

Edgar de Gonçalves Pereira

Autismo: do conceito à pessoa

SECRETARIADO NACIONAL DE REABILITAÇÃO

LISBOA

1996

INDÍCE

PREFÁCIO	7
INTRODUÇÃO	9
CONCEITO	17
EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE AUTISMO.....	19
DEFINIÇÃO CONCEPTUAL PRIMÁRIA.....	27
AS CAUSAS	39
IDEIAS BÁSICAS SOBRE CAUSALIDADE; QUESTÕES DE ETIOLOGIA.....	41
DIAGNÓSTICO	55
A CLASSIFICAÇÃO COMO MODO DE COMPREENSÃO DO AUTISMO.....	57
OS EFEITOS DA CLASSIFICAÇÃO.....	68
CARACTERIZAÇÃO	71
INTERVENÇÃO	83
VISÃO GERAL SOBRE MODELOS DE INTERVENÇÃO.....	85
GENERALIDADES SOBRE AS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS	93
CONSIDERAÇÕES SOBRE AS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS.....	95
PAIS EM CO-TERAPIA	103
OS PAIS E O PROCESSO EDUCATIVO/TERAPÊUTICO.....	105
INTEGRAÇÃO	111
QUESTÕES SOBRE A INTEGRAÇÃO.....	113
GLOSSÁRIO	123
BIBLIOGRAFIA	143

PREFÁCIO

Quando iniciei a minha profissão no campo da deficiência mental em 1977, estava longe de supôr onde isso me traria. Ano após ano, para além da minha (re)construção epistemológica e teórico-prática, aprendi a ler o sofrimento das pessoas com autismo, sobretudo das suas famílias.

Não fora a noção, através dos meus primeiros trabalhos neste campo, de que muito dessa dor psicológica pode ser aliviada, se se conhecerem cada vez em maior profundidade os factores que se entrecruzam, e ter-me-ia já, certamente, dedicado a outras questões.

Felizmente, muitos de nós profissionais "tivemos sorte", e os nossos filhos puderam aprender a adaptar-se de um modo socialmente aceitável e gratificante para eles e para todos. Outras pessoas não foram tão acarinhadas pelo acaso. Desconhecemos por isso, o que é "estar na outra situação".

Apesar de tudo, como técnicos, fazemos um esforço muito difícil de concretizar: desenvolvemos concepções e métodos; dissecamos o ser humano em áreas, perspectivas e modelos, dos mais reducionistas aos mais gerais e metafóricos, mas também por isso, só podemos oferecer ainda explicações parciais; "pouco", muito pouco mesmo do que gostaríamos.

É nesta vertente que a minha atitude técnica, e a de tantos outros colegas que neste campo trabalham, que conheço e conheci, dando por vezes o que de melhor sabiam, se compromete numa busca continuada.

Este livro, ajudando a divulgar o autismo, pretende ser uma forma de respeito profundo por quem vive e sente comigo o peso esmagador deste problema. Ele é dedicado à minha irmã e à minha filha; à Sónia, minha irmã, porque sofrendo de esquizofrenia, não pôde nunca ser devidamente acompanhada; à Cláudia, minha filha, porque pela alegria de viver e presença me deu sempre uma lição mestra do sentido da vida e do respeito pela diferença.

Agradeço também à Luísa, não só pelo carinho com que me acompanhou, mas por todos os incentivos sempre dispensados; ao Secretariado Nacional de Reabilitação, na pessoa da Sra. Dra. Beatriz Jacinto, por o ter tornado possível; finalmente, a todos os que, de maneiras tão diferentes o "escreveram" comigo também, na amizade manifestada, no suporte e no confronto.

EDGAR DE GONÇALVES PEREIRA
Psicólogo, Director Pedagógico dos Centros Tera-
pêuticos da Associação Portuguesa para Protecção
aos Deficientes Autistas de Lisboa

Membro da APPORT - Associação dos Psicólogos
Portugueses
Membro da I.A.R.O. - International Autism
Research Organization
Doutorando da Universidade do Minho

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Há cerca de cinquenta anos, em 1943, o psiquiatra americano Leo Kanner separou pela primeira vez um conjunto de comportamentos, aparentemente característicos, que algumas das crianças que seguia, manifestavam.

Esse conjunto de comportamentos, e por detrás, a perturbação que lhes dava origem, veio a ser conhecida como SÍNDROMA DO AUTISMO, nome que prenunciava e vincaria a faceta mais típica das suas maneiras de estar: o ensimesmamento.

Desde então para cá, tem vindo a ser produzido um progressivo número de esforços cada vez com maior interesse e diversificação, materializados, quer em associações que cuidam das pessoas afectadas com este síndrome, quer em centros terapêuticos e de pesquisa que tentam aprofundamentos quasi-científicos e científicos, de natureza biológica, psicológica e social, para uma melhor compreensão e entendimento desta alteração grave do comportamento infantil. Até à década de setenta, tinham aparecido cerca de mil e quinhentas publicações sobre esta patologia, e por essa altura foi criada a primeira revista científica especialmente dedicada a este tema (Journal of Autism and Childhood Schizophrenia - Plenum Publishing Corporation. 233 Spring Street, New York, N.Y. 10013).

Hoje, a proliferação de obras, artigos e livros é muito elevada, necessitando-se já, para o seu recenseamento, de uma base de dados suficientemente ampla e actualizada; é o caso dos "Titles in Autism", que compilam toda a informação internacional saída e publicada sobre esta matéria, servindo de meio de comunicação imprescindível entre investigadores, teóricos e praticantes (Titles in Autism - The Autism Research Unit. School of Health Sciences University of Sunderland: Sunderland, SR2 7EE, UK).

A evolução do conceito, dos diversos elementos que se podem ir relacionando com a patologia, bem como dos direitos e interesses das pessoas com autismo, tem levado, por sua vez, ao desenvolvimento de associações de Pais, congregadas em associações nacionais e/ou internacionais de que é exemplo, em Portugal, a Associação Portuguesa para Protecção aos Deficientes Autistas, de âmbito nacional, e filiada na associação europeia Autisme-Europe (Rue Emile Léger, 4 B-1495 Villers-la-Ville, Belgique).

Um dos maiores problemas que se tem colocado e com que se confronta o avanço de conhecimentos no campo do autismo tem sido o abuso inconsistente da terminologia de diagnóstico ou um uso demasiadamente flexível quando se emprega o termo de AUTISMO para designar ou caracterizar as pessoas afectadas por este síndrome. Segundo Laufer e Gair (1969), chegou a haver mais de vinte designações para identificar a perturbação ("psicose atípica", "psicose borderline", "psicose infantil precoce", "psicose simbiótica", "esquizofrenia infantil", "esquizofrenia infantil precoce", "afasia expressiva", "afasia receptiva", "debilidade", "trauma psicossocial" (relacional), etc.,etc..) e mais adiante se evidenciará a pouca fiabilidade dos diagnósticos, mesmo nos últimos dez anos.

Hoje em dia, contrariando a perspectiva de início do desenvolvimento de concepções sobre a perturbação, já não se considera o Autismo uma psicose infantil, e evita-se assim uma ligação fácil com as perturbações psicóticas adultas; como se verá no capítulo sobre o diagnóstico, o conceito

de psicose anuncia a existência de um período pré-mórbido; ora, diferentemente, o autismo é visto como uma das perturbações contínuas e globais, designadas "perturbações pervasivas do desenvolvimento", categoria onde está incluído conjuntamente com outras patologias do desenvolvimento infantil de foro idêntico. Indicativo claro desta mudança de concepção, foi a alteração do nome da antiga revista "Journal of Autism and Childhood Schizophrenia", para o já citado e actual "Journal of Autism and Developmental Disorders".

As variadas questões relativas ao autismo, como o estudo da sua psicopatologia, apoios terapêuticos, direitos, equipamentos e recursos de suporte, nem sempre foram vistos de um mesmo modo ao longo do desenvolvimento das diversas ciências da saúde, como é natural. Em séculos passados, as crianças e adultos com problemas deste tipo (ou outros problemas graves) eram "cruelmente" apoiadas, se compararmos com os actuais valores das sociedades modernas. Na grande maioria dos casos eram rejeitadas, votadas ao abandono, ou quando muito, asiladas.

Progressivamente evoluindo, os Direitos da Criança já consagrados facilitaram a proclamação dos Direitos da Pessoa com Autismo, e estão hoje plenamente aceites de um modo geral pelas sociedades civilizadas, apesar de se fazerem ainda, naturalmente, muitos esforços para materializar o que por vezes são apenas princípios orientadores. Só muito lentamente se foram ultrapassando os "cuidados" antes oferecidos, notando-se a partir do século XVIII uma humanização significativa das atitudes da sociedade face à pessoa com problemas.

É por essa altura que a ciência começa a fazer surgir os meios para uma avaliação mental, iniciando-se por volta de 1909, e paulatinamente, com um carácter mais sistemático, os estudos sobre os níveis do desenvolvimento mental em crianças. Nessa época, em França, através do Ministério de Educação, o ministro então em funções encarregou dois famosos psicólogos, Binet e Simon, para que desenvolvessem testes de avaliação apropriados à identificação das capacidades intelectuais das crianças que tinham de ir à escola.

Segundo Rie (1971), só as crianças com níveis mais atrasados eram institucionalizadas, e mesmo então, já não se viam essas instituições como "colocações finais", mas antes como organizações preparatórias para ajudarem as crianças a regressarem a uma possível vida comunitária. É só mais tarde, no século XIX, que a "deficiência" e o "atraso mental" são separados das psicoses, ainda que através de critérios de objectividade científica ainda muito baseados em atitudes intuitivas, em vez de fundamentados pela experimentação científica. Como consequência do avanço dos conhecimentos da época, alguns dos tratamentos

típicos das "crianças-problema" começaram por ser com base em produtos do foro farmacêutico apenas, como o uso de uma mistura muito forte, composto de ópio e de álcool, chamado LAU-DANUM (Gelfand, D.; Jenson, W.; Drew, C., 1988).

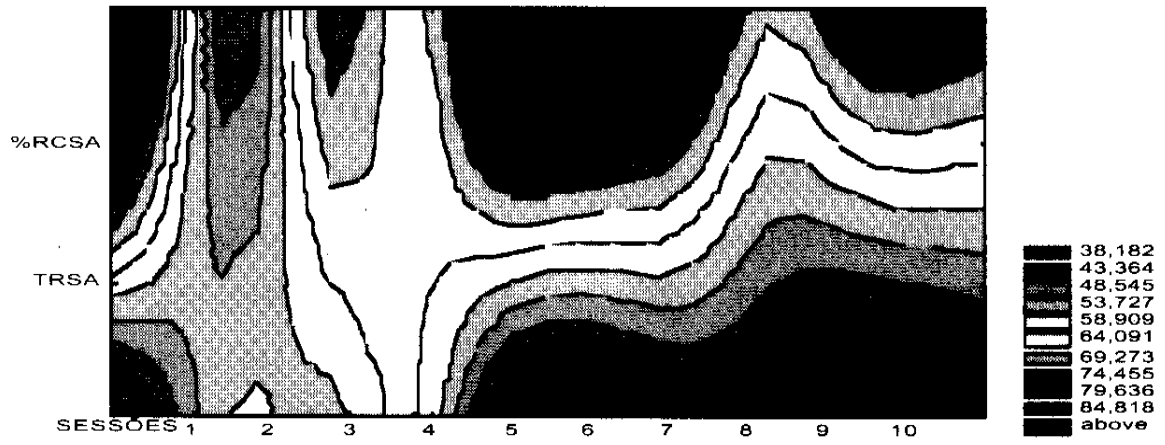
Também parece ser apenas em 1896 o primeiro esforço relativamente organizado para o tratamento de pessoas, crianças, com este tipo de problemas; Lightner Witmer, psicólogo, faz surgir a primeira clínica psicológica para crianças na Universidade de Pennsylvania e onde, segundo estudos retrospectivos, conduz apoios a crianças com autismo. Começavam aí a perspectivar-se, embora de um modo muito geral, e sem que o próprio problema ou a sua designação fossem ainda conhecidos, as questões da alteração dos comportamentos destas crianças, as suas aprendizagens, ou, se se quiser, a sua educação em sentido lato (Levine e Levine, 1970). Tratava-se curiosamente de uma concepção surpreendentemente moderna, quando se percebe que já então se enfatizavam os esforços conjuntos da clínica e da família, de modo a obter-se uma melhoria significativa nos níveis funcionais e afectivos destas crianças.

Desde essa data até à actualidade é vasto, como se disse, o conjunto de alterações que se têm produzido no sentido de uma melhor compreensão da psicopatologia subjacente ao síndrome, do seu diagnóstico e do tipo de intervenções terapêuticas mais adequadas. Os capítulos seguintes facilitarão a apreensão mais pormenorizada dessas evoluções, recomendando-se aos leitores mais interessados os estudos de revisão. Convirá porém, como

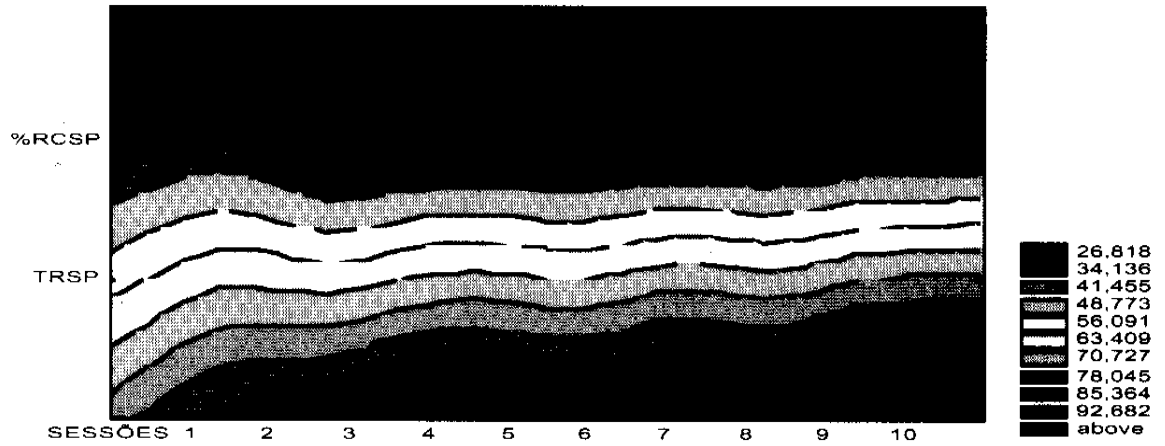
síntese introdutória, fazer destacar as grandes alterações que foram sendo introduzidas, e que dão base às concepções mais modernas e actualizadas do autismo:

- O Autismo é uma perturbação pervasiva do desenvolvimento. • Caracteriza-se fundamentalmente por três grupos de comportamentos, com diversas expressões: disfunções sociais; perturbações na comunicação e no jogo imaginativo; interesses e actividades restritas e repetitivas.
 - Estas manifestações comportamentais devem de algum modo estar presentes desde o nascimento até aos trinta e seis meses de idade, aproximadamente, persistindo e desenvolvendo-se de modos diferentes ao longo do tempo de vida.
 - O Autismo pode coexistir com a debilidade mental, mas é diferente dela.
 - O Autismo pode ser multideterminado (múltiplas etiologias relacionáveis com uma disfunção cerebral orgânica).
 - Não há dados que façam concluir sobre etiologias psicossociais (traumas psico-sociais devido a progenitores psicologicamente menos aptos).
- *Antigas definições implicavam a noção de que os Pais de crianças com autismo tinham níveis de educação elevados, o que não é corroborado pelos dados.
- Dependendo dos critérios de diagnóstico usados, mais ou menos exigentes, os dados epidemiológicos apontam oscilações entre cerca de uma (1), a vinte (20) pessoas com autismo, por cada dez mil nascimentos. (O alargamento da exigência de certos critérios tem levado a preocupações por parte de muitos profissionais, o que conduziu a estudos para redefinir melhor o síndrome, como aconteceu com o já actualizado DSM-IV (Manual de Classificação Diagnóstica e Estatística das Perturbações Mentais - IV. Associação Psiquiátrica Americana, 1993. 1400 K Street, N.W., Washington, D.C. 20005).
 - Tem havido grandes alterações nos tratamentos médicos e psicológicos, embora os primeiros ofereçam ainda resultados modestos e por vezes desapontadores, e alguns dos segundos careçam de aprofundamentos para uma mais útil adopção de conhecimentos baseados em fundamentações científicas sobre a modificação do comportamento humano.
 - As grandes linhas de intervenção com terapias psicológicas baseiam-se em métodos comportamentais integrados em estruturas e conteúdos psicoeducacionais (Pfeiffer, S. & Nelson, D., 1992 - J.A.D.D. vol. 22, 1), e seguem os valores e aprofundamentos dos meios científicos em que se inscrevem.
- A essência do défice mental específico parece verificar-se na organização dos processos de significação verbal e não-verbal. Dados exploratórios apontam para uma diferença significativa nas unidades de organização semântica não-verbal entre pessoas com autismo, pessoas com psicose e normais, conforme as seguintes figuras:

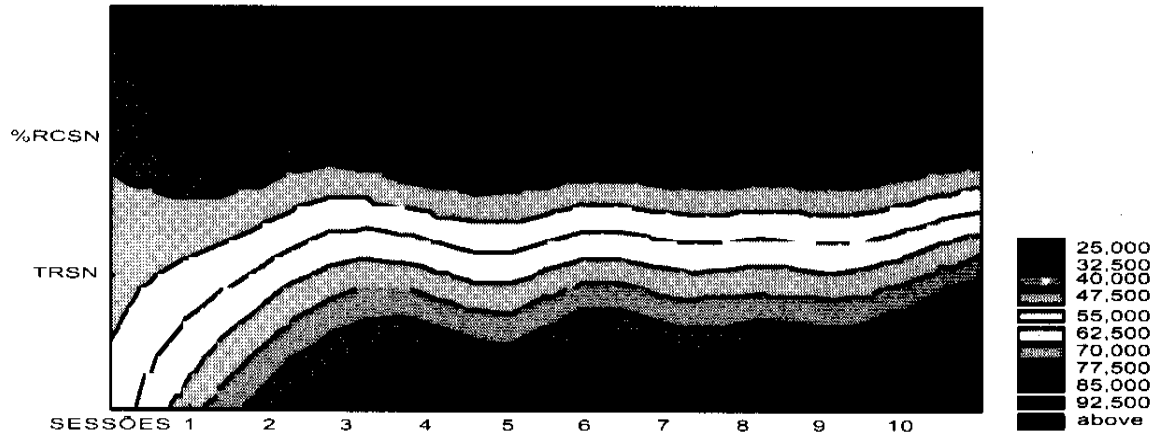
ORGANIZAÇÃO SEMÂNTICA NÃO-VERBAL (AUTISTA)



ORGANIZAÇÃO SEMÂNTICA NÃO-VERBAL (PSICOSE)



ORGANIZAÇÃO SEMÂNTICA NÃO-VERBAL (NORMAL)



CONCEITO

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE AUTISMO

Falar de autismo obriga a começar por se falar de Leo Kanner, como se fez anteriormente. Foi Kanner que, há cerca de meio século, publicou num artigo hoje famoso: "Autistic disturbances of affective contact" (Kanner, L. 1943. *Nervous Child*, 2, pp. 217-250), uma descrição sobre crianças cujos comportamentos lhe pareciam ser diferentes de todos os outros até então destacados pela literatura científica internacional. Quase pela mesma altura, em 1944, é interessante saber-se que Hans Asperger publica também descrições detalhadas sobre crianças com comportamentos estranhos semelhantes aos que Kanner havia referido, fazendo também a sua apresentação à comunidade científica internacional através de um artigo com o título: "Die Autistischen psychopathen im kindesalter".

Esta situação é tanto mais curiosa se se pensar que, apesar de Kanner trabalhar em Baltimore e Asperger em Viena, vão ambos coincidir na escolha do nome central com que quiseram designar a perturbação: AUTISMO. O termo tinha sido introduzido em 1911 por Bleuler, embora à data, este clínico tenha pretendido referir-se, não a um qualquer grupo diferente de patologia, mas antes a um conjunto de comportamentos básicos da esquizofrenia, designação esta também igualmente introduzida por Bleuler.

O termo AUTISMO provém da palavra grega "autos" que significa "próprio"; foi esta a característica essencial que Kanner e Asperger quiseram fazer destacar, ou seja, a de um ensimesmamento que o indivíduo manifesta, sendo difícil de se verificar uma "entrega" à troca e participação social. A diferença entre as duas descrições não parece ter, ainda hoje em dia, uma base claramente sustentável, embora para alguns autores estas categorias diferenciais tenham provado ser úteis (Frith, U. 1989); a definição de Asperger é, contudo, mais ampla do que a de Kanner e tende a ser reservada para pessoas com autismo de inteligência quasinormal e "muito verbais".

O que é importante destacar é que ambos os autores sugeriram independentemente, que há uma "perturbação do contacto" de natureza sócio-afectiva; ambos enfatizaram aspectos particulares e dificuldades nos desenvolvimentos e adaptações sociais, e ambos prestaram uma atenção especial aos movimentos repetitivos e a aspectos, por vezes surpreendentes, do desempenho e funcionamento intelectual ou cognitivo. Está hoje claro, no entanto que, apesar de certos aspectos interessantes e curiosos de um ponto de vista intelectual, o autismo pode estar ligado a uma variedade de causas que, admite-se, comprometem o desenvolvimento normal das competências cognitivas responsáveis pelos actos sócio-relacionais, e isto porque tais causas levam à disfuncionalidade certos sistemas cerebrais, ou, sistemas cerebrais específicos, resultando na alteração de uma área, ou áreas, do funcionamento cognitivo/afectivo, referida como "padrão final comum".

A partir de testes psicométricos, tem-se tornado evidente que a "sub-normalidade" afecta a vasta maioria de pessoas com autismo, e mesmo aquelas onde apenas está expresso um atraso muito ligeiro, ou as que não são atrasadas em termos de valor global de quociente de inteligência, mostram disfunções cognitivas específicas. É deste modo que surge lentamente a noção de autismo relacionado com deficiência mental, deficiência esta com compromisso orgânico, já que, quer o "atraso mental geral", quer as "disfunções específicas cognitivas", são sinais de patologia cerebral. Por outro lado, Skuse (1984) fez um estudo de revisão dos casos tidos como possivelmente causados por aspectos psicogénicos, e concluiu que as alterações acontecidas nos desenvolvimentos social, cognitivo e emocional das pessoas em estudo, não resultavam necessariamente em efeitos duradouros, contrariamente aos casos típicos de autismo com os já referidos compromissos orgânicos. Segundo este autor e outros, não há evidência para factores causais psicogénicos.

