Neurobiologie* 71: 317–341.

35 Riazi, K., MA Galic, JB Kuzmiski, W. Ho şi KA Sharkey. (4 noiembrie 2008) Activarea microgliale şi producţia de TNFalfa mediază excitabilitatea alterată a SNC în urma inflamaţiei periferice. *Pittman Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 105 (44): 17151–17156.
36 Michael Goldberg, Ismael Mena şi Bruce Miller. (iulie 1999) Disfuncţia lobului frontal şi temporal în autism alte tulburări asociate: ADHD şi TOC. *Alasbimn Journal* 1(4).

Capitolul 7

1 Ashman, RB, JM Papadimitrious, AK Ott şi colab. (1990) Antigene şi răspunsuri imune în infecţia *cu Candida albicans* . *Imunologie şi biologie celulară* 68: 1–13. Wilton, JMA, şi T. Lehner, T. (1980) Imunologia candidozei. *Imunologie de dezvoltare şi comparată* 8: 525–559.

2 Syverson, RE, H. Buckley, J. Gibian, et al. (1979) Starea imunitară celulară şi umorală la femeile cu vaginită cronică cu Candida. *Jurnalul American de Obstetrică şi Ginecologie* 143: 624–627.

3 Witkin, SS, MS Ing Ru şi WJ Ledger. (1983) Inhibarea proliferării limfocitelor induse de *Candida albicans* de către limfocite şi seruri de la femei cu vaginită recurentă. *Jurnalul American de Obstetrică şi Ginecologie* 147: 809–811.

4 Kirkpatrick, CH (1988) Candidoza cronică mucocutanată. Terapie cu antibiotice şi imunologice. *Analele Academiei de Ştiinţe din New York* 544: 471–480.

5 Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman B, Allen AJ, Perlmutter S, Lougee L, Dow S, Zamkoff J, Dubbert BK. (1998) Tulburări neuropsihiatrice autoimune pediatrice asociate infecţiilor streptococice: descrierea clinică a primelor 50 de cazuri.
The American Journal of Psychiatry 155(2):264-71. Erratum în: The American Journal of Psychiatry 1998 Apr;155(4):578.

6 Perlmutter SJ, Garvey MA, Castellanos X, Mittleman BB, Giedd J, Rapoport JL, Swedo SE. (1998) Un caz de tulburări neuropsihiatrice autoimune pediatrice asociate cu infecţii streptococice. *The American Journal of Psychiatry* 155(11):1592-8. Nu există rezumat disponibil.

7 Swedo SE, Leonard HL, Mittleman BB, Allen AJ, Rapoport JL, Dow SP, Kanter ME, Chapman F, Zabriskie J. (1997) Identificarea copiilor cu tulburări neuropsihiatrice autoimune pediatrice asociate cu infecţii streptococice printr-un marker asociat febrei reumatice. *The American Journal of Psychiatry* 154(1):110-2.

8 Swedo SE, Garvey M, Snider L, Hamilton C, Leonard HL. (2001) Subgrupul PANDAS: recunoaştere şi tratament.
CNS Spectrums 6(5):419-22, 425-6.

9 Einarson A. (2010) Utilizarea paroxetinei în sarcină şi risc crescut de defecte cardiace: evaluarea dovezilor. *Canadian Family Physician* 56(8):767-8.

10 Tuccori M, Montagnani S, Testi A, Ruggiero E, Mantarro S, Scollo C, Pergola A, Fornai M, Antonioli L, Colucci R, Corona T, Blandizzi C. (2010) Use of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and risk of malformaţii majore şi cardiovasculare: o actualizare. *Medicină postuniversitară* 122(4):49-65.

11 Ellfolk M, Malm H. (2010) Riscuri asociate cu expunerea in utero şi lactaţie la inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS). *Toxicologie reproductivă* Sep;30(2):249-60. Epub 2010 4 mai.

Capitolul 8

1 O declarație comună a Academiei Americane a Medicilor de Familie (AAFP), a Academiei Americane de Pediatrie (AAP), a Comitetului Consultativ pentru Practici de Imunizare (ACIP) și a Serviciului de Sănătate Publică din Statele Unite (PHS) http: //www.aap .org/policy/JOINTthim.html .

Capitolul 11

1 Kelly, A. și K. Khan. (2008) Prevalența alergiilor la copiii cu probleme medicale complexe. *Clinical Pediatrics* 47(8): 809–816.