Apesar de vários psicólogos, ao longo de anos, terem desenvolvido um número impressionante de estudos e testes para diferentes comportamentos como os verbais, motores, de

memorização, de percepção sensorial, de leitura, de escrita, estereótipos, etc.,etc., (Frith, U. 1989), toda esta informação adquirida vem facilitando muito o aprofundamento dos nossos conhecimentos sobre o autismo, mas ainda não conseguiu uma interpretação imediata e satisfatória dos processos subjacentes à patologia cognitiva específica.

A possibilidade potencial de um deficit cognitivo como causa básica do comportamento sócio-relacional, sócio-afectivo, nas pessoas com autismo, só começou a ser considerada em profundidade com o trabalho pioneiro dos psicólogos Hermelin e O'Connor, há cerca de vinte anos atrás (Hermelin & O'Connor, 1970) na Grã-Bretanha. Os seus estudos, hoje já clássicos na bibliografia sobre esta perturbação, tiraram as dúvidas quanto à implicação de uma disfunção neurológica específica. Em resumo, os dados das suas investigações indicavam:

- Uma menor "recodificação da informação" do que a que seria esperada, quando são tomadas em linha de conta as ocasionais competências para usar a informação disponível.
- Uma "informação" recebida e "integralmente" transmitida, mas sem relação ao seu "significado". (Uma reprodução de tipo ecóico, e uma reprodução de tipo imagético "perfeitas" como alguns conseguem, mostraram ser exemplos de uma anomalia cognitiva específica. Os desempenhos são assim diferentes, quer na natureza, quer no grau, se comparados aos das pessoas que se desenvolvem normalmente).

Todas as variações e implicações destes problemas subjacentes ainda não foram suficientemente estudadas no espectro total da população de autistas, desconhecendo-se mesmo se os possíveis subgrupos existentes, sub-grupos de diferentes causas, de diferentes zonas afectadas ou de diferentes momentos de afectação, implicam o mesmo tronco comum já referido, ou ainda sub-sistemas relacionáveis ao tronco comum central.

Segundo Uta Frith, psicóloga de um Centro de Investigação Cognitiva em Londres, "...sabemos apenas que tocámos a base do problema ao conseguir-se postular um certo tipo de mecanismo primário que pode explicar os processos em questão. É a partir daí que podemos começar a pensar em factores biológicos" (Frith, U. 1989). A atenção dos investigadores começa assim a debruçar-se sobre os deficits ligados à perturbação, ..."distinguindo especificamente, a partir dos inúmeros estudos comportamentais, os factores relacionados com as estimulações ambientais conducentes à produção de uma resposta mediatizada, factores esses chamados "de produção", e as variáveis relacionadas com as respostas mediacionais que não ocorrem, ou que, mesmo quando ocorrem e têm retroalimentação a controlar as respostas abertas finais, variáveis designadas "de mediação", mesmo assim se manifestam disfuncionais (Pereira, E. 1990). A figura 1 ajuda à compreensão do jogo de determinantes que se acabam de expôr.

É importante destacar que se passa a uma análise onde se entretece um complexo infinito de sistemas e subsistemas de resposta, que incluem os comportamentos cobertos e operacionalizáveis através das manifestações comportamentais expressas, relativas exactamente aos funcionamentos atencional/perceptivo, simbólico/semântico/verbal e retencional (Pereira, E. 1990). Já não se questiona assim, com a superficialidade anterior, a afirmação sobre o facto de as crianças autistas interagirem de modo diferente das crianças e

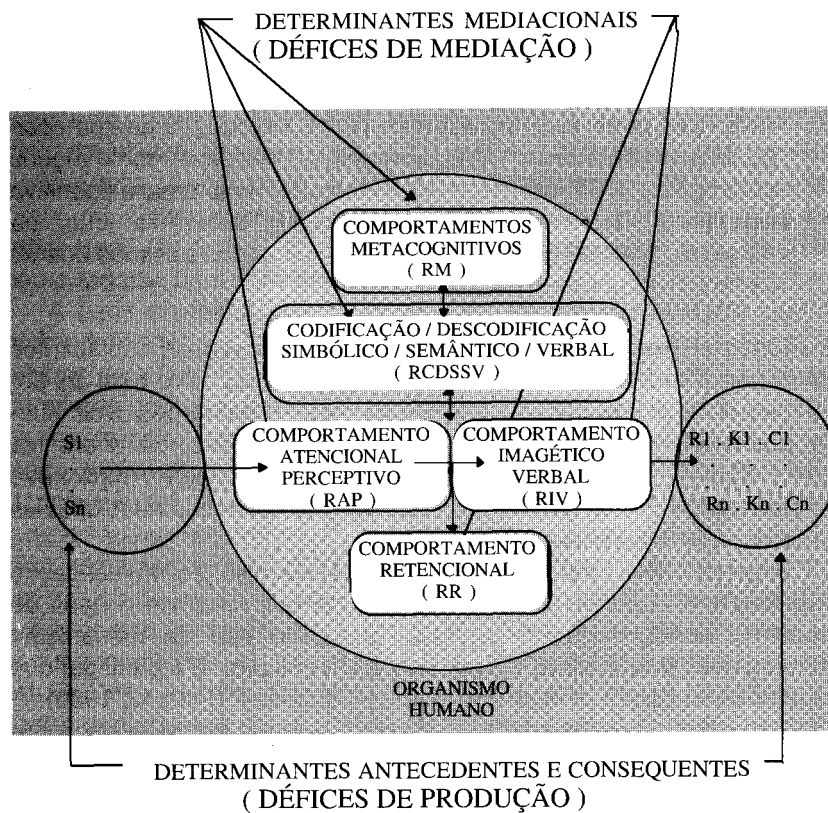


FIG.1
VARIÁVEIS RELACIONADAS COM OS COMPORTAMENTOS
COBERTOS E ABERTOS

LEGENDA

- S1,Sn - Estímulos que atingem o organismo
- R1,Rn - Respostas abertas
- K1,Kn - Contingências dos comportamentos
- C1,Cn - Consequências dos comportamentos
- RAP - Respostas cobertas atencionais/perceptivas
- RIV - Respostas cobertas imagético/verbais
- RM - Respostas cobertas metacognitivas
- RCDSSV - Respostas cobertas simbólico/semântico/verbais
- RR - Respostas retencionais

peças não autistas. Porém, o que parece necessário ainda é estabelecer se o seu total padrão de comportamentos e a relativa grandeza e desvio das suas respostas às peças é diferente das suas respostas a outros estímulos, quando comparadas com peças ditas normais (Hermelin, 1970).

Em 1964, Walters e Parke analisaram com minúcia os comportamentos sociais de peças, e acabaram concluindo a importância crucial que o papel dos receptores distais, audição e visão, tinham no desenvolvimento da responsividade social, em especial durante a infância e primeira infância.

A questão que se investiga actualmente é em que medida tais déficits, ligados ou não a este tipo de estimulações, ou a outros, podem afectar as áreas básicas do síndrome, ou a

dificuldade manifesta na comunicação e interacção social, que impõe limitações ao estabelecimento e desenvolvimento das competências sócio-afectivas. Tanto se tem defendido que estes deficits estão relativamente separados dos aspectos sociais, como se tem argumentado a favor do contrário, ou seja, que tais deficits são em si mesmos consequência de outros aspectos cognitivos igualmente em deficit, complexos e profundos.

As hipóteses e teorias que acabaram por ligar as dificuldades de processar adequadamente as estimulações recebidas pela pessoa com autismo à não responsividade social, parecem estar mais de acordo com os factos, do que, de uma maneira diferente, aquelas que olharam para esta não responsividade como consequência de relações perturbadas entre a criança e, por exemplo, a mãe; tenha-se em conta, porém, que no início do desenvolvimento das primeiras concepções sobre o autismo, os meios científicos e clínicos internacionais estavam marcadamente moldados pelo grande ênfase das teorias de cariz psicanalítico que fomentavam exactamente a natureza das considerações desse tipo.

A defesa que faço e que fazem certos teóricos e investigadores é a de que, uma dificuldade no estabelecimento de vínculos, ou as dificuldades do desenvolvimento sócio-afectivo e portanto de todo o processo comunicacional nas pessoas com autismo, a sua tendência mesmo para a este reotipização ou para um leque restrito de interesses, provém de disfunções do desenvolvimento cognitivo, relacionáveis a um deficit específico, podendo admitir-se uma natureza semântica não-verbal, e que pode ser vista por ora, como um aspecto entre outros, da incompetência mais geral para responder adequadamente a diversos estímulos, em particular aqueles que são de natureza social.

Esta difícil produção de respostas manifesta-se claramente, quando respeita à apreciação da ordem de padrões que envolvam sequências de estímulos, e é tanto mais intensa, quanto mais em "falta" estiverem estabelecidas as organizações semânticas dos níveis básicos de significados diversos desses estímulos, cada um por si, ou com uma significação de conjunto. Muita da investigação actual tentará aprofundar se esta particular incompetência tem a ver com condições lógico/semânticas, espaciais/temporais, e dependentes ou independentes da modalidade sensorial. Esta é ainda uma matéria controversa.

Ao longo do tempo em que se vem desenvolvendo a investigação psicológica no autismo, tem havido diferentes momentos que correspondem a diferentes ênfases sobre os deficits básicos. Desde a inicial suposição sobre uma causalidade psicógena, transitou-se para a defesa de deficits perceptivo/cognitivos, posteriormente para a assunção de deficits linguísticos, até praticamente o actual momento, onde se têm postulado deficits específicos a um nível simbólico e meta-simbólico, que estariam na origem dos problemas linguísticos e sociais das pessoas afectadas pelo síndrome. Poder-se-à dizer que se atravessa hoje uma etapa promissora de um ponto de vista psicológico; ela aprofundará cada vez mais os aspectos nucleares deficitários, responsáveis pelo normal desenvolvimento de outras competências e funções cognitivas, e que permitem uma adequada organização de respostas às estimulações físicas e sociais. Nenhuma preponderância de factores afectivos ou cognitivos é justificável, já que esse tipo de dicotomização provisória e ocasional serve apenas transitoriamente à ciência, e muito pouco à realidade do que se passa na pessoa; qualquer tentativa nesse sentido é quanto a mim um "desvio" conceptual, epistemológico e científico, com algumas consequências gravosas. Ainda, os que defendem uma perspectiva de causalidade sócio-afectiva, mesmo que renovada, não têm apresentado trabalhos de investigação que delimitem apenas esses, e só esses factores, acabando por haver sempre interpretações de cariz cognitivo para as disfuncionalidades sugeridas.

Com o evoluir dos conhecimentos, em matéria tão específica como a relação entre estes dois conceitos, cognição e afecto, tem-se afirmado que o comportamento social humano depende, no sentido de que é determinado basicamente, do afecto/emoção, e que, por sua vez, tem sido diferentemente hipotetizado como emergindo do sistema límbico. Porém, a noção de "afecto" é ... "duvidosa e escorregadia" (Waterhouse, 1988). Na realidade, sempre se questionou se os supostos "afectos" têm realidade como elementos da função

biológica/neurológica, ou se são suportes mediadores das diversas reacções, motoras ou não. Efectivamente, há várias teorias sobre esta questão que não cabe aqui descrever ou sintetizar, mas as provavelmente mais úteis apontam antes para o interesse de entender as emoções como categorias comportamentais superficiais, que foram reificadas pela cultura. Às funções internas de excitação, através de basicamente três sistemas, o somático, o de prazer/dôr, e o visceral (Weil, 1974), estariam associados estados diferenciais, diferentes emoções, tal como são substancializadas nos comportamentos, entendendo-se assim as "emoções" como estímulos internos, efectores de estados de mudança. E, se vistos deste modo, naturalmente que devem ser tidos como importantes na co-regulação das interacções que os organismos fazem com o meio, seja ele físico ou social, sendo que neste último se demarquem com maior amplitude ou expressão, porque enormemente variável, individualizado e altamente complexo.

Colocar-se-iam, por estas razões, os mesmos problemas de organização para as pessoas com autismo, que foram descritos nas páginas 21 e 23.

DEFINIÇÃO CONCEPTUAL PRIMÁRIA

Pelas razões atrás expostas, embora sumariamente, se diz que o AUTISMO é uma deficiência mental específica, susceptível de ser classificada nas Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento, que afecta qualitativamente as interacções sociais recíprocas, a comunicação não-verbal e a verbal, a actividade imaginativa e se expressa através de um repertório restrito de actividades e interesses (Frith, U. 1989).

Ao ter-se de novo em conta a figura 1, percebe-se que, no organismo humano com autismo, existirão então disfuncionamentos específicos relativos aos processos relacionados com a responsividade às estimulações, externas e internas, ou seja, os processos atencionais, de organização simbólico/semântico/verbal, e, conseqüentemente, de resposta imagética e verbal. Também e complementarmente, os processos responsáveis pelo desempenho de padrões comportamentais abertos, ou seja, os processos reprodutivos e motivacionais (Bandura, 1969) estão prejudicados, já que estão intrinsecamente dependentes dos primeiros, implicando as respostas elicítadas exactamente pelas estimulações antecedentes; tornam-se assim, as respostas de mediação, "elicitoras disfuncionais" de novas respostas, ainda cobertas ou já finais, verbais, motoras ou outras. Também, certo tipo de comportamentos cobertos, como os chamados pensamentos de segunda ordem ou meta-cognições, que exercem influencia sobre os demais sub-processos, quer na ordenação dos fluxos, quer no encadeamento dos mesmos, quer ainda na função de controle sobre segmentos comportamentais específicos, estão altamente dificultados na sua operacionalidade, pensa-se que, como se disse e está a ser investigado, pelas dificuldades de organização semântica que todos implicam, nos vários níveis de complexidade progressiva, ver figura 2, (Nelson, K. 1985). Com efeito, dificilmente capazes de organizar "unidades de encaixe superior", ou seja, "conceitos", mesmo a partir dos simples, referenciais, aos mais poderosos e abrangentes, e quanto mais abstractos, tanto maior a dificuldade, a ligação ocasional a certos objectos, iniciada por um tipo de estimulação preferida, visual, auditiva, táctil ou outra, tende a manter-se com padrões "quasi-obsessivos" quando não orientados te rapticamente, ou só esporadicamente orientados; por exemplo, se o comportamento de bater com uma peça de Lego numa mesa produz certo som, tornando-se por isso reforçante ou "gostosamente emocional", a pessoa que o produz tenderá a perpetuá-lo, não sendo este som organizado facilmente com outros, num grupo abrangente superior, capaz, eventualmente, de se aproximar de uma progressão com melodia; estaria aqui descrevendo-se, ainda que simplesmente, uma maneira de "não" conseguir produzir "música", mas ao contrário, apenas uma repetitiva sequência de sons.

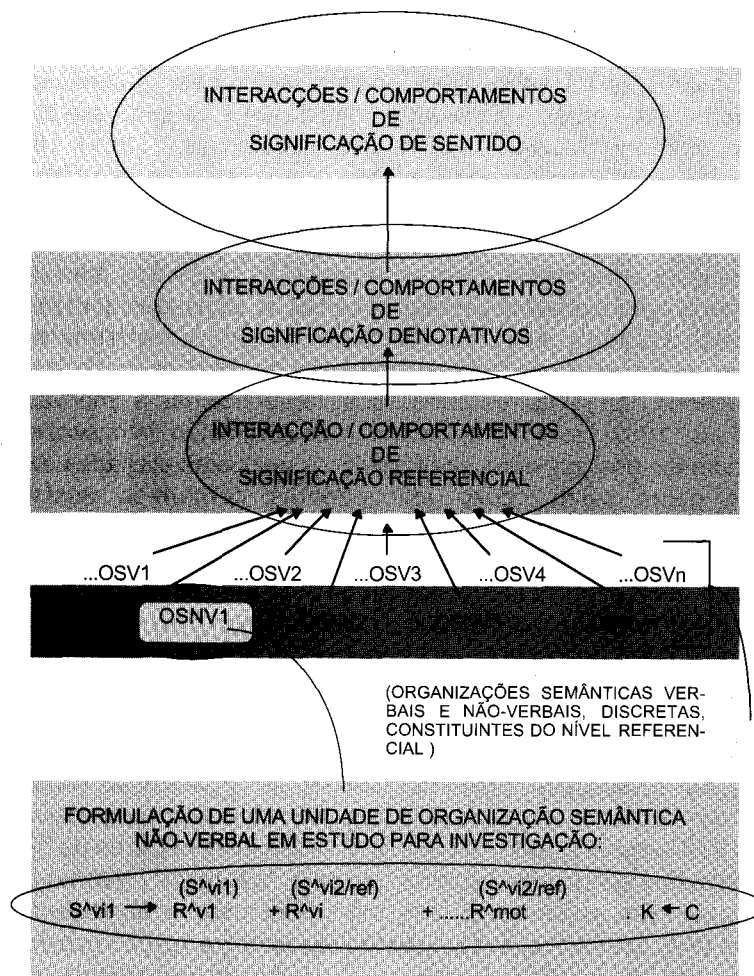


FIG. 2
NÍVEIS DE ORGANIZAÇÃO SEMÂNTICA DE COMPLEXIDADE PROGRESSIVA, SEGUNDO NELSON, K. (1985), E UNIDADE DE ORGANIZAÇÃO SEMÂNTICA NÃO-VERBAL EM INVESTIGAÇÃO

Veja-se em comparação que, com diferentes competências, o indivíduo que se desenvolve normalmente começaria, admita-se, a explorar exactamente as relações deste som específico com outros, estabelecendo e produzindo variadas combinações quase infinitas, ou o mesmo é dizer-se, evoluindo de conjuntos de sons em conjuntos de sons, podendo eventualmente vir a "fazer" música. Por outro lado, as possíveis categorizações verbais ou comportamentos verbais discriminativos de contacto (Skinner, 1957) com certos sons que teria de aprender, seriam eles próprios susceptíveis de se ir estabelecendo. Ora, esta organização é aquela que não é feita, ou não é facilmente feita pela pessoa com autismo. O sentido das suas respostas é como que seja "simples", "directo", "superficial", ou ainda, "literal".

Os exemplos poderiam ser fastidiosos de enumerar pois podem estar em ligação a quaisquer que sejam as modalidades sensoriais, ou a uma maior complexidade de modalidades cruzadas, como acontece per natura. Quanto mais o estabelecimento dos significados se relacione com objectos/estímulos (objectos, situações), abstractos ou concretos, mas variáveis, tanto mais difíceis de "organizar" ou de desenvolver com "significação referencial", "conceptual" e "com sentido", já que os referentes desses processos de significação se alteram na sua "permanência", ou são menos estáveis.

É por excelência no domínio do social, e portanto do que é característico da pessoa humana, que mais se faz sentir a variabilidade, paradoxalmente dentro de uma consistência subjectiva; esta é,

como se disse, a área central de dificuldades da pessoa com autismo e a sua mais manifesta disfuncionalidade, ao desenvolver competências para responder e produzir relações consideradas adaptadas para com os outros.

Poderá ser útil ainda conceptualizar-se esta questão, apelando para as noções da psicologia comportamental. Porque estas aquisições, ao repetirem-se quasi infinitamente, mesmo as primárias e exclusivamente sensoriais de que falámos, dão um sentido emocional a uma certa actuação (no exemplo, o bater com uma peça de Lego), tornam-se cada vez mais disponíveis nos repertórios dos sujeitos que as praticam, dadas as contingências de reforço auto-impostas.

É ao que parece, por estas razões, e através destes comportamentos, sejam eles mais cobertos ou mais abertos, que a pessoa com autismo se desenvolve, se organiza, mantendo uma dificuldade de generalização às diferentes situações, pessoas e/ou objectos, ou seja perseverando em comportamentos de "não-variação", formas de comportamentos tanto mais rígidas, quanto mais expressivo for o grau de afectação do síndrome, ou o "autismo" enquanto perturbação; a sua "quebra" é dificilmente conseguida, e frequentemente, a sua perda é sentida como algo ameaçador.

A figura 3 pretende assim demonstrar, simbolicamente, as dificuldades que se exprimem nos desenvolvimentos do processo de comunicação. Com efeito, é no período inicial do desenvolvimento, que se começam a fazer notar os comportamentos que caracterizam tipicamente o autismo, sendo que, por definição diagnóstica, devem já estar presentes até aos trinta e seis meses, embora perdurando por toda a vida. Durante esse período, na evolução normal, e tendo em conta em especial o comportamento verbal, vão-se desenvolvendo progressivamente comportamentos que se integram sequencialmente e que permitem avolumar uma grande complexidade de formas; por exemplo, o balbucio aos três meses, produção de certas consoantes aos cinco meses, discriminação de padrões de entoação aos seis meses, imitação de padrões de sons e compreensão de palavras/frase por volta dos nove, algum uso voluntário da linguagem por volta dos doze meses, etc. Conjuntamente com outros comportamentos entretanto desenvolvidos, é possível assim o crescimento de um "processo simbólico-linguístico-emocional" adaptado, ou seja, um processo de "boa comunicação".

Ao contrário, nas pessoas com autismo, pelas dificuldades de organização semântica não-verbal, pelas dificuldades atencionais, de imitação, de generalização, e pelas dificuldades de produção de comportamentos cobertos imagéticos e verbais de diferentes níveis, vai-se desenvolvendo e estabelecendo, poder-se-à dizer, um "processo simbólico-linguístico-emocional" pouco adaptado, ou seja, um processo de "má comunicação"; mesmo ao nível "mais visível" dos comportamentos verbais em si mesmos, torna-se discriminativa uma dificuldade de contacto, quer de ordem expressiva, quer receptiva, que é também naturalmente, emocional ou afectiva, e depende dos diferentes graus do problema e funções, mais ou menos prejudicadas, com que é afectada cada pessoa. Na globalidade e em síntese, é como que se se pudesse representar uma ligação entre o déficit central e os comportamentos, a "disfuncionalidade", considerando a relação entre processos internos como os da figura 4 ; vemos aí que, o possível deficit cognitivo específico de "falha de organização semântica não-verbal", parece permitir, por razões que se investigam, impôr alguma redundância nos diferentes tipos de comportamentos mais característicos: aqueles cobertos que dizem respeito à imaginação, e outros, mais gestuais ou mais verbais, que podem não estar ligados de um modo necessariamente directo ao acto comunicativo mas que estão sempre presentes nos actos da interacção. Com efeito, se os primeiros níveis de significação não forem conseguidos através de uma organização conveniente, poderá haver, ao que parece, quaisquer que sejam os estímulos e modalidades específicas ou cruzadas, uma disfuncionalidade de grupos mais

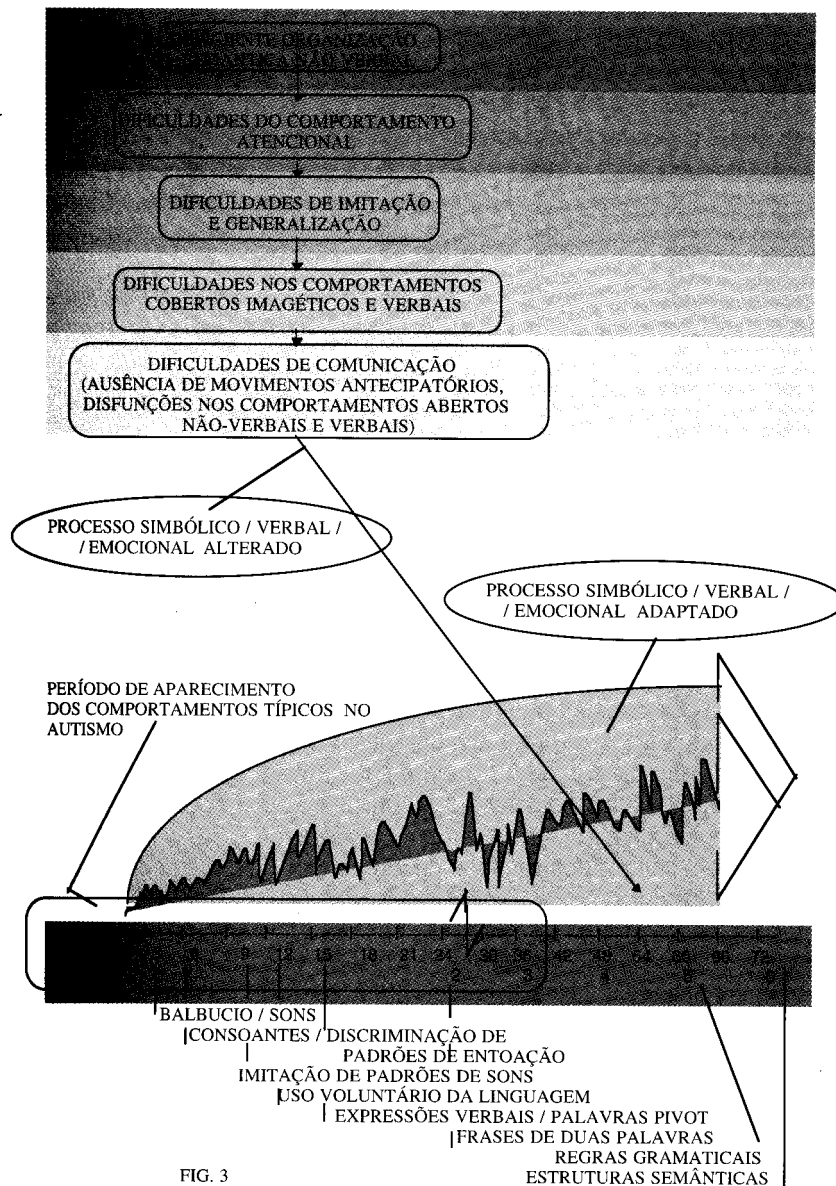


FIG. 3
ANALOGIA DE DESENVOLVIMENTOS
NOS PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO

abrangentes, o que se poderia relacionar com uma imposição de redundância, e daí, com os três grupos de comportamentos mais característicos: repertório de actividades mentais ou abertas, restrito, limitações à comunicação não-verbal e verbal e, conseqüentemente, a todo o processo global de relação com os "outros" e "consigo próprios". O conjunto, na sua expressão total, limita profundamente a troca social das pessoas com autismo, e especula-se, a falha de organização semântica não-verbal será condição suficiente para desajustes do desenvolvimento psico-emocional e, desde logo, na comunicação e socialização em sentido lato, que se encontram particularmente afectadas.

Estão sendo hipotetizados problemas acentuados nestas áreas, mas a sua extrema dificuldade de operacionalização e de manipulação, na necessária delimitação das variáveis experimentais

necessárias, colocam hoje sérios impasses à investigação psicológica. Aspectos curiosos e impressionantes são, por um lado, os relacionados com as competências sempre surpreendentes que algumas pessoas com autismo manifestam, e por outro, os preocupantes comportamentos de auto-mutilação; no primeiro caso, estas pessoas foram antigamente designadas de "idiots-savants", termo já em desuso, exactamente por terem em simultâneo, incompetências claras em diversos aspectos dos seus funcionamentos diários, e igualmente, capacidades dificilmente igualadas por outras pessoas com funcionamentos ditos normais. O termo fora inicialmente introduzido por um psicólogo, Alfred Binet (1857-1911), em época onde ainda era difícil conceber esta perturbação em termos psicopatológicos, e pretendia chamar a atenção para algumas das principais características do funcionamento intelectual das pessoas com autismo. Hoje em dia, a expressão genérica mais usada é a de "pessoas com autismo de nível de funcionamento elevado".

São mais conhecidos os seus desempenhos nas memórias visual e auditiva por assim dizer, e por vezes, na aplicação de sequências de regras, acontecimentos ou operações mentais que se tornam espectaculares, quando comparados com as nossas próprias realizações para os mesmos níveis de dificuldade; são disso exemplo o ouvir uma pequena melodia, e de seguida executá-la, ou o ver um monumento e poder desenhá-lo com uma aproximação surpreendente, ou ainda, executar cálculos de correspondência de dias de semana em calendários.

Nestes casos, apesar de se desconhecer uma teorização de base que sirva com clareza o entendimento deste tipo de execuções, aproxima-se como modelo de raciocínio a ideia de que parece não haver interferência de níveis de significação de natureza primária, sobretudo nos níveis conceptual e de sentido, que, pela sua mais complexa e abrangente organização, permitiriam dotar o sistema de resposta, de conjuntos de significação coerentes e globalizantes. Esta "não interferência" irá traduzir-se sobremaneira no desempenho de respostas redundantes, a partir dos primeiros níveis de organização semântica estabelecidos, com qualquer que seja o grau de funcionalidade, mais sensoriais (auditivo, visual, etc.) para certas pessoas, mais simbólicos (configurações espaciais de números, etc.) para o caso de outras.

No caso dos comportamentos de auto-mutilação, a base conceptual geral para a sua compreensão parte necessariamente do entendimento sobre os comportamentos de auto-estimulação. Estes comportamentos parecem existir em certas formas, de modo semelhante, nas diversas espécies, sendo estereotipados e mantendo-se relativamente independentes das consequências sociais.

Os comportamentos parecem produzir essencialmente estimulações nos receptores distais, visão e audição, estimulações vestibulares nos receptores proprioceptivos, e estimulações nos receptores proximais, sobretudo estimulação táctil e olfactiva. Os comportamentos podem expressar-se através de vários tipos de interacções com o meio, tais como a fixação de luzes, a produção de variações de iluminação com as mãos ou dedos, a montagem e o alinhamento de objectos, a rotação corporal, etc..

Estes comportamentos são frequentemente observados, com expressão considerável, em pessoas com atrasos severos do desenvolvimento, embora formas mais leves e não tão expressivas possam ser vistas em crianças normais e jovens. Parece também poderem ser verificados em outras espécies, quando não há oportunidade de desempenhar certos comportamentos, como por exemplo em situações de stress ou em cativeiro.

Enquanto expressam estes comportamentos, as pessoas com autismo são difíceis de contactar, como se a uma certa estimulação sensorial que se organiza com certa significação, se viessem sobrepôr outras estimulações que não conseguem tão directamente ser discriminadas; tornam-se assim "relativamente indiferentes" aos estímulos externos, mesmo aos mais poderosos.

uma interpretação comportamental é a de que estes comportamentos foram moldados e mantidos por reforços perceptivos, e esta interpretação é corroborada por três constatações específicas:

1. Muitas das formas de comportamento de auto-estimulação parecem tão idiossincráticas, que é de crer que as aprendizagens pessoais tenham nelas um papel fundamental; dificilmente poderiam ser considerados inatos.
2. As consequências mais manifestas são as estimulações sensoriais e perceptivas que estes estímulos produzem; estas consequências estão espacialmente e temporalmente contíguas aos comportamentos de auto-estimulação, condições que potencializam qualquer reforço.
3. São comportamentos elevadíssimos, de alta probabilidade; assim, devido às constatações de Premack, tem-se verificado que eles próprios reforçam comportamentos contingentes, menos prováveis.

É possível conceber-se, também de um ponto de vista comportamental, porque é que estes comportamentos persistem nas pessoas com perturbações pervasivas do desenvolvimento, e, desde logo, nas pessoas com autismo. Primeiro, pode considerar-se que poucos comportamentos alternativos podem competir com estes estereotipados, seja porque ainda não existem nos repertórios da pessoa, seja porque não vêm facilmente a ser adquiridos; poucas alternativas de reforçadores mais normais, no sentido de normalmente adaptados, são funcionais, tais como os inerentes ao jogo, à linguagem, à interação social, etc.. Secundariamente, constata-se que a "opção restante", o "não fazer nada", é em si mesma muito menos reforçante que o comportamento de auto-estimulação. Não fazer "nenhum" comportamento pode até ser aversivo. Deste modo, os reforços gerados pelos comportamentos de auto-estimulação aparecem como os reforços mais facilmente acessíveis e previsíveis para a pessoa severamente perturbada, e na ausência de intervenção intensiva, interação, quer níveis elevados de comportamentos de auto-estimulação, quer a ausência de comportamentos alternativos, exacerbando-se um ao outro estes diferentes aspectos.

Há dentro destes comportamentos, alguns que se tornam particularmente frequentes e intensos porque produzem consequências individuais e subjectivamente preferidas para certas pessoas.

Níveis elevados de comportamentos de auto-estimulação podem impedir ou atrasar as aprendizagens de comportamentos alternativos, tendo um efeito de bloqueamento, e a ausência continuada de comportamentos alternativos facilita que os reforços perceptivos se constituam ou se organizem como reforços potentes e duráveis, que, por sua vez, mantêm níveis elevados de comportamentos de auto-estimulação, e que continuam a dificultar as aprendizagens, assim continuamente, fazendo repetir o círculo.

Quando esta estimulação atinge um carácter aversivo sobre o próprio, torna-se uma das formas mais extremas e dramáticas das psicopatologias crónicas. Embora pareçam ocorrer em certos momentos apenas, e portanto, serem "circunstanciais", têm suscitado muita atenção dos clínicos, e os resultados em matéria de tratamento não são ainda muito satisfatórios.

Uma revisão da literatura sobre estes comportamentos lembra também como causa, a hipótese do reforço social positivo e ainda a deste comportamento ser um operante mantido pela cessação ou evitamento de um estímulo aversivo.

Realmente, a primeira hipótese recebe um suporte empírico considerável a partir de vários estudos que demonstraram que os níveis de auto-mutilação são diminuídos quando os reforços sociais são retirados e que esses níveis podem aumentar, quando o reforço social é feito contingente ao comportamento.

Igualmente, muitos estudos suportam a hipótese de que o comportamento de auto-mutilação pode resultar como fuga ou meio para cessação de situações consideradas pelo próprio como aversivas. Destes estudos, alguns evidenciaram mesmo que os níveis de comportamento de auto-mutilação eram mais elevados em situações de "exigência", e menores em situações de comportamentos livres sem constrangimentos de espécie alguma.

Outras alternativas de explicação têm sido adiantadas; refiro-me às de natureza exclusivamente orgânica e às de natureza psicodinâmica. Nas primeiras, o que se tem feito discriminar mais, não é tanto um processo causal directo, como sugerem as interpretações comportamentais, mas uma correlação entre os comportamentos de auto-mutilação e um certo número de condições clínicas de origem orgânica demonstrável. Nos casos onde foram feitas observações sistemáticas, as evidências sugerem que os comportamentos podem ser operantes aprendidos; a patologia orgânica é então vista como um factor contribuinte de valor "mediato" e não "imediato", como nas temáticas sobre as intervenções terapêuticas se procurará explicar. Estes comportamentos, com uma mediação prejudicada, estariam facilitados, e num período seguinte, mantidos imediatamente pelos diferentes valores e níveis de reforços em presença, intrínsecos ao organismo, ou extrínsecos.

Na hipótese psicodinâmica, a vertente principal de argumentação sustenta que certos indivíduos têm dificuldade em distinguir o "eu" do "outro", e que o comportamento de auto-mutilação surgiria como uma tentativa de estabelecer a realidade corporal, ou de delimitar as fronteiras ego/alter. Nestas aproximações explicativas não são feitas tentativas científicas de rever estes pontos de vista em profundidade e, assim, o maior problema com este tipo de teorias reside na dificuldade de operacionalização dos construtos que se usam para postular o raciocínio teórico de base. Até que haja algum consenso, o teste empírico das hipóteses psicodinâmicas mantém-se impossível, e na sua ausência, a sua utilidade na compreensão destes e de outros fenómenos do comportamento humano sobressai como estando seriamente afectado.

Em síntese, o que parece sobressair é uma dificuldade na organização dos níveis progressivos de organização semântica, desde o nível referencial ao de sentido (Nelson, 1985), ficando assim as primeiras organizações, "viscosamente" ligadas aos estímulos/objectos referentes, mais ou menos "estabilizados"; esta organização parece que só dificilmente se desenvolve em níveis superiores, impossibilitando as operações de natureza conceptual, concretas ou abstractas, e desde logo, todos os "processos comunicacionais" não-verbais e/ou verbais, do próprio ou com os "outros".

A natureza e profundidade deste deficit determina a forma e expressão dos comportamentos típicos do autismo, com limites muito particulares a cada caso.

Ainda não há, infelizmente, uma teoria consistente sobre o funcionamento psicológico da pessoa com autismo, e por essa razão difícil se torna "explicar totalmente" certas realizações especiais e certos comportamentos. Existindo já muita literatura de investigação sobre o comportamento da pessoa com autismo, apesar de tudo, concebe-se e teoriza-se que certas competências e certos excessos se possam dever exactamente ao facto de não "processarem" convenientemente a informação, e, em consequência, esta ser quase directamente "armazenada", sem ser sujeita a um trabalho intermediário de "codificação" da informação de entrada, não sendo por isso, em nada "perturbada" ou "interferida" por esses mesmos processos mediatizadores. Dir-se-ia, de outro modo, que a pessoa com um funcionamento "normal", porque está mais capaz de trabalhar a informação recebida, organiza-a de modo diferente, correspondendo, por isso, essa organização, "menos" à cópia do real, e portanto, "memorizando com mais perturbações" esse mesmo real; por estas "razões", as pessoas com autismo de nível de funcionamento elevado, dariam como resposta, quase o "todo" que percebem, seja como "sequência", seja como estimulação directa tipo "percepto", e as menos dotadas e muito repetitivas, mesmo que sensorialmente, responderiam de modos moleculares e só muito parcialmente organizados num primeiro nível de significações.

AS CAUSAS

IDEIAS BÁSICAS SOBRE CAUSALIDADE OU QUESTÕES DE ETIOLOGIA

A temática da causalidade ou da etiologia é uma questão complexa, controversa e sempre incompleta, quando se entrecruzam aspectos de natureza biológica e psicológica. Pode ser útil, por isso, organizar a informação de modo a que apareça exposta em relação aos "tipos" de etiologias; assim, torna-se mais fácil compreender de um modo geral, e não exaustivamente, muita da informação que existe hoje.

No início dos anos 70, Hingtgen e Bryson (1972) organizaram as teorias da causalidade do autismo, em três tipos básicos: teorias não-orgânicas (ou experienciais); teorias orgânico-experienciais, e teorias orgânicas. Nas primeiras, quando os autores referem "experienciais", pretendem referir aquelas em que se enfatizam e destacam os factores psicológicos como determinantes do processo psicopatológico, processo este acontecendo como resultado das interacções do organismo com o meio-ambiente.

A maioria das teorias "não-orgânicas" eram e são de concepção psicodinâmica, e assumem que, ao longo da gestação e no início do seu nascimento, a criança é normal, pelo que atribuem o desenvolvimento dos seus comportamentos inadaptados, a uma "deficiência relacional" ou uma "deficiência" dos aspectos que nutrem o desenvolvimento psicológico, provinda dos pais, em particular a mãe, como figura central à construção de vínculos afectivos. Exemplo dessas podem ser as que são referidas no quadro seguinte:

EXEMPLO DE TEORIAS NÃO-ORGÂNICAS DO AUTISMO

Bettelheim (1955) A disponibilidade psicológica da mãe, para corresponder à troca social do seu filho, está em causa.

Bion (1955) O sofrimento em relação à realidade psíquica é exacerbado por esta.

Fraknoi e Ruttenger (1971) A estimulação inadequada da mãe conduz a tensão não aliviada, a um estado de equilíbrio "frio" entre as pulsões agressiva e libidinal.

Szurek (1973) Impulsos infantis não gratificados são reprimidos e então fundidos com raiva e ansiedade, pressionados para a descarga, unidos com mais tensão de repressão parental, e tornam-se desejos insaciáveis de um segundo narcisismo com um carácter humano dissociado.

Williams e Harper (1973) Privação sensorial em períodos críticos do desenvolvimento.

Ekstein e Friedman (1974) Mãe com pouca ou falha na força de envio.

King (1975) Atitude de dupla vinculação (double bind); calor relacional superficial combinados com rejeição e frieza severas, a partir da mãe, levam a criança a "querer" escapar.

Massie (1978) Evitamento activo do contacto pelo olhar e deficiente contacto físico para com a criança, a partir da mãe.

Foram propostas muitas versões desta "deficiência relacional" que podem hoje ser subdivididas em dois tipos:

- Aquelas cujos pais de crianças com autismo eram considerados como tendo certas psicopatologias quando comparados com outros grupos de pais.
- Aquelas cujos pais eram vistos como tendo tipos de personalidades excessivas (frios, coléricos, sem sentido de "si próprios"). Quer numa versão, quer noutra, a criança é vista desde o início como biologicamente normal, mas o processo de "identificação" foi bloqueado, relacionando-se este bloqueio, como se disse, à falha dos pais em dar uma estimulação e calor relacional óptimos, devido às

características das suas personalidades; quaisquer que fossem as práticas nas relações pais - filhos, eram tidas como causais, porque de um ponto de vista das teorias que as sustentavam, conduziriam pela deficiência hipotetizada (privação, pouca força de envio, práticas de alimentação e de comunicação deficitárias, etc., etc..) a uma "retirada" e "afastamento" social da criança, o que, por seu turno, levaria a uma falha na aquisição e prática de uma comunicação normal e falha em outras competências intelectuais e sociais.

Os teóricos "relacionais", portanto não-orgânicos, postulavam assim a existência de uma inteligência biológica normal, mas "impedida" de se desenvolver dentro da criança com autismo. No caso de vir a ser oferecida a relação "óptima", ou seja, a terapêutica eficaz, então a criança podia acelerar em desenvolvimento psicológico e eventualmente tomar-se normal ou até "acima" do normal em inteligência. Por esta razão, muitas intervenções terapêuticas têm, por detrás das suas concepções, a defesa desta perspectiva, e ao serem praticadas, apostam sobretudo em uma possibilidade da criança ser "desbloqueada" pela relação com um terapeuta, mais "exemplar" de um ponto de vista relacional que os seus progenitores, ou só um deles. Exemplo disso são as terapêuticas de inspiração psicanalítica chamadas de "terapia pelo jogo", "matemage" e muitas, muitas outras que seguem esta concepção, ou que nela se inspiram.

Os pais das crianças autistas foram, por esta razão, sujeitos voluntários de diversas investigações onde foram observados em categorias especificamente estudadas de comportamentos de interação social com crianças. Percebeu-se que manifestavam práticas de cuidados relacionais similares às dos pais de crianças biologicamente deficientes, e às dos pais de crianças normais. O que pareceu sobressair foi uma mais elevada incidência de depressões reactivas, resultantes do facto de mães de autistas e de crianças com atrasos terem de lidar de um modo muito desgastante com muitos comportamentos desviantes das suas crianças.

Estes dados vieram a estabelecer-se com tanta expressão, que desde os anos setenta, têm sido infrequentes os artigos teóricos provindos das teorias não-organicistas, tendo mesmo havido já congressos internacionais sobre autismo onde não foram aceites comunicações com este tipo de formulações. Decisões deste tipo não são, no entanto, desejáveis de um ponto de vista científico e só o debate de ideias deve ser defensável.

As teorias designadas como "orgânico-experienciais" também se podem estudar sob duas divisões essenciais. Convém considerar então o quadro seguinte:

EXEMPLO DE TEORIAS ORGÂNICO-EXPERIÊNCIAIS DO AUTISMO

- Despert (1971)** A perturbação do processamento do conceito "eu-outro" conduz a uma resistência no desenvolvimento de contactos sociais.
- O'Moore (1972)** O autismo tende a desenvolver-se em crianças com impedimentos da linguagem, muito provavelmente causados por anóxia fetal, mais trauma psicológico.
- Miller (1974)** As evidencias de uma anormalidade cerebral são inconclusivas.
- A possível interferência numa organização subtil e inicial do comportamento do bebé recém-nascido leva a uma perturbação perceptiva devida a um desenvolvimento qui-nestésico, táctil e sensoriomotor inadequado.
- Tinbergen e Tinbergen(1976)** As causas são orgânicas e psicológicas. Alguns casos são causados mais por factores orgânicos, e outros mais por factores psicológicos (experienciais).

Em algumas destas teorias, a criança autista é vista como biologicamente deficiente, e os pais, não sendo "culpados", têm de dar um apoio relacional específico à sua criança "vulnerável". Em outras destas teorias, certas crianças são percebidas como tendo lesões orgânicas apenas, e nas restantes teorias podem ser biologicamente normais.

Por último descrevem-se as teorias "orgânicas puras", sendo que nestas, os pais eram vistos como contribuindo muito menos para a perturbação que afecta a criança, do que para aspectos do seu comportamento mais manifesto. A deficiência em si mesma é considerada basicamente a expressão de uma anormalidade biológica. Sendo tão diversas entre si, acabam por não facilitar um acordo quanto à espécie de disfunção biológica que a criança pode apresentar.

As evidências para as teorias organicistas são muito fortes, havendo diferenças significativas quanto ao maior número de gravidezes e de trabalhos de parto problemáticos, tornando-se também evidente que, as pessoas com autismo manifestam mais sinais de disfunções neuro-

lógicas durante toda a vida, como as perturbações de tipo convulsivo. Desde há uma dezena de anos que não é fácil hipotetizarem-se causas não orgânicas para o autismo. Está-se porém mais de acordo que muitos são os acontecimentos que podem lesionar o cérebro, e por essa razão, dar um quadro comportamentalmente idêntico ao do autismo, mas muito pouco se concorda nas áreas e zonas afectadas.

A possibilidade de uma neuroquímica anormal, como base dos problemas do autismo, tem sido uma das grandes áreas de investigação. O sistema serotoninérgico foi o que mais atenção concentrou dos investigadores; encontraram-se níveis mais elevados da serotonina periférica, nas amostras das populações de autistas, do que na população normal; no entanto, estas alterações podem ter pouco a ver com os deficits primários das pessoas com autismo, e muito mais com as questões relativas aos atrasos do desenvolvimento. Pessoas com autismo, de Q.I. normal, ou no limiar do valor normal, tinham valores de serotonina dentro da gama do normal; por outro lado, em si mesmo, estes valores mais elevados podem ser relacionáveis com as consequências de um menor e menos estabelecido desenvolvimento psicológico.

Não se tem encontrado uma anomalia bioquímica especificamente relacionável ao síndrome.
Um exemplo de algumas das teorias mais importantes nesta categoria são as discriminadas neste novo quadro:

EXEMPLO DE TEORIAS ORGÂNICAS DO AUTISMO

Hutt e Hutt (1970)	Sistema reticular activador conduz a um esforço reactivo para reduzir a entrada sensorial.
Frith; Hermelin (1971)	Desequilíbrio entre extracção de regras externas e regras internas, que interfere com a "troca" que o organismo faz com o meio.
Money, Bobrow e Clarke (1971)	Autoanticorpos para o sistema nervoso central.
Myklebust, Killen e Bannochie (1972)	Disfunção no hemisfério direito, com processamento não-verbal inadequado.
Bender (1973)	Descompensação precoce num indivíduo geneticamente vulnerável, devida a stress orgânico no útero durante o período perinatal.
Zarcone et al. (1973)	Baixas 5-RT no centro do sono dos movimentos REM resultam num estado de mistura de sonho-vigília.
Baltaxe e Simmons	Poderá estar disfuncional o hemisfério esquerdo(1975)O deficit subjacente não é especificamente linguístico, mas cognitivo.
DeMyer (1975)	Dificuldade profunda da linguagem pode ser a causa única em algumas crianças, mas não em outras que também podem ter uma dispraxia visuo-motora, levando aos problemas de comunicação verbal e não-verbal característicos.
Hauser, DeLong e Rosman(1975)	Doença assimétrica do lobo bi-lateral temporal com localização principal no hemisfério esquerdo.
Hertzig e Waiker (1975)	Deficiência de organização cerebral leva a uma perturbação do processamento de informação.
Simon (1975)	O autista é disprosódico e não pode obter o significado das entoações e das peculiaridades dos ênfases existentes no discurso. Localização pode ser no "colliculus" do tronco cerebral, o centro básico da atenção selectiva aos sons. Há uma variedade de causas (anóxia natal, toxinas na circulação, ou fenilcetonúria).

- Boucher (1976)** Impedimentos na linguagem são expressão das dificuldades cognitivas.
- Cohen, Caparulo e Shaywitz (1976)** Disfunção do tronco cerebral e do cérebro médio, envolvendo padrões catecolaminérgicos.
- Darby (1976)** A causa é devida a um número de doenças; os sintomas são devidos a um "padrão final comum".
- Ornitz e Ritvo (1976)** Processo neuro-patofisiológico afectando o ritmo de desenvolvimento, a integração sensorial, linguagem, cognição, inteligência, e a competência para se relacionar. A causa tanto é idiopática como de espécies de variadas doenças cerebrais conhecidas.
- Porges (1976)** Desequilíbrio em actividades autonómicas. Possíveis níveis anormais de serotonina no sistema nervoso central, Chess (1977). Consequência comportamental final de muitas diferentes causas e pode seguir-se a uma encefalite crónica viral. O estabelecimento nem sempre é antes dos trinta meses.
- Fish (1977)** Atraso pan-desenvolvimental é uma marca de um defeito neurointegrativo herdado.
- Churchill (1978)** Os deficits de linguagem são condição necessária e suficiente dos fenómenos comuns a todos os autistas. Outro tipo de perturbações podem responder às diferenças individuais.
- Damasio e Maurer(1978)** Uma variedade de agentes causa lesão no córtex mesolímbico, nos lobos meso-frontais e meso-temporais, no neostriatum, e nos grupos nucleares anterior e médio do tálamo.
- Hier et al. (1978)** Não há simples localização cerebral anormal. Lesões são consequência de diversas doenças.
- Rutter (1978)** Síndrome não específico de impedimento biológico, como explicação mais provável. Lesão bilateral.
- Coleman (1979)** Não é uma doença única (unitária). Localização possível no tálamo.
- Lovaas, Koegel e Schreibman(1979)** Sobreselectividade aos estímulos. O nível de desempenho é mais baixo e está relacionado com tendência a responderem a apenas um número limitado de sinais do meio.
- Prior (1979)** Disfunção no hemisfério esquerdo com algumas funções cognitivas e linguísticas "sobretalhadadas" por uma mediação hemisférica direita, relativamente mais forte.
- Wing (1979)** Deficit nas competências cognitivas.

Mesmo posteriormente às datas referidas nestes autores, têm surgido outros com teorizações sobre causalidade que, grosso modo, acompanham estes raciocínios já avançados, e acabam por especificar melhor, aspectos antes só superficialmente anunciados ou apenas geralmente indiciados.

Nos últimos anos têm adquirido um peso significativo, na área biológica, as teorizações do foro genético. Infelizmente, este tipo de concepções está particularmente dificultado devido a aspectos intrínsecos à natureza destas investigações, nomeadamente a necessidade de estudos de gémeos, para além dos já existentes nas últimas décadas, as dificuldades de recolha de dados, mercê de uma escassa informação familiar, a possibilidade potencial de um qualquer mecanismo genético ser de natureza multifactorial, ou seja, nos estudos genéticos, as comparações de gémeos idênticos e fraternos, sugerirem um possível mecanismo genético, que não envolveria um simples gene ou cromossoma mas teria de ser poligénico ou multifactorial; também não haveria, até hoje, evidência de algum mecanismo genético específico. Segundo outros autores, os estudos de gémeos e de familiares têm fornecido um suporte relativamente modesto para a hipótese da hereditariedade genética. Parece que esta hereditariedade não envolveria, mesmo assim, os aspectos totais do síndrome autista, mas apenas elementos relativos aos factores cognitivo-linguísticos. Pensa-se pois que, sem a continuação dos estudos genéticos com gémeos, a base para os raciocínios provindos destas investigações mantém-se seriamente enfraquecida, apesar da suposta evidência de correlações, e do número geralmente encontrado de cerca de três casos de indivíduos do sexo masculino, e um do sexo feminino, por cada grupo de quatro pessoas afectadas com autismo, além das agregações de comportamentos considerados como representativos do síndrome do autismo nestes estudos, poderem ser, alguns, postos em causa nos últimos dez anos (Volkmar,1992).

Como resultado da insuficiência dos dados das investigações marcadas por interpretações exclusivamente biológicas, e na linha de uma procura mais precisa, e portanto mais dirigida aos aspectos tipicamente em deficit nas pessoas com autismo, sobressaíram nos últimos anos as investigações de natureza psicológica. O seu grande objectivo é, para além de um cada vez maior conhecimento da fenomenologia da pessoa com autismo, fornecer com o maior rigor possível, à investigação médica, as pistas necessárias para que os procedimentos de procura nesses domínios se vão estabelecendo com base nos elementos patognómicos progressivamente detectados; pressupõe-se que, deste modo, toda a investigação centrada sobre o síndrome decorrerá mais rapidamente, tornando-se a procura mais "focalizada" e mais dirigida para uma interpretação etiológica exacta.

Pode dizer-se assim, que se atravessa uma época promissora. Nos últimos anos, fruto de teorizações cada vez mais assentes na manipulação de variáveis mais operacionalizáveis (Pereira, 1990), têm-se conseguido concluir deficits de natureza cognitiva e meta-cognitiva de um valor heurístico surpreendente, e que têm trazido à atenção dos investigadores os índices que se supõe mais perto de um provável deficit central no síndrome do autismo. Tais deficits foram por vezes circunscritos, nas fases iniciais dos anos setenta, como se disse, a estudos da relação com elementos do mundo físico e do mundo social, para nas décadas de oitenta e noventa se dirigirem mais aos funcionamentos psico-emocionais, havendo, segundo alguns autores, um ênfase em sub-factores de natureza cognitiva ou de natureza afectiva.

Desde os anos sessenta, até ao actual momento da investigação psicológica no decorrer da década de noventa, dois diferentes modelos de investigação, radicados em concepções científicas sobre o comportamento humano, procuram aprofundar com maior clareza os supostos elementos disfuncionais específicos nesta patologia. São eles o modelo operante provindo de Bijou & Baer (1961) nos Estados Unidos da América, e um modelo mais eclético, de processamento de informação, começado e desenvolvido por Hermelin (1976), em Inglaterra. De cariz comportamental e cognitivista respectivamente, deram possibilidades aos desenvolvimentos de certas investigações importantes como as que se verificam na figura 5.

Através deles é possível relacionar muitos dos aspectos investigados até hoje por um número infindável de peritos neste campo: desde o processamento específico de certos estímulos mais de natureza física ou mais de natureza social, como os trabalhos de Hermelin e O'Connor (1970), ao tipo de respostas a estimulações organizadas (Lovaas, 1979), até ao aprofundamento dos aspectos de natureza linguística e simbólica, como os da meta-representação (Frith, 1989), e ainda os da organização e interpretação de índices sócio-emocionais (Hobson, 1989), estabelecimento de vínculos e competências de atenção coordenada (Cohen, 1994). Os modelos referidos podem permitir um entrelaçamento em diversas áreas, facilitando, por consequência, um espaço de interpenetração, que tem falhado entre investigadores, mas que urge desenvolver o mais possível. Assim, e em função dessa possibilidade, começam a fazer-se sentir os primeiros resultados.

Depois da constatação de que os deficits linguísticos não podem ser os únicos responsáveis pelo comportamento bizarro das pessoas com autismo (Rutter, 1978; Hermelin, 1970), só no finais dos anos 80 e início da década de 90 (Leslie & Frith, 1988; Baron-Cohen et al. 1989) se coloca a noção de uma dificuldade particular no desenvolvimento de uma "teoria da mente", ou seja, a competência para representar estados mentais, tais como crenças, desejos, intenções, etc. (Baron-Cohen, 1992). Mais actualizado e relacionável com esta matéria, é de destacar o trabalho pioneiro no campo, feito por Uta Frith (1989), com a "teoria da coerência central". Nele, os indivíduos com autismo são tidos como manifestando um impedimento específico na extracção do significado contextual, diferente daquele que perturba as pessoas com as perturbações semântica e pragmáticas. Segundo esta autora, há um desenvolvimento e preferência pelo processamento de informação local, versus global.

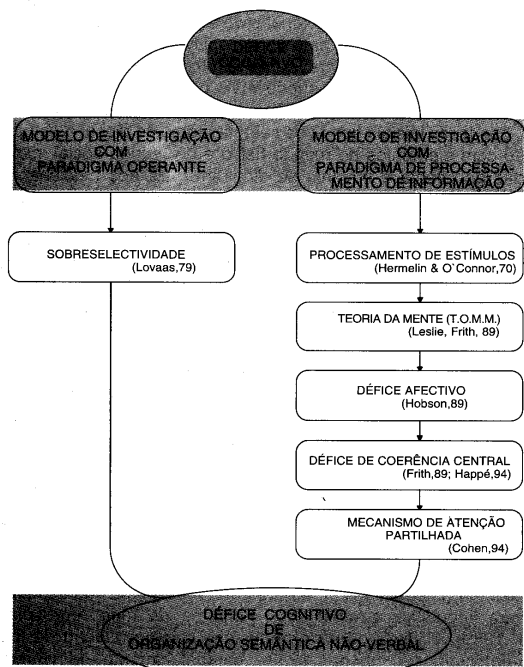


FIG. 5
MODELOS DE INVESTIGAÇÃO

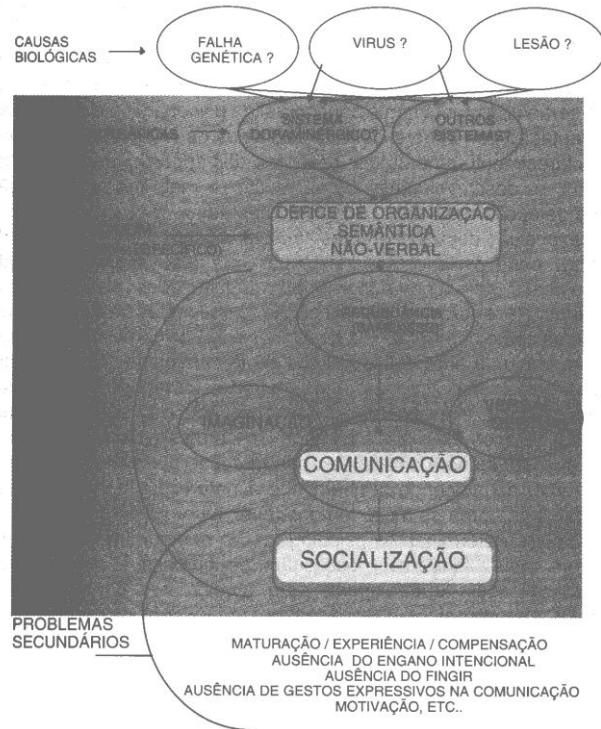


FIG. 6
 RELAÇÃO CAUSAS/PERTURBAÇÃO/DÉFICE/COMPORTAMENTOS
 (ADAPTADO DE HAPPÉ,1994)

As investigações de Frith e Happé (1994), indo mais além, começam a sugerir que este deficit de "coerência central" poderá ser o impedimento mais universal e mais persistente no autismo, podendo abrir o estatuto de uma compreensão suficientemente ampla de todo o conjunto complexo de comportamentos que caracterizam o autismo. Devido ao que se tornou possível até aqui aprofundar, os anos vindouros procurarão os aspectos particulares da organização cognitiva no autismo, tendentes à procura daquilo que posso designar por **"FALHA COGNITIVA DE ORGANIZAÇÃO SEMÂNTICA NÃO-VERBAL"**. A figura 6 resume de um modo compreensivo a relação entre todos estes diferentes momentos, aproximando-se, eventualmente, do que parece ser o quadro geral de referência do autismo no que respeita a causas, perturbação, deficits, comportamentos.

Obviamente que, a confirmarem-se num futuro estas concepções, elas terão variadas e diversas implicações, as mais importantes das quais serão no entendimento conceptual da psicopatologia do autismo, na adaptação das intervenções terapêuticas de natureza psicológica, no esclarecimento ainda muito nebuloso dos supostos sub-grupos de autismo, e, desejavelmente, numa melhor e mais precisa indicação para a detecção das áreas biológicas afectadas.

A exposição destas diferentes causas, orgânicas e psicológicas do autismo, pode facilmente fazer supor que elas são directamente responsáveis pelos comportamentos manifestados pelas pessoas afectadas. Realmente, tal não se passa, e hoje estes factores causais são vistos como determinantes biológicos e outros como mediacionais, que em conjunto com outros grupos de determinantes do comportamento, então sim, "causam" os diferentes comportamentos. Não restam dúvidas, e é por demais evidente, que o peso dos determinantes biológicos estabelece e impõe limites muito marcados em certas situações, como é o caso das perturbações pervasivas do desenvolvimento, acontecendo também que a natureza e consistência da sua

realidade, torna-se mais demonstrável, e por vezes até visível. Ao contrário, os determinantes psicológicos do comportamento, para se tornarem mais objectivos, necessitam de processos científicos de operacionalização, que exigem, para avanço nos conhecimentos, cuidados metodológicos muito acentuados devido à natureza do seu objecto de estudo.

Ainda, e sobre a temática da "causalidade", há claramente que distinguir entre "doença" em sentido lato, ou seja "perturbação", "anormalidade", e "comportamentos desadaptados", por excesso ou por defeito. Ambos os conceitos não são o mesmo e levam ao desencontro muitos tipos de considerações e afirmações de grande utilidade.

Na figura 7, tentam-se organizar de um modo simples, os vários factores de "causalidade", as perturbações e/ou deficiências, mais biológicas ou mais psicológicas, que determinam conjuntamente os comportamentos, a partir dos quais se identifica o autismo. Há assim um entroncamento de elementos em relação, e que de algum modo permitem melhor conceber as questões complexas da etiologia, ou etiologias do autismo; dependendo por vezes do ênfase ou de uma visão mais restringida, intencional ou não, dos diferentes autores, assim podemos ter "explicações" sobre os diferentes tipos de causas, o que inevitavelmente conduz a apreciações parcelares e/ou inadequadas e desde logo, incompletas.

Muitas vezes, o aprofundamento de apenas um grupo de causas considerado, provém de múltiplas fontes, mesmo dentro de uma certa linha de raciocínio, e é particularmente difícil conseguir-se efectuar uma síntese. Por outro lado, cada um dos grupos de determinantes ou de causas é muitas vezes, ainda, o corpo central de diferentes ciências, tornando-se a troca de ideias e a compreensão mútua, demasiado difícil.

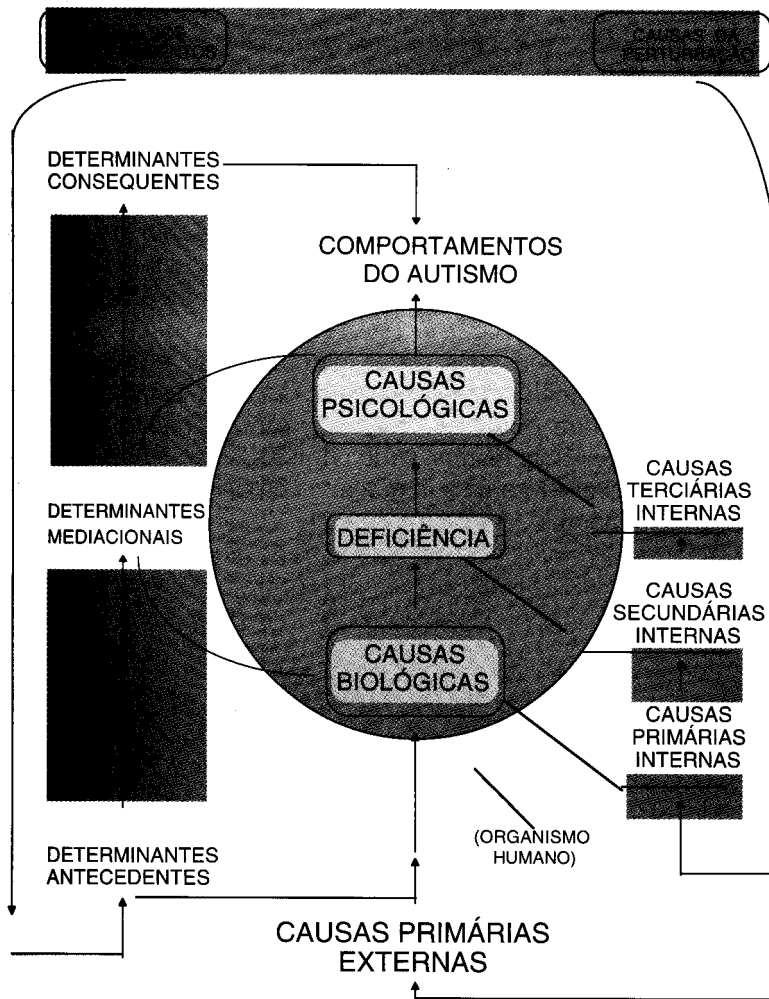


FIG. 7
(QUADRO /RESUMO DE ETIOLOGIAS)
FACTORES DE CAUSALIDADE BIO-PSICOLÓGICOS

Mesmo actualmente, não é fácil encontrarem-se exposições sobre questões etiológicas onde os autores façam destacar os diferentes níveis de análise; tal acontece pelas diferentes razões expostas, mas não pode ser considerado o modo que melhor traduz a análise dos elementos complexos em jogo.

Apenas um diálogo mais claro, interdisciplinar e intradisciplinar, devido à cada vez maior complexidade apreendida, estabelece pontos de transacção entre domínios, e só aí mais facilmente se poderão construir transdisciplinaridades. Urge por isso, como tantas vezes tem sido dito, desenvolver-se uma linguagem comum às ciências do comportamento humano.

DIAGNÓSTICO

A CLASSIFICAÇÃO COMO MODO DE COMPREENSÃO DO AUTISMO

A classificação é o modo de compreensão de muitos grupos de acontecimentos. Depois do reconhecimento de uma doença, os técnicos podem, por exemplo, prever o curso do seu desenvolvimento e recomendar um tratamento mais apropriado; em alguns casos poder-se-à mesmo tornar possível a prevenção.

Tal como nas doenças físicas, as perturbações do comportamento podem ser identificadas através de procedimentos de classificação, sendo que, cada pessoa portadora de uma perturbação, é ela própria um caso individual, com um único conjunto de problemas. Esta individualidade, especificidade, e as manifestações de comportamentos ou de sinais ambíguos nesse indivíduo particular, colocam os maiores problemas a qualquer sistema classificativo, apesar de todos os avanços já conseguidos no conhecimento dos problemas que afligem as pessoas.

Com um sistema de classificação como instrumento, pode-se usar um processo de identificação ou de diagnóstico, que facilitará a atribuição de categorias organizadas em grupos, e especificadas segundo certas regras (Sokal, 1974). Fazer tal, é em certa medida fazer "diagnóstico", termo que combina duas antigas palavras gregas, "dia", que significa "dois" ou "separação", e "gignoskein" que significa por sua vez, "conhecer" ou "perceber". Literalmente, o diagnóstico significa distinguir ou diferenciar (Kendall, 1975), ou, como comentou Achenbach (1974), refere-se a "reduzir a incerteza".

Diagnosticar uma perturbação do comportamento é então o processo de usar um sistema de classificação que relacione os aspectos comportamentos considerados, ou sinais, com um conjunto de definições, regras e critérios. Não é, no entanto, a pessoa que é diagnosticada pelo processo de classificação; apenas se classifica ou diagnostica a perturbação comportamental (Rutter, 1965). Idealmente poder-se-iam então estudar factos quanto à etiologia, prognóstico, e respostas a diversos tipos de tratamento; na maioria das perturbações, este sentido ideal ainda não pode ser totalmente viável, e no caso que nos interessa, a sua aplicação ao comportamento infantil é de origem recente, sendo ainda muito criticado pelas suas imperfeições (Hallahan e Kauffman, 1986; Hobbs, 1975).

O primeiro sistema de classificação com alguma validade clínica, tanto de um ponto de vista médico como psicológico, foi desenvolvido para as perturbações adultas por Emil Kraepelin em 1899. Hoje em dia usam-se três grandes sistemas de classificação, embora estejam mais divulgados apenas um ou outro: Sistemas de Classificação Estatísticos, Sistemas de Classificação Médica; Sistemas de Classificação Comportamental.

No sistema de classificação estatístico adoptam-se diversos métodos sofisticados, em especial os de análise factorial; ganharam popularidade por serem derivados da experiência empírica das pessoas, pais e professores, e são relativamente fáceis de aplicar por se basearem em "check-lists" comportamentais, permitindo um acordo elevado entre observadores. No sistema de classificação médico usam-se métodos baseados na noção que o comportamento anormal é causado por um problema orgânico subjacente, lesão cerebral, desequilíbrio químico, anomalia genética, infecção, etc.. Tem sido útil para muitas perturbações, sendo exemplo disso o diagnóstico da sífilis, onde se pode observar que as espiroquetas entram para o sistema nervoso central, causando certa paralisia (paresis); exemplo igualmente claro foi o da doença neurológica progressiva de Huntington, psicose acompanhada de perda de controle muscular de base genética.

Muito embora se façam esforços intensos para desenvolver instrumentos de diagnóstico biológicos novos, como a tomografia computadorizada, e outros, os investigadores não têm sido capazes de identificar causas fisiológicas para a vasta maioria das perturbações comportamentais. Muitas das classificações baseadas no modelo médico não obtiveram evidências biológicas para as suas definições de perturbação do comportamento.

Finalmente, o sistema de classificação comportamental situa-se em contraste directo com o modelo médico na sua concepção. Aqui, o ênfase é que as "respostas" ou comportamentos são interpretados como amostragens daquilo que as pessoas fazem em situações particulares, reais do que "sinais" do que as pessoas têm (Nelson, 1983). Para a questão de como os comportamentos são adquiridos e mantidos, o clínico comportamental desenvolve uma "análise funcional do comportamento" (Bijou e Peterson, 1971), e tenta aí determinar que acontecimentos ambientais, do ambiente externo à pessoa e do seu ambiente interno, produzem o comportamento desviante. Este sistema de classificação comportamental também tem sido chamado "Sistema ABC" (A= antecedentes; B= comportamentos; C= consequentes). Por definição enfatiza a observação e a medição precisa do comportamento, classificando-o, em função de certos parâmetros (frequência, duração, intensidade), como "respostas de excesso", "deficit de respostas", ou "deficit de control de estímulos" (respostas correctas emitidas em meios inconvenientes).

Com esta estrutura conceptual de classificação, torna-se importante a descrição detalhada de cada comportamento, incluindo a sua topografia (Tyron, 1976).

O sistema de classificação comportamental está mais directamente ligado a uma estratégia de tratamento do que os sistemas de classificação alternativos. A sua fidelidade é geralmente muito boa, havendo menores possibilidades inferenciais. Preserva de um modo especial a individualidade da pessoa, já que descreve única e tipicamente o problema para cada caso; esta situação está em contraste directo com os outros sistemas que levam à categorização do indivíduo em "unidades de agrupamento pré-definidas".

Por ora, estão a dar-se progressivos avanços no sistema, mas ele complementa-se ainda, ocasionalmente, nos modelos de classificação antes descritos, utilizando-os como macro-critérios gerais ou de nível menos específico.

No que respeita ao autismo, a aplicação de um sistema de classificação diagnóstica, inequívoco e claro tem sido particularmente difícil já que têm evoluído ao longo dos anos, desde 1943, as mudanças de concepção sobre o síndrome. Muitas vezes, os conceitos diagnósticos foram simplesmente transportados a partir das perturbações psiquiátricas adultas, não sendo facilmente adaptáveis aos períodos iniciais do desenvolvimento psicológico que impõem ritmos e alterações próprias a serem consideradas. Exemplo desta situação é o do termo "esquizofrenia infantil" que foi utilizado para descrever todas as crianças psicóticas.

Só muitos anos mais tarde, em 1972, Rutter confirma o autismo como sendo, na verdade, uma perturbação absolutamente distinta, e em 1978 fornece um modelo importante para o diagnóstico, baseado nos seguintes grupos:

- Estabelecimento e manifestações comportamentais presentes até aos trinta meses, e depois;
- Desenvolvimento social e comunicativo perturbado, não apenas pelo atraso mental associado, mas por outros deficits;
- Resistência às mudanças;
- Movimentos estereotipados.

Também por esta altura apareceu outra definição categorial, a da National Society for Autistic Children de Inglaterra, que embora enfatizando um ou outro aspecto diferente, destacava comportamentos semelhantes nos principais domínios. A sua descrição não correspondia a uma visão exclusivamente técnica, e defendia interesses de natureza social que se vieram a mostrar muito importantes no reconhecimento oficial dos direitos das pessoas com autismo.

Antes do DSM - III (1980) - (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), o autismo não tinha atingido um estatuto de "diagnóstico oficial" no sistema americano, e foi durante a sua preparação que se sentiu a necessidade de o incluir, pela primeira vez, como categoria diagnóstica, dadas as evidências das constatações e validações clínicas do síndrome. Esta definição do DSM - III era conceptualmente muito semelhante à de Rutter, e propunha uma nova classe de perturbações, designadas de "Pervasivas do Desenvolvimento". Aqui passou a ser enquadrada diferencialmente deste modo:

AUTISMO INFANTIL

AUTISMO RESIDUAL

PERTURBAÇÃO PERVASIVA DO DESENVOLVIMENTO ATÍPICA

PERTURBAÇÃO PERVASIVA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE ESTABELECIMENTO PRECOCE

PERTURBAÇÃO PERVASIVA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE ESTABELECIMENTO PRECOCE, RESIDUAL

Neste agrupamento, podia ser basicamente caracterizado assim:

- comportamentos típicos manifestados até aos 30 meses pelo menos;
- disfunção social pervasiva;
- desenvolvimento da linguagem anormal; • respostas bizarras ao meio.

Por definição neste diagnóstico, os sujeitos não podiam assim, exibir autismo e esquizofrenia.

Com o decorrer do seu uso e aplicação, foram verificados alguns problemas com esta primeira sistematização oficial:

- A categorização não acompanhava as mudanças desenvolvimentais;
- Não era sensível a problemas na comunicação e só o era aos problemas da linguagem;
- Era discutível a inclusão de uma categoria nova designada "perturbação pervasiva do desenvolvimento infantil de estabelecimento precoce", por falta de validade, e por ser raramente utilizada;
- A categoria de "autismo atípico" era descrita de um modo muito vago, e permitia o encaixe fácil das perturbações não autistas;
- A noção de categoria "residual" para os adultos, não era satisfatória.

Por estas razões surge a necessidade de uma revisão no Manual de Classificação, que facilitou o aparecimento posterior do DSM - III (R) (1987). Nesta edição revista, são eliminadas a "perturbação pervasiva do desenvolvimento infantil", e o "autismo residual". Tenta-se igualmente alargar o critério de modo a ser mais abrangente, indo apanhar as diversas expressões do síndrome ao longo das etapas do desenvolvimento no espaço de vida; é retirada de vez a palavra "infantil".

Com estas reconsiderações, passam a considerar-se três categorias de âmbito mais lato quanto aos comportamentos: a disfunção social, as perturbações na comunicação e no jogo imaginativo, e os interesses e actividades circunscritas. Foi também retirado o critério dos trinta meses, bem como o critério de exclusão para a esquizofrenia. O resultado da confirmação final diagnóstica, em crianças ou adultos, passava por se destacarem oito itens no conjunto proposto, embora com distribuições específicas para cada grupo: dois para o do campo social, e um em cada um dos restantes.

Mesmo com estes renovados cuidados, foram de novo verificados alguns problemas: para se construir este mesmo critério, não tinha havido informação sobre quais os critérios antes usados, nos casos de autismo escolhidos para estudo; foi verificada a existência de um controle inapropriado de casos incluídos na amostra, sem autismo, que passaram por ser considerados, sem base num exame actualizado, mas antes em revisões dos seus comportamentos e condições. Ainda não era fácil de utilizar, podendo novamente fazer a inclusão de sujeitos não-autistas. Apesar de tudo, deve salientar-se que houve aspectos muito positivos nesta revisão, como o dar-se mais atenção ao plano desenvolvi mental, e permitir também uma melhor aplicação aos indivíduos com autismo de nível de funcionamento elevado.

Todos estes elementos conjugados, contribuindo para a mudança da definição, implicavam agora que o diagnóstico fosse feito com base num exame actual, independentemente do conhecimento da história anterior da pessoa (Volkmar, 1992).

Investigações iniciais sugerem que este alargamento resultou num maior número de falsos "casos positivos" (Volkmar, 1992). Num estudo realizado por Volkmar, em 1988, mostrou-se que o DSM - III (R) tinha uma sensibilidade aceitável, mas uma especificidade baixa, com taxas elevadas de falsos positivos. Ao contrário, o DSM - III tinha menor sensibilidade, mas uma especificidade mais elevada. Estudos posteriores apontaram índices semelhantes: o conceito de autismo mostrava estar a ser alargado com as taxas elevadas de falsos casos positivos, ou seja, haveria uma fiabilidade elevada (tanto maior quando dois diagnosticadores diferentes, com uma informação similar, chegam ao mesmo diagnóstico conclusivo, ou quando um mesmo diagnosticador demonstra um grau elevado de constância no tempo, quanto a um diagnóstico inicial), e uma menor validade, considerada a propriedade mais importante de um diagnóstico (demonstração de que as perturbações diferem tanto em termos da sua fenomenologia, como das causas, evolução e tratamento). Esta situação tornou-se preocupante na medida em que perturba e complica comparações entre estudos que usem diferentes critérios diagnósticos (Factor et al., 1989; Hertzog et al., 1990; Siegel et al., 1989).

Além destes manuais, existem também publicados o ICD (International Classification of Diseases) da Organização Mundial de Saúde, e o CFTMEA (1988) (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfance et de l'Adolescent). No penúltimo, o ICD - 9 (1975), o autismo aparece na secção das "psicoses específicas da infância", conjuntamente com a psicose desintegrativa, a esquizofrenia infantil, e outras. Ora, porque é um manual da Organização Mundial de Saúde, as suas mudanças acontecem menos frequentemente, apoiando-se num trabalho de longa colaboração.

Este manual existe em duas versões, uma para uso clínico e outra para investigação. No actualmente disponível, o ICD-10, e portanto mais actualizado, há nele muitas diferenças se comparado com o DSM

III - R; inclui outras perturbações pervasivas do desenvolvimento para o diagnóstico diferencial, situação que é defensável quando se pretende aprofundar as diferenças de um modo significativo, e estudá-las enquanto entidades clinicamente distintas:

AUTISMO

AUTISMO ATÍPICO

SÍNDROMA DE RETT

SÍNDROMA DE ASPERGER

PERTURBAÇÕES DESINTEGRATIVAS DA INFÂNCIA (Perda de atitudes depois de um desenvolvimento normal)

A validade destas categorias "não-autistas" mantém-se de certo modo controversa, e a própria definição de autismo é restrigente, baseando-se em uma maior informação histórica.

Quanto ao manual de classificação francês, enfatiza mais o uso de "entidades categoriais", ao contrário do que acontecia nos anos setenta. Esta parece ser a única vantagem, e não é fácil salientar outras (Fombonne, 1994). Segundo o CFTMEA, deve dar-se prioridade a quatro classes de perturbações: psicoses, neuroses, perturbações da personalidade e perturbações reactivas, em detrimento de outras como o atraso mental, as perturbações específicas do desenvolvimento, as desordens somatoformes, etc. Ora, esta indiferenciação torna possível que certas patologias como a perturbação do desenvolvimento da linguagem, ou perturbações de base nutricional, recebam diagnósticos de tipo "neurose", salvo se há outras anomalias (Fombonne, 1994).

Dentro das categorias das psicoses onde o autismo foi incluído, podem destacar-se:

AUTISMO

AUTISMO ATÍPICO

PSICOSES DEFICITÁRIAS DESARMONIAS

PSICÓTICAS ESQUIZOFRENIAS INFANTIS

ESQUIZOFRENIAS DA ADOLESCÊNCIA

PSICOSES MANÍACO-DEPRESSIVAS

PSICOSES AGUDAS

OUTRAS CATEGORIAS RESIDUAIS

Como se verifica, nesta classificação mantém-se a insistência de que o autismo é uma psicose, contrariamente ao DSM e ao ICD, ou seja, agrupam-se sob o mesmo título, "psicose", grupos de perturbações muito heterogéneos.

O termo "psicose" parece ser realmente de questionar quando aplicado ao autismo, já que, inspirado que está nas perturbações psiquiátricas adultas, implica a noção de uma clara perda de contacto com a realidade, numa pessoa habitualmente normal, num período pré-mórbido. Convenha-se que a utilização desta terminologia para jovens crianças, que não se desenvolveram convenientemente desde o início das suas vidas, torna-se então, de certo modo falacioso (Fombonne, 1994).

Finalmente, a descrição feita do autismo no manual é pobre, aproximando-se nas suas limitações à inicialmente descrita por Kanner, onde, portanto, estão omissos os conceitos mais modernos. Mesmo o termo de "psicose deficitária" pretende referir-se a sujeitos atrasados mentais com sintomas concomitantes psicóticos mal definidos, como alterações sociais e da comunicação de espécies diferentes. Não ajuda a discriminar entre estes e uma pessoa afectada de autismo e com um atraso mental grave.

O mesmo sucede com o termo "desarmonia psicótica", mais vago ainda, e introduzindo uma interpretação pessoal demasiado forte. Não há estudos de fiabilidade nesta categoria (Fombonne, 1994).

Por todas estas razões, a situação em relação ao diagnóstico do autismo é preocupante (Volkmar, 1992). Havendo sistemas que diferem tanto em aspectos que exactamente devem ser considerados os mais importantes, seja pela diversificação de consequências que influenciam, seja pelo tipo e qualidade de informação que colhem, a questão torna-se deveras inconveniente, quando de facto não há equívocos sobre a validade de um síndrome como entidade clínica, médica ou psicológica, e quando há mesmo um forte acordo estabelecido na definição dos seus aspectos centrais.

Estas diferenças inter-critérios tornam pois difícil a comparação de resultados de estudos, nas já de si pequenas amostras ditas "típicas", se não impossibilita concluir algo com rigor.

Devido a estas preocupações avançou-se na elaboração do DSM IV, exposto resumidamente no quadro seguinte.

Há aí a intenção de discriminar com um maior cuidado a perturbação desintegrativa da infância (Doença de Heller). Embora o DSM III - R seja mais desenvolvido mental, isso levou a uma menor especificidade que é agora melhor controlada; defende-se novamente o critério de haver uma data no que respeita ao estabelecimento dos sintomas; enfatiza-se o desenvolvimento da história pessoal.

Por último, admite-se o autismo em associação com a esquizofrenia, por haver uma taxa de casos de esquizofrenia associados com autismo, ainda que com valores idênticos aos da população. Nos estudos preliminares, verificou-se haver a continuação de um maior número de rapazes face às raparigas, uma maior sensibilidade e uma maior especificidade.

AUTISMO
(299.0-PERTURBAÇÃO DO AUTISMO)
(CLASSIFICAÇÃO DSM-IV)

1. É considerado um total de seis pontos ou mais, nos itens 1.1,1.2 e 1.3 (com pelo menos dois pontos da categoria 1.1, e um das categorias 1.2 e 1.3):

1.1 - IMPEDIMENTOS QUALITATIVOS ACENTUADOS DA INTERACÇÃO SOCIAL, MANIFESTADOS POR, PELO MENOS, DOIS DOS SEGUINTE ITENS:

1.1.1 - No uso de diversos comportamentos não verbais (fixação visual, expressão facial, postura corporal e gestos reguladores da interacção social);

1.1.2 - No desenvolvimento de relações sociais com parceiros, adequadas ao nível de desenvolvimento;

1.1.3 - Na expressão de prazer relativa à felicidade dos outros;

1.1.4 - Na reciprocidade social e emocional.

1.2 - IMPEDIMENTOS QUALITATIVOS DA COMUNICAÇÃO, MANIFESTADOS POR, PELO MENOS, UM DOS SEGUINTE ITENS:

1.2.1 - Atraso ou não aquisição da linguagem falada (não compensada através de outros modos de comunicação alternativos como a mímica ou a gestual);

1.2.2 - Na capacidade de iniciar ou de manter uma conversação, em pessoas com linguagem adequada;

1.2.3- Uso repetitivo e estereotipado da linguagem ou uso de linguagem idiossincrática;

1.2.4 - Falha no jogo social imitativo e de "faz de conta", adequados ao nível desenvolvi mental.

1.3 - PADRÕES DE COMPORTAMENTO, INTERESSES E ACTIVIDADES REPETITIVOS, RESTRITOS E ESTEREOTIPADOS, MANIFESTADOS POR, PELO MENOS, UM DOS SEGUINTE ITENS:

1.3.1 - Um ou mais padrões de interesse restritos e estereotipados, anormais tanto na intensidade, como no objectivo;

1.3.2 - Aderência aparentemente compulsiva a rituais ou a comportamentos não funcionais;

1.3.3- Maneirismos motores repetitivos e estereotipados (movimentos parciais ou globais, simples ou complexos);

1.3.4- Persistente preocupação com partes de objectos.

2. Atraso ou funcionamento anormal em, pelo menos, uma das seguintes áreas, com início anterior ao terceiro ano de vida:

2.1 - INTERACÇÃO SOCIAL

2.2 - LINGUAGEM TAL COMO É USADA NA COMUNICAÇÃO SOCIAL

2.3 - JOGO IMAGINATIVO OU SIMBÓLICO

3. A perturbação descrita não é melhor integrada na PERTURBAÇÃO DE RETT, ou na PERTURBAÇÃO DESINTEGRATIVA DA INFÂNCIA. (NOTA: Deve ser diagnosticado diferencialmente às PPDNEO (Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento Não Especificadas de Outro Modo), que incluem o AUTISMO ATÍPICO, e também deve prever a possibilidade de fazer discriminação diferencial com a PERTURBAÇÃO DE ASPERGER como categoria diagnóstica susceptível de ser integrada.

Diferentemente de todos estes sistemas de classificação, embora usando-os complementarmente, no Sistema de Classificação Comportamental, como se disse, o diagnóstico pressupõe a avaliação de conjuntos de comportamentos específicos a cada pessoa, porque são manifestados em função de uma história de aprendizagens, progressivamente acontecida ao longo da vida de cada ser, história que pressupõe toda a individualidade que caracteriza esse ser no conjunto de circunstâncias altamente específicas a que ele esteve e está sujeito.

Estando a avaliação e classificação destes comportamentos organizada em estreita relação com o acto de intervir, serve este mesmo sistema de diagnóstico psicológico para responder à questão, "onde intervir?". É assim fundamental decidir "o que observar?" Se se tiverem agrupado comportamentos, ou em deficit, ou em excesso, e, no primeiro grupo, sequências de comportamentos que permitem a aquisição de outros mais complexos, teremos um instrumento de avaliação/diagnóstico psicológico que situa o terapeuta em relação à questão antes formulada de onde intervir. O que se pretenderá então é estabelecer um padrão de registo do estatuto com que se manifestam ou não os comportamentos identificados.

Naturalmente que, para um melhor processo de classificação comportamental, os observadores que o estarão a praticar, deverão ter uma experiência adequada da especificidade dos métodos de observação, registo e avaliação, disponíveis tradicionalmente, na bibliografia comportamental dessa especialidade.

OS EFEITOS DA CLASSIFICAÇÃO

Os efeitos de uma classificação fazem sentir-se de outros modos, e por vezes inconvenientemente. Embora a designação diagnóstica e a categorização comportamental sejam o produto final para a maioria dos processos de classificação, esta acção deve, em princípio, reduzir as incertezas e permitir o início de investigações e tratamentos para as pessoas afectadas, crianças, adolescentes ou adultos. Muitas das vezes porém, acaba afectando adversamente as percepções dos outros sobre as potencialidades da pessoa com problemas (Hobbs, 1975 a); Jones, 1972; Mercer, 1975).

Por exemplo, podem-lhes ser negadas facilidades de emprego, oportunidades de integração social; podem-lhes ser atribuídas incompetências tais, que provocam a desesperança das suas possíveis, embora parciais, recuperações. Ainda, em alguns casos, as próprias pessoas "etiquetadas" podem desinvestir das suas evoluções pessoais, cujas dificuldades atribuirão mais facilmente às lesões ou perturbações com que são discriminadas ou referenciadas.

Em qualquer destes exemplos as pessoas estão a reagir mais à designação propriamente dita, do que às características das pessoas, assumindo que os "rótulos diagnósticos" descrevem com precisão as particularidades de cada um. Por este processo, as crianças podem ser "despersonalizadas" (Blashfield & Draguns, 1976 b), e certas qualidades especiais e individualidade das suas personalidades podem ser perdidas mais facilmente e até ignoradas.

Uma das outras grandes consequências básicas da designação diagnóstica é a "profecia auto-realizável"; aqui, o comportamento da pessoa com perturbação é, no fundo, moldado, embora inconscientemente, de maneira a conformar-se ao próprio rótulo em alguns casos. Um técnico ou pai pode, tanto consciente como inconscientemente, ESPERAR que a pessoa se comporte de acordo com o rótulo que foi . dado, e a pessoa pode comportar-se mais consistentemente com isso, por reforço diferencial. De facto, as expectativas mantidas por um professor ou pai, sejam correctas ou incorrectas, moldam antecipadamente os comportamentos da pessoa; por exemplo, os pais e técnicos podem estar alerta para comportamentos desviantes ou anti-sociais, se a criança é designada de "autista"; conseqüentemente, podem ralhar e punir a criança mais do que o habitual, prestando uma particular atenção aos seus comportamentos indesejáveis, e IGNORANDO os comportamentos mais adaptados. A situação, se repetida de modo a estruturar-se, leva a que a criança se possa comportar mais antisocialmente do que antes.

Esta "profecia auto-realizável" pode também estar relacionada com uma menor aprendizagem que os adultos fizeram e fazem, de "ver" para além do rótulo da criança. Há investigação psicológica que suporta esta afirmação, mas remete-se o leitor para os estudos de Rosenthal e Jacobson, 1968.

As etiquetagens, regra geral, enfatizam os deficits comportamentais e os comportamentos "negativos"; RARAMENTE evidenciam os comportamentos positivos. Esta focagem negativa afecta as expectativas dos professores, educadores e pais, face às competências da criança. Os próprios pais podem, por outro lado, desenvolver um sentido contrário ao rigor que se pretende, ou seja, fazendo aparentar a sua criança como "menos deficiente"; isto leva-os, por vezes, a darem-se melhor com os clínicos que oferecem um diagnóstico menos "pesado"; por exemplo, "autismo" pode ser um termo mais socialmente aceitável do que "atrasado mental", e não é estranha a situação de pais que, apesar de serem informados que os seus filhos têm certo tipo de problema, continuam preferindo o uso do termo que menor conotação social impõe, situação psicologicamente compreensível, mas cientificamente incorrecta.

Fique-se porém com a ideia que as categorizações são necessárias, quer para fins clínicos, quer para investigações e para o tratamento das pessoas a que dizem respeito; devem, pois,

ser continuados os esforços de desenvolvimento de procedimentos de classificação que minimizem os maus efeitos da etiquetagem, e maximizem o rigor da descrição. Como se disse antes, estão a ser concebidos modelos de classificação novos, que tentam evitar mais estes processos inferenciais.

CARACTERIZAÇÃO

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE O AUTISMO

Sendo o autismo um síndrome raro, inicialmente não foi fácil reunir dados sobre epidemiologia. Conforme os diversos técnicos foram podendo comparar a incidência do autismo com a população normal, apareceram, desde os anos sessenta e setenta, três estudos de escala-larga, que foram conduzidos nos Estados Unidos da América (Wisconsin), na Inglaterra e na Dinamarca.

Apesar de não terem apontado para valores rigorosamente iguais, e tendo havido algumas variações nos resultados, a inexactidão pode ser explicada exactamente pelas diferentes amostras e métodos de estudo. Na generalidade, os estudos confirmaram que o autismo é uma condição rara dos "0" aos "15" anos, variando os valores, de estudos para estudos, dentro dos seguintes limites:

AUTISMOS

0,7 a 20

NORMAIS

10 000

Segundo Wing, as crianças que mostram todos os comportamentos inicialmente descritos por Kanner são relativamente raras, com estimativas que rondam os 2 a 4 casos por cada 10 000 crianças. Para esta autora, é admissível este número ser alargado já que, ..."o autismo típico penetra em outras condições, sem uma linha de delimitação clara. A prevalência então para todas as crianças com impedimentos sociais, incluindo o autismo típico, está na gama dos 15 a 20 por cada 10 000" (Wing, 1987).

Como é claro de se ver, o tipo de critério usado afecta os valores de prevalência, podendo influenciar algumas conclusões de investigações. O número habitualmente referido de 4 a 5 por cada 10 000 casos, refere-se exclusivamente aos dados do estudo de Lotter em 1966, 1967.

CLASSE SOCIAL

Contrariamente aos elementos avançados por Kanner, nos estudos ingleses, não foram encontradas nenhuma tendência de classe social, nem entre os pais das crianças com autismos típicos, nem entre as restantes com autismos atípicos, quando comparados com o total da população, ou com os pais de crianças com atrasos severos nas interações sociais.

Não parece então haver suporte algum, para a noção avançada por Kanner de que as crianças com autismo tinham pais com níveis académicos mais elevados, ou melhores ocupações profissionais (Wing, 1987). Uma das razões mais fortes que poderia ter levado Leo Kanner a esta afirmação, seria a de ter referido dados sobre os grupos de crianças que vira, solicitado pelos pais, e como "consulta externa". Estas crianças viriam de todo o país, e, presumivelmente, por serem pessoas de um grupo restrito e com maiores disponibilidades, encontravam-se números mais altos de pessoas com ocupações profissionais e níveis educacionais académicos elevados.

Schopler et al. (1979) e Tsai et al. (1982) fizeram uma revisão dos estudos das classes sociais dos pais de crianças com autismo. Como referiu o segundo autor e colaboradores, ficou clara a noção de que os estudos até aos anos de 1970 indicavam a tendência de uma mais alta classe social, e todos os restantes estudos posteriores não confirmaram essa tendência. Esta situação veio questionar ainda mais a suposição existente de "Pais de níveis elevados", e colocar nela sérias reservas.

PROPORÇÃO ENTRE SEXOS

Na literatura internacional, todos os autores reportam uma maior prevalência entre rapazes, variando os valores entre 2 para 1, ou 4 para 1. O famoso estudo de Camberwell, (Wing, 1981), resultou num valor global de 2,6 para 1. Apreciava-se aqui o grupo todo de pessoas afectadas, incluindo aquelas com autismos atípicos. Quando se estudou o grupo típico, a proporção foi muito maior, de 16 para 1, aspecto que pode ser devido ao "valor relativo", susceptível de ser encontrado num grupo muito pequeno.

Tem sido igualmente notado por muitos outros autores (Lotter, 1966; Tsai et al., 1981; Lord et al., 1982), um excesso significativo de rapazes entre as crianças autistas, com níveis de inteligência mais elevados, aspecto que torna muito difícil qualquer explicação não-orgânica, indiciando, por outro lado, alguma influência de natureza genética ligada aos aspectos sexuais.

ATRASO MENTAL

O "atraso mental" está muito associado ao quadro clínico do autismo. A maioria das crianças com autismo apresenta quocientes de inteligência na gama dos 20 aos 49, mesmo quando os psicometristas usam testes que dependem pouco de aspectos de natureza verbal e semântica, ou abstracta, e fazem depender as suas avaliações de competências eminentemente visuo-espaciais.

Parece ser útil apontar, que no estudo de Camberwell foi evidenciada uma associação clara entre o quociente de inteligência, (QI), e a severidade de expressões comportamentais de natureza social. As crianças que eram mais ensimesmadas e menos interactivas, de um ponto de vista social, parecendo completamente distantes do mundo, aspecto que Kanner considerou ser o marco mais distintivo deste síndrome, eram as que demonstravam os níveis mais elevados de atraso mental. Veja-se a propósito uma adaptação dos dados do estudo de Camberwell.

QUOCIENTES DE INTELIGÊNCIA DAS CRIANÇAS DO ESTUDO DE CAMBERWELL

	Autismo típico (n=17)	Com perturbações sociais (n=73)	Com total impedimento (n=90)
Q1 (0 /19):	6%	49%	41%
Q1 (20/49):	65%	26%	41%
Q1 (50/69):	24%	9%	14%
QI (70/ >):	6%	2%	3%
TOTAL:	100%	100%	100%

(0/19) =Atraso profundo; (20/49) =Atraso severo; (50/69) =Atraso ligeiro; {70 >} =Normal

(adaptado de Wing, 1988)

Qualquer que seja a definição diagnóstica do autismo, ou o grau rigoroso do critério em uso, muitos autores têm referido uma relação entre o autismo e o atraso mental, tais como Lotter (1966), Lockyer & Rutter (1969), Kolvin et al (1971), DeMyer et al (1974) e DeMyer (1976). Igualmente tem sido referida a persistência destes deficits, em diversos estudos de seguimento (Rutter, 1970; De Myer et al. 1973).

EPILEPSIA

A epilepsia é uma manifestação de disfunção ou lesão cerebral que, segundo vários autores, parece ser comum em pessoas, crianças ou adultos, com perturbações do desenvolvimento social (Rutter, 1970; Deykin & MacMahon, 1979).

No estudo de Camberwell, cerca de 48% do total das pessoas com autismo que participaram, tiveram pelo menos uma crise, desde os seus nascimentos até às idades de seguimento, que oscilavam dos 16 aos 31 anos (Wing, 1988). No grupo de pessoas com atrasos severos, e portanto com impedimentos de um ponto de vista das relações sociais, mas não-autistas, a proporção foi de 21%. Como o grupo de investigação incluía um espectro de autismo típico e não típico, estudos finais revelaram que, nas crianças tipicamente autistas, o

valor era de 29% para aquelas que tinham tido pelo menos uma crise até à idade do seguimento.

Parece assim acontecer, corroborando as expectativas, que quanto mais severo e profundo é o atraso, tanto mais elevado é o número de pessoas com focos epilépticos: menos de um quarto, para os de quociente de inteligência à volta dos 50 ou superior, e mais de metade, para aqueles cujos quocientes estavam abaixo desse valor. Esta constatação sublinha novamente uma forte componente orgânica como causalidade para o autismo.

DEFICITS PERCEPTIVOS NO AUTISMO

Conhecem-se desde há muito tempo, na literatura científica, referências sobre respostas pouco normais às estimulações sensoriais, nas pessoas com autismo. Este tipo de comportamentos parece estar

mais frequentemente relacionado com a estimulação auditiva, mas ocorre também com diversos tipos de estimulações visuais.

Alguns investigadores vêm sugerindo, no que respeita ao desenvolvimento normal, uma mudança gradual da dominância dos receptores proximais para os receptores distais; isto poderia assim colocar como hipótese algum atraso específico do desenvolvimento que, por qualquer razão causal, acontecesse às pessoas com autismo, e que, então, se expressariam desse modo; no entanto, sabe-se hoje de experiências recentes apontando para uma resposta selectiva a estimulações visuais e auditivas, manifestada por bebés quase logo após o nascimento, o que de algum modo contraria a defesa dessa posição. É possível assim perceberem-se orientações onde se defende uma dominância dos sentidos, e outras que colocam mais ênfase na integração das diferentes estimulações provenientes das mais diversas fontes.

As experiências feitas, já desde os anos setenta, com crianças autistas, demonstraram que a fixação selectiva de estimulações visuais era semelhante às do grupo de crianças normais. Ambos os grupos que foram testados olhavam, por exemplo, mais tempo para uma côr do que para o negro, para um fundo que fosse listrado do que se fosse simplesmente acinzentado, e para uma apresentação estruturada, ou seja, com alguma organização dos estímulos visuais, do que se esses mesmos estímulos estivessem dispostos ao acaso. Contudo, as crianças com autismo fixaram todos os estímulos durante um período significativamente mais curto, fazendo-o também com apoio ou reforço de menos olhares comparativos do que as crianças normais (Hermelin & O'Connor, 1970).

Igualmente, quando nas investigações se usaram processos de aprendizagem desenvolvendo respostas discriminativas operantes, as crianças autistas necessitaram de mais tentativas para aprender discriminações de forma e de posição (orientação), do que de discriminações de luminosidade ou de tamanho, isto, naturalmente, quando comparadas com o grupo de controle de pessoas normais. Estas diferenças, segundo todos os dados conhecidos, não parecem acontecer nas crianças normais.

Nas investigações sobre a estrutura hierárquica da dominância sensorial, em experiências que usam uma apresentação bimodal simultânea, tanto as crianças com autismo, como as atrasadas ou as normais, responderam mais vezes à estimulação luminosa visual, do que a um som como estimulação auditiva, ou a um movimento levemente induzido, estimulação táctil. Enquanto que as crianças normais e as atrasadas respondiam mais vezes ao som do que às movimentações passivas, a inversa era verdadeira para os sujeitos autistas.

Os resultados conseguidos podem assim indicar que, a percepção das diferenças da natureza dos estímulos parece acontecer de um modo relativamente funcional nas crianças autistas; por outro lado, a atenção dirigida aos estímulos visuais não é mantida, são feitas menos comparações entre estímulos e, talvez, ..."o processamento e utilização dos dados quando apresentados visualmente, é deficiente" (Hermelin & O'Connor, 1970). Os autores parece quererem dizer que, apesar de haver uma competência discriminativa suficientemente conseguida, quando se avalia a organização e uso que se pode fazer desta organização, a partir de estimulações de natureza visual, ela resulta deficitária, quando comparada com os grupos de controle. Isto dá suporte à hipótese que liga a já observada preferência das pessoas com autismo para os receptores proximais, tacto, olfacto, etc., a uma tendência para processar e fazer mais facilmente uso da informação a partir de movimentos activos ou induzidos, ou o que é o mesmo, dependem mais da actividade perceptiva do que da análise perceptiva.

Por outro lado, como se expôs no capítulo sobre a definição conceptual primária, esta deficiente organização pode estar relacionada com a falha de organização semântica não-verbal, o que, estando sob investigação, a ser provado, abre novas perspectivas de entendimento do deficit em si mesmo.

DEFICITS DE MEDIATIZAÇÃO E VERBAIS

De um vasto conjunto de experiências conduzidas sobre esta temática, pode dizer-se que, enquanto que todas as crianças autistas foram incapazes de aprender uma tarefa de seriação, as crianças com linguagem foram melhores nas tarefas de discriminação de memória visual do que as que não tinham discurso. A descodificação, análise dos dados de entrada, e a associação, processamento, estava particularmente afectado pelo canal auditivo-vocal, mas menos deficiente no canal visuo-motor. Os processos de codificação (saída de dados) estavam marcadamente inadequados em todas as modalidades testadas.

Os dados de diversas investigações indicaram também uma disponibilidade da memória auditiva intacta; lembravam-se pelo menos tão bem de palavras arranjadas aleatoriamente como os grupos de normais ou de débeis; contudo, os desempenhos de memória melhoravam drasticamente para os grupos de controle, quando, em vez de

palavras, se usavam frases. Ainda, em outras experiências, enquanto que as crianças normais se lembravam sempre melhor de frases do que de não-frases, independentemente da sua posição sequencial, isto não acontecia para o grupo das crianças autistas. Assim, embora a disponibilidade da memória auditiva-verbal não esteja prejudicada nas crianças com autismo, o processo de se lembrarem parece depender de um registo de memória de tipo "eco", ou seja, de resposta directa não tratada, a uma estimulação e entrada. Os processos de codificação e de categorização estão deficientes, e as estimulações que fazem "sentido" são apenas ligeiramente melhor lembradas do que as de tipo "não-sentido". Estes resultados indicam uma ausência relativa de uma análise semântica assim como de uma análise sintáctica, o que vem novamente ao encontro da formulação que se vem fazendo sobre uma organização semântica não-verbal, disfuncional. Contrastando com estes aspectos, encontram-se dados indicativos de que, ênfases fonológicos, em certa medida, podem ser lembrados, pois os resultados das investigações deram valores tão idênticos nos controles, como nas pessoas com autismo. Esta possibilidade das respostas, relativas ao que se designa de memória, dependerem muito das qualidades físicas dos estímulos verbais, neste caso, é confirmada em experiências nas quais as crianças autistas não fazem diferentes respostas de orientação a palavras, como o fazem a certos ruídos. Eram mais afectados pela intensidade do que pela qualidade da estimulação auditiva. Encontraram-se, assim, impedimentos severos nos aspectos linguísticos da gramática ou da semântica, mas respostas normais aos componentes fonológicos.

RESPONSIVIDADE SOCIAL NAS PESSOAS COM AUTISMO

Têm sido várias as tentativas de se associar o comportamento das crianças com autismo, com estados de sobre-excitação. Certas teorias avançam mesmo que os seus comportamentos se devem a uma tentativa de controlar e reduzir um estado crónico de excitação elevado, limitando assim a entrada sensorial. Estudos de investigações psicológicas demonstraram que as crianças autistas têm uma maior quantidade de comportamentos independentes de estimulação externa, do que os grupos de comparação. Estes movimentos motores, aparentemente aleatórios, não afectaram os níveis das respostas aos estímulos específicos, níveis que se aproximavam dos de controle.

Apesar de responderem às estimulações tanto como o faziam os controles, eles faziam-no durante um período mais curto, embora com tempos de fixação entre estímulos apresentados simultaneamente, similares às das outras crianças.

A hipótese da preferência para o "sameness", termo introduzido na literatura para designar o conjunto de respostas idêntico e pouco diversificado face a situações objecto/estímulo, típico das pessoas com autismo como defesa da hiper-excitação, recebe pouco suporte a partir da relação entre estes resultados das investigações.

Embora a atenção aos estímulos esteja no seu todo menos disponível nas crianças autistas, elas deram relativamente mais respostas às pessoas, do que a outros estímulos, e olharam durante mais tempo para uma figura mostrando uma face, do que para outros dispositivos visuais. Os resultados sugerem que as crianças autistas não têm, no que respeita a imagens de pessoas ou a pessoas mesmo, impedimentos específicos, comparando esses comportamentos com o comportamento em relação aos objectos.

CONCLUSÕES

A associação do autismo com o atraso mental está hoje claramente demonstrada, e os números referidos por Lotter (1967), não deixando margens para dúvidas, não parecem ser já necessários de questionar. Qualquer que seja a origem da perturbação, o nível de inteligência não parece melhorar com a idade, situando-se em muitos casos nos valores atribuídos aos atrasos severos ou ligeiros.

Quando se consideram muitas das investigações feitas, e que trazem aparentemente dados sobre facetas da fenomenologia das pessoas com autismo, é importante ter-se em conta, quer as diferenças desenvolvimentais quantitativas, quer as diferenças de desvio qualitativas. Factores desenvolvi mentais podem ser responsáveis pelas diferenças encontradas, e a própria dificuldade das crianças autistas para imitarem deve ser estudada em termos de níveis de desenvolvimento cognitivo.

Assim, o menor número de vezes de inspecções visuais, a ordem hierárquica supostamente diferente das entradas sensoriais, e a aparente maior utilização de índices motores, levam a considerar menos provável a hipótese desenvolvimental. Há hoje em dia já uma evidência considerável de dados a opôr-se à ideia de que o tacto precede a visão no desenvolvimento normal; a incompetência relativa das

crianças com autismo, em fazerem um uso adequado dos índices visuais, pode ser mais uma questão de desvio do que estar relacionada com aspectos do desenvolvimento. O mesmo se coloca quanto à apreciação de estruturas verbais, sintáticas e semânticas.

Sobressaem deste modo funcionamentos peculiares que, pode dizer-se, definem de um ponto de vista clínico, médico e psicológico a pessoa com autismo. Os dois principais grupos de comportamentos, descritos por Kanner como isolamento e redundância, devem ser olhados como essenciais para o diagnóstico do autismo. Para além desta dificuldade de estabelecimento de formas adequadas de relações sociais, e da dificuldade de suportarem as alterações impostas pelas variações do meio, o deficit mais claramente indiscutível é a ausência ou a anormalidade do discurso. Os comportamentos ritualistas e estereotipados são usualmente encontrados, e o tipo de responsividade às várias estimulações, em especial as de natureza auditiva verbal, deve ser considerado anormal. O atraso cognitivo, com variação no grau de severidade, está presente, sendo igualmente notório um repertório restrito de comportamentos e uma incompetência para o jogo.

Em síntese, desde Hermelin e O'Connor (1970), distinguíam-se as seguintes características:

1. A criança autista apresenta um isolamento específico às outras pessoas. Respondem menos frequentemente e durante um período mais curto a uma enorme gama de estimulações, incluindo-se nestas as de natureza social ou quase;
2. A curta inspeção visual demonstrada pelas crianças autistas é acompanhada por uma relativamente rápida adaptação à luz, a nível cortical. Há pois uma evidência clara que as crianças atendem à estimulação visual durante um período mais curto que as outras crianças;
3. As crianças autistas diferem em relação à estimulação auditiva face às crianças normais. Sómente as crianças autistas mostraram um efeito mais prolongado de som contínuo nos registos de EEG, e quando a estimulação auditiva implica aspectos de natureza semântica, o resultado é mais pobre que o das restantes crianças;
4. Em tarefas de discriminação visuo-motora, as crianças autistas parecem apoiar-se mais nos índices específicos das respostas motoras. Com a presença destes índices, muitas das tarefas podem ser completadas e na sua ausência não conseguem concretizá-las de um modo tão facilitado;
5. A memória auditiva imediata das crianças testadas pareceu ser melhor do que a dos grupos de controle. Contudo, para esses grupos, esta capacidade melhorava claramente quando era apresentado material com relações de significado e sintáticas. As diferenças eram menores quando os materiais eram apresentados pictoricamente em vez de verbalmente. Esta constatação corrobora a noção que o material visual, porque "permanece" de um modo mais estável, parece ser mais susceptível de ser organizado de uma maneira funcional.

INTERVENÇÃO

VISÃO GERAL SOBRE MODELOS DE INTERVENÇÃO

INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS

Tem sido muito variada a gama de modelos de intervenção e de terapias que são aplicadas às pessoas com autismo. De entre esses, o grande ênfase, desde os anos setenta até aos anos noventa, é o de usar métodos psico-educacionais com base em variadas teorias da psicologia da aprendizagem, mas sobretudo as teorias da aprendizagem vicariante, e operante. Convém no entanto descrever, ainda que de uma maneira sintetizada, os eixos básicos das diferentes intervenções, fazendo, nesta ou naquela, alguma especificação considerada conveniente.

Em 1992, Pfeiffer e Nelson, do Institute of Clinical Training and Research, conduziram uma investigação onde colocavam várias questões a peritos no autismo e nas quais se destacava a seguinte: "Quais considera serem os dados de investigação mais significativos e os modelos de tratamento com sucesso?". Os participantes, para serem considerados peritos elegíveis para este estudo, teriam, ou de ter publicado um ou mais artigos e serem em um deles pelo menos autor principal, ou ter publicado um livro sobre autismo, tudo depois de 1985. O estudo incluiu dezoito estados dos Estados Unidos da América e cinco países de fora.

A investigação encontra-se publicada no Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 22, N.º-1 (1992), e o resultado foi o seguinte quanto aos dois aspectos contidos nessa questão:

MODELOS DE TRATAMENTO COM SUCESSO

Categoria Geral	Frequência	Percentagem
Comportamental	24	32,4
Família	12	16,2
Educação	11	14,9
Comunidade	7	9,5
Linguagem e comunicação	6	8,1
Drogas e medicina	5	6,8
Outras	9	12,2

n=74

ÁREAS DE PROGRESSO NA INVESTIGAÇÃO

Categoria Geral	Frequência	Percentagem
Genética e biológica	35	35,7
Psicológica	23	23,5
Neurológica	14	14,3
Comunidade e família	8	8,2
Educacional	8	8,2
Bioquímica e neuroquímica	5	5,1
Diagnóstico	5	5,1

n=98

Estes resultados apontam claramente para o actual estatuto das terapias e concepções comportamentais no autismo, pelo que, sendo vastíssima a literatura nessa matéria, de seguida, apenas se dá uma visão geral deste modelo.

Este tipo de terapia tem sido comparado a uma "intervenção relacional", e está baseado na teoria da aprendizagem. O comportamento da criança é visto como uma resposta às situações de estimulação externas, estas mais facilmente detectáveis, e internas, nem sempre manipuláveis. O tratamento é orientado para a aprendizagem de novos comportamentos, progressivamente mais adaptativos para a criança, assim como para a diminuição de excessos comportamentais, comportamentos que, como se sabe são frequentes e que seria desejável a criança não expressar tanto ou tão intensamente.

São, regra geral, seguidos os seguintes passos neste género de terapia: (1) o terapeuta comportamental tem de, primeiro, definir claramente quais os comportamentos a modificar, quer os deficitários quer os excessivos; (2) Uma "análise funcional do comportamento" procurará identificar quais os factores (estímulos) responsáveis pelo estatuto desses comportamentos; (3) É estabelecido um plano de intervenção, que passa pela escolha das técnicas de intervenção mais adequadas para o caso particular de uma dada pessoa, tendo em conta os condicionais específicos das suas aprendizagens; (4) Tenta-se tornar mais gerais, os comportamentos reaprendidos a partir do estabelecimento das acções antes descritas, prevendo-se assim a co-participação das pessoas mais significativas da vida da criança, adolescente ou adulto com autismo.

Em claro contraste com o modelo médico, talvez a sua maior importância para o tratamento de pessoas com autismo seja os pressupostos que dizem respeito à natureza deste tratamento; a terapia não é vista numa perspectiva curativa, pois que a concepção do problema do autismo e a intervenção não são baseados no postulado de uma alegada causa eminentemente interna, mas em termos dos deficits e excessos actuais da criança. A questão da causalidade, abordada já em capítulo anterior, pressupõe o organismo como causa mediata e não imediata para o comportamento, razão porque se enfatizam as outras restantes variáveis que o influenciam, os determinantes antecedentes, mediacionais e consequentes (vide figura 1). O tratamento é assim visto como um processo de estabelecimento ou reestabelecimento de novos comportamentos, progressivamente e mais complexamente organizados. Dentro dos modelos comportamentais, são concebidos para poder ensinar à criança os padrões necessários à sua participação na comunidade natural, padrões comportamentais estes que são também desejáveis a uma melhor realização dos seus potenciais intelectuais e emocionais.

Por outro lado, um número considerável de técnicos ainda sente que, apesar da criança autista ser deficiente desde praticamente o início do seu nascimento, além disso, o meio pode não fornecer muito do que a criança realmente precisa. Se as terapias comportamentais tentam exactamente suprir esse meio envolvente de acontecimentos com certas regras e processos

mais adequados para "fortalecer" os complexos grupos de comportamentos da criança, também outros modelos, com esse mesmo fim, recorrem a diferentes pressupostos. Estão nessa linha todas as intervenções de natureza psicanalítica. Embora como autor deste livro não subscreva em todos os seus aspectos as orientações teóricas psicanalíticas, obrigo-me a referenciá-las por terem sido os instrumentos técnicos inicialmente disponíveis para o tratamento do autismo.

Provavelmente, a característica mais marcante dessas perspectivas é a noção que a pessoa com autismo se retira de um mundo rejeitante e frustrante, podendo opor-se-lhe com ira e violência também. Aqui, a criança ou adulto autista "não quer" relacionar-se com outros e, escondidos por detrás desta fachada de um vazio desconcertante, estão a ira e a renúncia contra os que com ela se relacionam, ou alguém em especial. O ênfase da terapia é uma mudança completa do meio envolvente, e de uma maneira individualizada. Em alguns centros onde é praticada esta intervenção, as crianças ficam internadas, com técnicos disponíveis numa base assídua e constante, tentando desse modo garantir à criança um mundo mais permissivo através das actividades de jogo propostas. O pressuposto é que logo que a criança desista do seu ensimesmamento, estará destruindo os seus anteriores mecanismos protectores, e outros novos podem ser trabalhados, seguindo-se a melhoria em outras áreas.

Outras terapias ainda, que se fundamentam também num modelo psicológico mas de concepção médica, levam igualmente ao uso de ambientes estruturados, pois partem da noção básica de um desenvolvimento insuficiente do ego da pessoa com autismo. Em alguns deles, os comportamentos estereotipados das crianças são interrompidos, e a zanga e ansiedade resultante destas interrupções é dirigida ao terapeuta, que promove então um jogo construtivo em diversos domínios. Como fundamento, a criança deve ser desviada de um beco sem fim, no seu nível comportamental de funcionamento do ego, para poder, progressivamente, construir relações objectais mais apropriadas à sua idade.

Apesar de um número de investigadores referir resultados favoráveis nestes modelos, outros investigadores, que reveram a literatura geral nesta área, foram bem mais críticos, sentindo que estas tentativas de produção de "insights" não provaram ser eficazes na generalidade (Rutter, 1967; Bartak e Rutter, 1971).

Outrora, as primeiras intervenções com crianças com autismo tinham como pressuposto a já referida causalidade psico-social para a perturbação. Não admira que, passados que estão muitos anos já de prática clínica e de investigação sobre este surpreendente síndrome, somente algumas pessoas defendam hoje, como concepção e orientação terapêutica, essas ideias.

INTERVENÇÕES MÉDICAS

Esta classe de intervenções pode ser dividida em dois grupos; num deles, os agentes químicos são usados para melhorar a condição

geral dos funcionamentos metabólicos e celulares das pessoas com autismo; no outro, a droga química é usada como medida de intervenção terapêutica, que tem por objectivo alterar certas expressões comportamentais, mais cobertas ou mais abertas.

Em 1973, Linus Pauling sugeriu que um dos meios terapêuticos mais adequados para os clientes psiquiátricos seria o que designou por terapia ortomolecular, definida como o tratamento de uma doença mental, suprimindo a mente (cérebro) do meio molecular óptimo, através da melhor concentração de substâncias presentes no corpo humano. Era assim pressuposto que certas reacções moleculares poderiam estar anormais. Algumas destas substâncias essenciais são certas vitaminas - o complexo B (B1, B3, B6 e B12), biotina, ácido

fólico, ácido ascórbico, etc., assim como aminoácidos essenciais e ácidos gordos. Foi nesta base que se teorizou a necessidade de grandes doses de vitaminas, por vezes necessárias para mudar as taxas de reacção das enzimas, e que se recomendou a terapia de megavitaminas para certos problemas mentais.

No caso das pessoas com autismo, foi advogado o uso de vitaminas solúveis em água.

Inicialmente, alguns dos resultados da aplicação destes químicos pareceram relativamente positivos, mas infelizmente a investigação nesta área é inconclusiva (Rimland et al., 1978). Pode dizer-se, apesar de não haver dados muito elucidativos, que a terapia por vitaminas tem um valor apenas potencial, sendo necessária futura investigação, embora se possa admitir que, para certas condições, ela possa ser entendida como facilitadora.

Uma das teorias de anormalidade do autismo postula que a perturbação está relacionada com níveis anormais do neurotransmissor serotonina. Na generalidade, esta é uma área com muitos problemas metodológicos, mas como realmente foram encontrados níveis elevados de serotonina nas amostras de sangue de crianças com autismo, os investigadores pensaram que a sua diminuição poderia resultar em melhorias clínicas gerais. A L-dopa é uma substância que existe naturalmente no corpo e um dos seus efeitos é o de diminuir a serotonina cerebral (Paluszny, 1979). Quando este químico foi usado num pequeno número de crianças com autismo, diminuíram de facto os níveis de serotonina no sangue, mas clinicamente não foram encontradas melhoras significativas nos seus comportamentos, em particular aqueles que caracterizavam em termos diagnósticos o autismo (Ritvo et al., 1971). Num outro estudo, de Campbell (1973), teria havido uma melhoria dos contactos sociais, mas os resultados não apontaram uma evidência suficientemente esclarecedora.

Nenhumas destas intervenções se tornaram terapêuticas que tenham provado significativamente e devem, por isso, ser consideradas experimentais. No entanto, por vezes, um medicamento, depois de ser aplicado, pode resultar inadequado e até inconveniente, levando a que, mesmo com alguns benefícios, os danos possam ser mais marcados do que, realmente, os ganhos previstos inicialmente; esta situação leva a olhar, infelizmente com muita reserva, para medicações onde possa estar acontecendo essa inversão de resultados.

No que respeita às terapias químicas sintomáticas, elas devem ser vistas como coadjuvantes de um processo terapêutico, e não como uma intervenção terapêutica em si mesma. De facto, o uso de medicação, em especial com crianças, onde se está ainda desenvolvendo o próprio organismo, e muitas vezes porque não podem comunicar o desconforto e as alterações físicas sentidas como efeito dessa medicação, de que são exemplos a secura da boca ou o enjoo, merece sempre cuidados especiais. Como é sabido por todos os profissionais de saúde, as drogas que modificam a actividade motora, a ansiedade e a reactividade emocional, podem, em simultâneo, impedir o próprio de vivenciar na sua plenitude todo o vasto conjunto de estimulações internas e externas, camuflando índices importantes que os terapeutas e os pais necessitam saber, ou ainda mais, impondo muitas limitações às oportunidades de aprendizagem que a criança pode ter. Por outro lado, se usadas nas proporções e modos adequados, em certa medida e em certas situações, num equilíbrio que exige dos médicos uma atenção decisiva, podem tornar-se o suporte aceitável para prosseguir, ou iniciar terapêuticas de cariz psicológico desejáveis.

Uma "anulação" demasiado significativa dos "comportamentos indesejáveis" pode igualmente, e paradoxalmente, levar o meio social envolvente a desresponsabilizar o próprio paciente, pois "deixou de" evidenciar pelo menos alguns dos problemas antes expressos. No sentido de contrapor o enclausuramento e o isolamento das crianças com autismo, também têm sido tentados antidepressivos, mas os efeitos por vezes surgidos têm aparentemente sido piores do que as vantagens previstas (Campbell, et al. 1971). Com efeito, o uso, por exemplo, da imipramina com crianças autistas, parece ter potenciado os efeitos da serotonina, o que se manifestou clinicamente com um aumento de comportamentos psicóticos e de convulsões do tipo grande mal.

Também, um dos tranquilizantes major mais comumente utilizados com pessoas com autismo é o Melleril, que parece contribuir para uma diminuição dos comportamentos de natureza repetitiva (Paluszny, 1979). Apesar de haver muitas variações individuais nos resultados, este medicamento tem sido referido como potencialmente útil para permitir uma estabilização de comportamentos, que permita de novo o desenvolvimento de processos terapêuticos psicológicos.

Os problemas do foro convulsivo ocorrem muito frequentemente em crianças com autismo. As convulsões podem-se tornar mais evidentes quando a criança cresce e atinge a idade da adolescência, podendo, mesmo assim, estar manifestas desde bem cedo. São usados aqui anti-convulsivos, que os especialistas aplicam nas posologias mais convenientes a cada caso, parecendo os resultados ser bastante favoráveis.

Quaisquer que sejam as terapêuticas de natureza médica, elas têm sido sobretudo usadas em conjugação com as intervenções de natureza psicológica, e o balanço equilibrado de ambas, para muitas pessoas com autismo, pode ser a base mais conveniente para um processo de reabilitação. Outros casos há, em que poderá não ser aconselhável o uso de fármacos, sem que primeiro se tenha a experiência dos resultados possíveis com outras intervenções. A aplicação da quimioterapia ou farmacoterapia, de um modo isolado, já não é praticada hoje em dia, a não ser quando existe uma total impossibilidade de outros meios. Por essa razão, há variados centros de reabilitação que, regra geral, evitam a sua aplicação, investindo predominantemente nas intervenções de cariz psicológico, e sobretudo numa perspectiva preventiva, ou seja, de trabalho conjunto com as famílias, acompanhando-as desde um despiste tão cedo quanto possível. Os familiares podem mesmo, em certos casos, ser co-terapêutas.

GENERALIDADES SOBRE AS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

Independentemente do tipo de terapia ou terapias em aplicação, existe sempre implícita a questão do "quanto" pode uma pessoa com autismo evoluir.

Esta questão só pode ter uma resposta complexa, e mesmo assim impossível de prever com qualquer exactidão.

A evolução de uma pessoa com autismo estará, fundamentalmente em função de quatro diferentes vectores que se entrecruzam:

- Identificação precoce do síndrome
- Severidade e tipo de problema
- Tipo de tratamentos
- Coordenação e relação entre meios de suporte

Há assim desde logo uma multiplicidade de factores que, dir-se-ia, interagem facilitando ou dificultando um processo de intervenção terapêutica, qualquer que ele seja.

No primeiro conjunto de elementos, é bem sabida já a "plasticidade" que o próprio sistema nervoso oferece no geral, e sobretudo em fases iniciais do desenvolvimento infantil. Por outro lado, certos aspectos do desenvolvimento psicomotor são eles mesmo mais facilitados, quando existe uma adaptação do organismo ao meio, e/ou um meio suficientemente estimulante para fornecer e nutrir com qualidade, as estimulações, nas quais o próprio organismo se desenvolverá; exemplo, hoje classicamente sabido, é o das bainhas de mielina das células cerebrais, que se desenvolvem mais regular e convenientemente, quando existe o tipo de interacções organismo-meio adequadas.

É fácil considerar então, que uma detecção tardia de um problema de autismo poderá permitir que um qualquer processo reabilitador venha a acontecer num período já não tão adequado, e até ao qual aconteceram "cristalizações" inconvenientes de estruturas psico-orgânicas, e que são expressas comportamentalmente através de desadaptações acentuadas.

No segundo grupo de factores, pode considerar-se basicamente a diferença de gradação para o mesmo tipo de problema, como, eventualmente, diferentes tipos de problemas idênticos, ainda que com a mesma gradação. Estes factores impõem naturalmente limites, regra geral desconhecidos, a um processo reabilitador; realmente, será muito mais resistente à alteração, aquela pessoa que estruturalmente tiver um maior grau de afectação, e/ou, pode especular-se, cujo tipo de autismo provenha de uma causalidade que a tenha marcado de um modo estruturalmente profundo. Pode pensar-se no que respeita ao autismo e outras perturbações, que diferentes etiologias podem impôr diferentes limites à intervenção terapêutica, ou seja, é possível supôr que, um autismo de causalidade genética poderá ter infelizmente limites óbvios desconhecidos, mas que profunda e inequivocamente marcarão dificuldades estruturais, quase impossíveis de alterar. Ao contrário, ou talvez de um modo não tão definido de um ponto de vista "limites estruturais", um autismo de causalidade infecciosa, por exemplo, pode superar, admita-se, algumas áreas estruturais ou funções, pelo menos a certos níveis, ainda que continue com certas limitações para uma recuperação tão completa e geral quanto seria desejável. Estas variadas possibilidades comportam naturalmente algum peso para uma recuperação, a acontecerem.

Sabemos hoje também, para além do senso comum, que uma intervenção precoce, ou tão precoce quanto possível, tem influência determinante na evolução clínica do síndrome. Ora, se esta intervenção, embora tendo nos seus pressupostos a intenção implícita de ajudar "o melhor possível" a pessoa que dela beneficia, não pôde, ou não conseguiu tornar-se relativamente eficaz

em termos de resultados, ela, indirectamente, ou "por omissão", contribuiu para não fazer cata-
lizar todos os desenvolvimentos que se considerariam desejáveis. Assim, de um ponto de vista
epistemológico, e em termos de "provável utilidade", pode dizer-se que há formas ou modos de
terapia que são mais eficazes do que outros, existindo mesmo, como seria esperável,
investigações de comparação entre algumas intervenções que têm fundamentos completamente
diferentes. (Vide capítulo sobre a Intervenção). Tão cedo quanto possam ser aplicadas, tanto
melhor, desde que correcta e equilibradamente, como está implícito.

Finalmente, a coordenação e relação entre meios de suporte vai permitir que, para o próprio
beneficiário da intervenção, haja uma relação e um desenvolvimento no seio de um sistema
coerente de meios envolventes, e que, desejavelmente, oferecem o mais possível, materiais e
apoios convenientemente adequados.

O facto de as dificuldades sempre omnipresentes desses meios envolventes, familiares e
técnicos, chegarem a estabelecer acordos de cooperação, a ponto de servirem as próprias
crianças que acompanham, é um dos elementos que mais restrições impõe a um progresso
terapêutico considerável. Todos os esforços susceptíveis de facilitar essa aproximação
melhorarão em muito as possibilidades de sucesso, sobretudo das intervenções terapêuticas
psicológicas. Desnecessário se torna falar da desejável adequação de meios materiais e apoios
humanos, cuja inexistência ou qualidade inconveniente, em tudo prejudica os três aspectos
anteriores, mesmo quando possam estar a ser favoravelmente disponibilizados à pessoa com
autismo.

Não é estranho, face ao que se acabou de expôr, que muitas vezes as pessoas com autismo
acabem aprendendo a adaptar-se, com expressões significativas e surpreendentes, num certo
contexto, mais do que em outro, e isto pelo modo menos funcional com que se conseguiram
juntar, e que envolverá os meios de suporte ou as coordenações, ou seja, os aspectos
anteriormente destacadas.

Responsável pela ineficácia de alguns programas terapêuticos, pode ser também aquilo que
se designa por anti-pragmatismo ou utopia ideológica.

Muitos programas falham porque parecem basear-se apenas em "conjecturas" sobre os
problemas das pessoas com autismo; é como não repensar na análise mais conveniente e
extensa sobre os diferentes sistemas de influência e estruturas em jogo. Deste modo podem
omitir ou menosprezar nas suas análises, por exemplo, as crenças dos pais face aos métodos de
ensino das suas crianças; as crenças dos técnicos sobre o acto terapêutico em si; as estruturas e
divisões de tarefas e competências, quer nas famílias quer nos centros; os padrões de interacção
entre os familiares e os padrões de interacção entre hierarquias dentro da organização; a
extensão com que as famílias recebem suportes, quer dos familiares ou amigos, quer dos
serviços a que pertencem, em sentido lato.

Compreender estas teias de influência, pode levar a entender porque certos programas **NÃO**
SÃO EFICAZES, para além de poderem estar implícitos, igualmente, os próprios conteúdos dos
programas. Por exemplo, se programas educacionais/comportamentais não estão orientados
para encontrar os aspectos que são importantes para o desenvolvimento psicológico da pessoa
com autismo, e desde logo, para as suas famílias, ou seja, se um programa "perde tempo" em
esforços de ensino-aprendizagem, que não são objectivamente importantes para as pessoas que
deles beneficiam, isto pode causar sérios problemas, por arrastamento de acções menos
próprias, dificultando, ou até impedindo, os investimentos nas áreas que são
FUNCIONALMENTE IMPORTANTES.

Além do mais, esse tipo de falta acaba **QUASE SEMPRE** por provocar nos técnicos e pais, a
noção de que não conseguem ser suficientemente úteis, e determina em muito um modo
inconveniente de supor, especular e conceber "limites" a priori na pessoa com deficiência,
passando-se com redobrada facilidade a "não ver" aquilo que ela faz ou não faz, para se saltar
para aquilo que ela "tem" ou não "tem".

Para além destes factores já de si escondidos por entre todo o processo, pode teorizar-se
que existem um sem fim de entrelaçamentos destes, com outros aspectos de natureza mais

estrutural, e eventualmente mais difíceis de tornar evidentes. Eles parecem, contudo, impôr a um projecto de apoio às pessoas com autismo sérias reservas, quando, ou não são suficientemente equacionados, ou estão desorganizados a tal ponto que traduzem mais disfuncionalidades. Veja-se assim a figura 8. Pretende-se aí destacar três grandes áreas de outros factores tão influentes no processo de reabilitação, que se poderia dizer, serem apenas de um segundo nível, mas com o mesmo efeito bloqueador já citado.

A área negra contém, em relação às pessoas mais influentes no desenvolvimento da criança, adolescente ou adulto com autismo, ou seja, os pais ou familiares e os técnicos, os factores que influenciam de um modo directo a maneira como estas mesmas pessoas se envolvem no próprio processo de reabilitação.

No que respeita aos pais, ou família, nunca podem deixar de ser equacionados a fadiga, os problemas de organização familiar, os eventuais problemas do foro depressivo, sempre próximos, e as exigências que a situação de se verem de repente ligados à problemática da sua criança trouxe às suas vidas, através de um sentido de responsabilidade que os pode ter já penalizado de um modo desastroso; por outro lado, as reacções da sociedade às pessoas com deficiência, as dificuldades enormes que vão encontrando, a carência de apoios convenientes e de pessoas que ajudem acriticamente, leva-os quase inevitavelmente a um isolamento que se torna um modo de vida defensivo e predominante, com a inevitável inconveniência de um "corte social", difícil de contrariar.

Por tudo isto são pessoas com razões suficientes para serem demasiado sensíveis e vulneráveis, que acabam por transportar para as relações do dia a dia, muito desta total pressão, influenciando de modos marcados o seu próprio sentido de cooperação em tarefas conjuntas, como são as de um projecto onde lhes é pedido que, em certa medida, aceitem, o papel de "co-terapeutas".

Todas estas razões em conjunto não podem deixar de influenciar um processo de intervenção, qualquer que seja.

Em relação aos técnicos, nos seus diversos níveis, áreas e responsabilidades, escondida está a dupla vertente que os motiva a aderirem às suas carreiras e papéis que "têm" de desempenhar; por um lado, na **generalidade**, na área da saúde, não são suficientemente pagos para o tipo e natureza de exigências que lhes é pedida. Ter a responsabilidade sobre "o outro", obriga a um constante desgaste, sentido de **dever, e sobretudo**, ética de profissão, que não é suficientemente acarinhada pelas instâncias que os recebem; ao contrário, é habitualmente à custa de muitos esforços individuais, que alguns técnicos se dedicam a certas causas, sendo obrigados por vezes, talvez muitas vezes, a custearem os seus próprios esforços de investimento em nome do que defendem; mas mesmo para além destes aspectos, que se relacionariam com sistemas de incentivo ou de motivação extrínseca, é fundamental que as pessoas que trabalham em áreas onde as exigências humanas são tão elevadas, onde a frustração pode ser tão continuada e diária, onde o conseguir atingir resultados pode estar tão distante, é fundamental, dizia, que a resistência à frustração, a capacidade de adiamento da gratificação, e a adesão a causas de natureza humanística, assim como o perfilhar de uma atitude quase sempre encompassada com a "descentração" sobre os problemas dos outros, sejam os marcos essenciais das suas personalidades, o que, poderia **dizer-se**, se relacionaria então com uma motivação ou sistema de incentivo intrínseco.

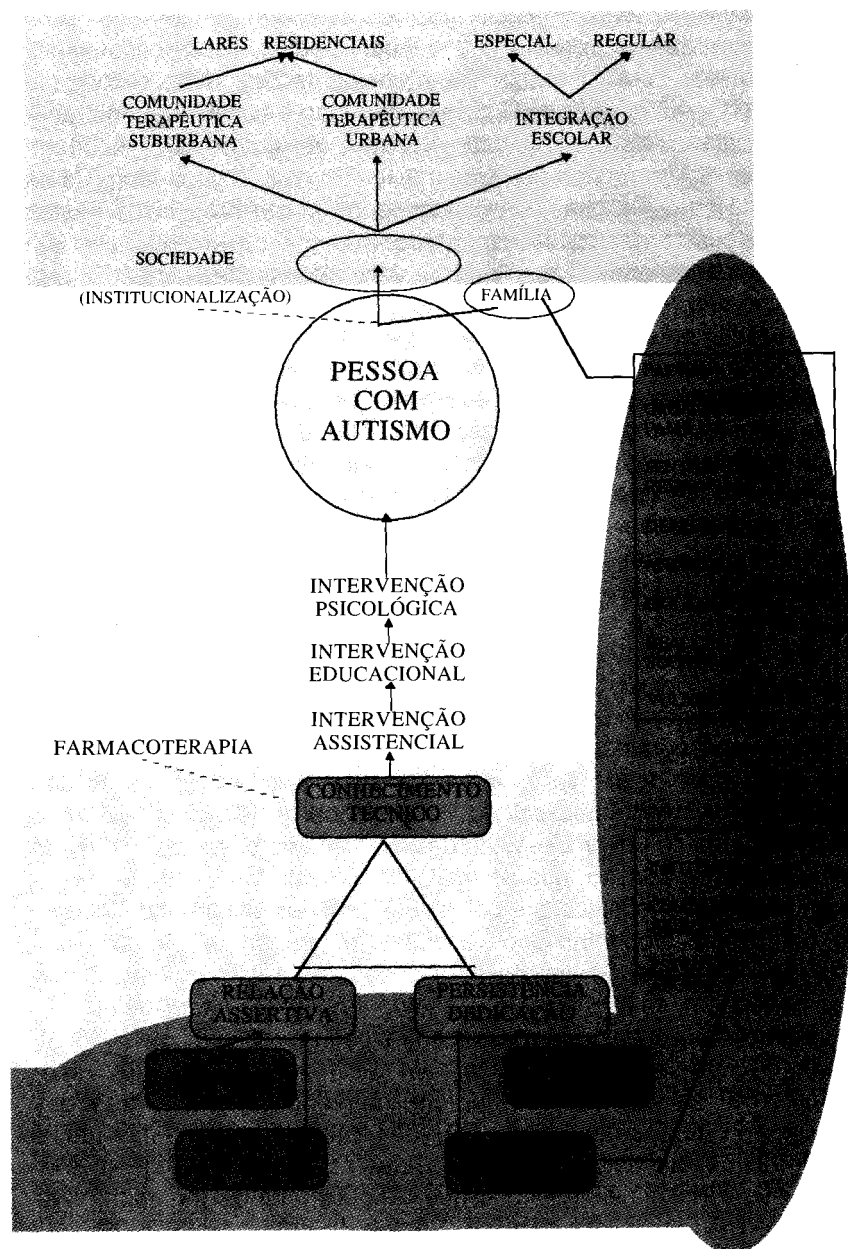


Fig. 8 – Factores influentes na Reabilitação

Por outro lado ainda, regra geral, as instituições onde os técnicos trabalham, ou porque são privadas sem fins lucrativos, ou porque tendo fins lucrativos dependem de estatutos orgânicos desfavoráveis, ou ambos os casos, ou ainda porque pertencem e estão na tutela do Estado, não garantem, desde logo, sistemas de incentivo e de protecção ao desenvolvimento pessoal dos seus quadros técnicos, ajudando inadvertidamente um processo de desinvestimento pessoal, ou criando um sistema de adesão, que só muito dificilmente vai, aqui ou ali, ganhando pessoas técnicas que pelos seus próprios sistemas de incentivo, extrínsecos e/ou intrínsecos, acabam "integrando-se" em tais organizações. Uma grande maioria de

técnicos saíria das organizações a que pertencem, se lhes fossem dadas oportunidades alternativas.

Pareceria que bastariam estes entraves para compôr mais globalmente o rol de dificuldades que se vêm descrevendo; no entanto, imediatamente por detrás das próprias intervenções, por detrás dos aspectos influentes nas pessoas à volta daquela que é deficiente, e por detrás dos aspectos organizativos destacados, pode também considerar-se o desejável equilíbrio que a figura tenta representar, relacionando "conhecimento técnico", "dedicação/persistência" e "relação assertiva". Em conjunto, estes aspectos determinam igualmente, ou são também co-responsáveis pelos "êxitos" das intervenções. Tentando aprofundar a afirmação, pode referir-se que, a persistência e dedicação está naturalmente, ela própria, relacionada com o que vínhamos antes decrevendo, pois, em cada momento que se colocam os complexos problemas das situações clínicas, em cada momento onde surgem resistências que parecem opor-se à mudança, isso deve ir-se constituindo como um ponto de partida para uma procura mais cuidada, para uma revisão de processo mais fina e esmiuçada, que só é possível quando da parte dos técnicos existe efectivamente uma motivação fortemente orientada para esse fim; sabe-se no entanto que muitas vezes, este princípio desejável inverte-se, fazendo dessas dificuldades um ponto de chegada, às vezes um fim em si mesmo, e num alçapão enorme, afasta a relação terapêutica de uma conjugação e partilha que poderia frutificar.

Também a preparação que os técnicos têm, quer pelas suas experiências de vida, mas desejavelmente por formação, para estarem em cada momento em controle de si mesmos, estabelecendo com as pessoas que apoiam uma relação simultaneamente gratificante e ortogénica, relação essa materializada pelo que é defendido nas teorizações sobre o desenvolvimento do comportamento assertivo, é determinante decisivamente influente nos resultados de um processo terapêutico. Os dois conjuntos em conjugação com o conhecimento técnico, qualquer que seja, mas desejavelmente guiado pelo fundamento de um pensamento científico, que afaste a tendência mutilante da entrada num caos de ideias terapêuticas, é base de suporte para se ser mais eficiente nas intervenções de que se vem falando.

Aparentemente, só a organização o mais equilibrada possível destes factores no seu conjunto probabiliza um melhor "ponto de apoio" para os diferentes níveis de intervenção que se lhe podem seguir:

- Intervenção assistencial
- Intervenção educacional
- Intervenção psicológica

Estes três níveis oferecem à pessoa com autismo, talvez, um leque de serviços e cuidados que parecem responder às suas mais importantes solicitações quanto a uma reabilitação. Na intervenção assistencial, pretende-se garantir, o mais possível, o bem-estar físico de segurança, de higiene e de saúde. Este tem forçosamente de ser o mais primário de todos os apoios; sem ele não se cuida desejavelmente a própria dignidade e respeito pelo ser humano. Na intervenção educacional pretende-se acentuar conteúdos e objectivos para uma modificação comportamental, nos contextos relacionais escola/casa/ família/sociedade. Por último, a intervenção psicológica, sentido restrito, onde se inscrevem terapêuticas que visam atingir a pessoa com autismo, em todos os factores não claramente visíveis, mas que potencializam e determinam um crescimento e organização estrutural bio-psicoemocional equilibrada e normal no ser humano.

Parece deste modo "tocar-se" a pessoa com autismo em diversos aspectos do seu desenvolvimento global como pessoa, e que, por último, se manifestam mais claramente quando vivenciados em estreita relação com as comunidades em que estas mesmas pessoas

agem, sentem e vivem. Diferentes tentativas têm sido tentadas e propostas para esse fim, desde as integrações nas comunidades terapêuticas suburbanas, às integrações transitórias escolares no ensino público; outros autores vêm defendendo a necessidade da criação de escolas especiais, a que todos as pessoas com autismo, porque deficientes, teriam direito. Estas escolas estariam concebidas como facilitadoras de uma melhor preparação para uma futura integração urbana. A "institucionalização", essa, só em último caso e sempre para situações excepcionais.

É pois esta multiplicidade de factores que concorrem em simultâneo e que parecem por vezes escapar à análise, quando se efectuam comparações entre resultados, ou quando se especula sobre a possível e desejável evolução de uma pessoa com autismo.

Como corolário do que foi exposto, sublinho a ideia de que intervir, apoiando a pessoa com autismo, implica ter-se uma visão de conjunto sobre os variados factores que mais ou menos directamente influenciam um projecto e processo terapêutico. Tal processo acontece sempre numa base de comunicação e de relação, onde estão envolvidas, complexamente, profundas emoções e afectos, e isto, nos três núcleos de participantes: pessoas com autismo, familiares e técnicos. A nobreza e rigor científico desse acto exige um respeito verdadeiro pelo outro e por nós próprios, que abrange a compreensão das suas e das nossas dificuldades, e, por consequência, a compreensão das suas e das nossas emocionalidades.

Uma intervenção impõe aos participantes, terapeutas responsáveis, a noção de estarem numa situação muito difícil, mas muito privilegiada onde alguém depende muito de nós.

PAIS EM CO-TERAPIA

OS PAIS E O PROCESSO EDUCATIVO/TERAPÊUTICO

Para a maioria dos profissionais, nesta área, não há já muitas dúvidas quanto às razões de um trabalho aprofundado com os pais das pessoas com problemas como os do autismo. Não é demais, apesar dessa noção, lembrar alguns desses aspectos fundamentais:

Por força da influência de algumas teorias sobre o comportamento humano, durante muitos anos, muitos profissionais supunham que os problemas das crianças autistas, emocionalmente perturbadas, eram causados pelos pais, como se viu no capítulo sobre as questões etiológicas. Por estas razões, em vez dos apoios serem dirigidos para o modo de ajudar estes pais a lidarem melhor com os seus filhos, chegou a pensar-se que eram eles próprios pais que, antes, à partida, deveriam beneficiar de apoio terapêutico, sendo o seu papel no processo terapêutico, considerado menos relevante e até mesmo indesejável.

Claro se torna que, sempre terá havido situações de estruturação relacional entre pais e filhos, indesejáveis em alguns casos, talvez mesmo para certos casos, patológicas; mas não era para estas exceções que se considerava um desejável afastamento para bem de ambos os intervenientes no processo: criança e progenitores (ou um em especial); era na generalidade, para todos os pais, em especial as mães, porque eram vistas como agentes causais inequívocos da patologia das suas crianças e, como tal, teriam de ser "afastadas"; por absurdo técnico que pareça, não se considerava muitas vezes, ser o próprio comportamento dos pais, não causa, mas consequência e expressão comportamental de atitudes compensatórias e defensivas, face às razões desgastantes já detalhadas no capítulo anterior.

Hoje em dia, esta ideia de que a causa dos problemas das crianças autistas são os próprios pais, está já suficientemente criticada, não havendo sequer uma evidência clara e indiscutível que assim seja. Isto não quer dizer que não haja certos aspectos do comportamento dos pais que influenciem o desenvolvimento do comportamento dos filhos; haverá certamente; não há contudo dados suficientemente poderosos para poder relacionar tal facto com a patogenia do autismo. **Também não quer dizer que não haja pais com problemas de facto. Assim, para além de uma disponibilidade que deve ser fomentada, os pais podem, regra geral, ser agentes excepcionalmente importantes na educação e socialização das suas crianças. É esta a visão que desde há anos se tenta defender, integrando-os como co-terapeutas nos processos de intervenção.**

Alguns estudos demonstraram que muitas crianças que necessitavam de apoios especiais e intensos, não o estariam a receber, e que a um certo nível, se os seus pais fossem orientados, o número de pessoas que poderiam participar no plano da intervenção seria grandemente alargado.

Também, embora haja leis que exigem que as comunidades se organizem para proporcionar educação para todas as crianças, muitas crianças são deixadas de lado ou recebem educação insuficiente para as suas especiais necessidades, quer porque não existem escolas suficientemente preparadas, quer porque algumas crianças são consideradas como tendo problemas demasiado severos, para que os meios educacionais existentes, mesmo com esforço, se adaptem a elas. Por estas razões é necessário dar aos pais a possibilidade de aprenderem as competências necessárias, de modo a que possam iniciar certos aspectos antes da possível frequência das escolas, se fôr esse o caso, ensinando-lhes competências tão básicas como o "dar atenção", o "cooperar com pedidos simples", etc, etc..

Mesmo durante a frequência de uma escola "adaptada", os problemas de modificar o comportamento de crianças com graves problemas como os do autismo não está resolvido, havendo regra geral uma diferença grande entre o que se passa num contexto escolar com tratamento especial e nos outros contextos de casa, públicos, etc. Muitos estudos, e as experiências adquiridas neste campo, mostram que os comportamentos das crianças podem ser

muito diferentes de contexto para contexto. Dito de um modo mais técnico, os ganhos efectuados pela criança num determinado contexto não se generalizam, a não ser que se actue da mesma maneira. Havendo comportamentos que são mais fáceis, ou são naturalmente aprendidos e ensinados em certos contextos, como por exemplo o "fazer a cama", o "fazer tarefas da lida da casa", o "ir ao supermercado", etc., os pais podem ser agentes extremamente úteis a ajudar a generalizar e a manter certos ganhos aprendidos pelas suas crianças, como também podem aumentar o ritmo de aprendizagem das suas crianças. Os estudos de Hamblin (1971), de Kozloff (1973), e de Lovaas (1987), demonstraram-no de uma maneira marcante.

Os pais têm também o direito de terem informação disponível sobre as melhores maneiras de ajudar as suas crianças. Não sendo só eles, mas sendo eles também contribuintes com os seus descontos para o Estado, suportam indirectamente muitos dos estudos e investigações sobre os processos de aprendizagem e sobre métodos, que se vão fazendo nas instituições científicas que se dedicam a esse fim. Como consumidores e avaliadores, os pais podem então fazer contribuições importantes para o planeamento, implementação e revisão de serviços de apoio às suas crianças, e que, conjuntamente com os técnicos, podem ser constantemente melhorados.

Existe por vezes uma relação contra-produtiva entre as escolas ou centros e os familiares das crianças, neste caso, com autismo. Como resultado, por um lado das expectativas relacionadas com o quererem sempre o melhor para os seus filhos, e por outro lado, fruto da progressiva e desejável implementação dos direitos da criança, alguns desejos dos pais estão a aumentar de um modo compreensivo. Porém, relacionado com o facto de certas dessas expectativas não estarem, ou às vezes não poderem mesmo ser atingidas, os pais podem acabar por colocar pressões exageradas nos técnicos, e podem fazê-lo de um modo inadequado que resulta em conflito, culpando e protestando contra esses profissionais. Neste ambiente de antagonismo e desconfiança mútuos, acaba sendo difícil, ou mais difícil, aos pais e técnicos trabalharem juntos para planear e implementar serviços, sendo quase impossível que todos se sintam relativamente bem ao conduzirem os projectos relacionados com as intervenções e apoios que são necessários.

Esta a razão porque se espera que os centros e escolas ofereçam programas para as famílias desde o início, evitando a todo o custo que o círculo vicioso possa ser estabelecido, havendo lentamente uma aquisição de competências de resolução de problemas de um modo cooperativo.

Os estudos de envolvimento das famílias vieram assim demonstrar, que é possível aos pais produzirem mudanças importantes em pelo menos alguns dos comportamentos dos seus filhos, e por outro lado, evidenciaram também que, ajudá-los a mudar, não foi nem é fácil.

No que respeita aos técnicos, ao confrontarem-se com estas dificuldades, acabam ficando tão desencorajados que, fácil é deixarem de trabalhar com as famílias, investindo em outras áreas; também podem com facilidade acabar por separar para um lado as famílias que não colaboram tão desejavelmente, deixando-as totalmente sem apoios considerados essenciais.

Estas atitudes, embora compreensivas, acabam sendo para todos os envolvidos no processo, crianças, pais e técnicos, relações contraprodutivas:

- Os técnicos prejudicam a sua avaliação pessoal quanto às suas competências profissionais, perdendo a oportunidade de instalação de processos de aprendizagem para todos;
- Os pais perdem oportunidades de esclarecerem mais convenientemente os técnicos sobre os seus reais problemas, e as famílias que necessitariam de melhor apoio são aquelas que o terão em menor quantidade e qualidade.

Em si mesma, a natureza deste tipo de relações é regra geral muito sensível; as diferentes pessoas colocam-se em diferentes perspectivas a "olhar" o objecto das suas preocupações e investimentos: a pessoa com autismo. Se uma relação é demasiado profissional, formal ou autoritária, os pais podem resistir mais à oferta de serviços que os técnicos propõem, ou às sugestões habitualmente feitas. Pelo contrário, se uma relação é muito informal e excessivamente "viscosa", pode levar a uma falha de definições claras quanto a decisões, e a uma deterioração das condições de ajuste desejáveis.

Por estas razões pode ter de se cuidar de um modo especial a qualidade das trocas sociais com os familiares, evitando desenvolver alguns entraves que prejudicam um estabelecimento de relações convenientes entre pais e técnicos.

Os técnicos devem evitar ver, a priori, os pais como:

- Clientes SEMPRE vulneráveis e hipersensíveis;
- Doentes ou pacientes;
- Pessoas que devem ser tratadas com muita distância profissional;
- Culpados das perturbações das suas crianças;
- Menos capazes intelectualmente; Adversários;
- Pessoas que pertencem a grupos que se designam deste ou daquele modo.

Do mesmo modo, os pais devem evitar ver os técnicos como:

- Pessoas que são incapazes de ter compreensão sobre certos assuntos;
- Pessoas insensíveis a certos problemas;
- Pessoas que devem ser tratadas a uma certa distância;
- Responsáveis pela maior parte dos problemas das suas crianças;
- Incompetentes;
- Pessoas que não estão tão bem por dentro dos assuntos e problemas dos seus filhos.

Por outro lado, para que possa existir uma melhor compreensão sobre as dificuldades de ajuste dos pais, pode ser útil entenderem-se os diferentes papéis que os pais têm de jogar, apenas porque, de repente, de um modo imprevisto nas suas vidas, se tornaram pais de uma pessoa com deficiência. Todos os pais são assim "em simultâneo":

- Professores, no sentido lato do termo. São os primeiros socializadores das suas crianças. Podem ter de aprender estratégias de ensino, embora dificilmente o consigam fazer pela sua pesada disponibilidade de papéis. Se em algumas situações, a sensibilidade da pessoa ultrapassa muitos problemas, na maioria isso não acontece, e vêem-se a braços com problemas difíceis de solucionar posteriormente;
- Conselheiros, ajudando algumas vezes os filhos, o deficiente e os outros a lidar com sentimentos e reacções especificamente relacionadas com a própria deficiência;

- Pais de filhos não deficientes, tendo de dividir-se pelo estabelecimento das suas acções de paternidade com uma ajuda, que de si pode não ser fácil, aos outros filhos, quer porque "educar" um filho não é tarefa fácil, quer porque estes filhos não deficientes são pessoas, na generalidade, com sensibilidades especiais por causa de certas situações a que tiveram de assistir, e para as quais estavam menos preparados que um adulto;
- Casal, porque mantém a relação marido-mulher, relação esta que decorre sempre solicitada pelas maiores exigências face à nova situação que se lhes colocou;
- Participantes na escola e na comunidade, porque estão ligados a entidades e serviços de apoio à sua criança, deficiente ou não, e onde os seus deveres de participação cívica se colocam e são essenciais.

Os pais de crianças com deficiência vivem indiscutivelmente sob grandes tensões de diversa natureza, e apesar de arranjam mecanismos compensatórios, quaisquer que sejam, como todos os seres humanos quando se vêem em situações difíceis, é desejável que encontrem da parte dos profissionais uma sensibilidade para "ter esta situação em conta". Esta sensibilidade passa ao que parece ou é facilitada quando, ao nível das formações específicas, ou nas formações contínuas, os técnicos estudam o desenvolvimento estrutural das famílias.

Muitas famílias e pessoas com autismo têm hoje em dia problemas acentuados de comportamento, e chegaram a situações por vezes extremas de confronto, onde se jogam emoções fortíssimas, porque não foram suficientemente apoiadas no início do aparecimento dos problemas dos seus filhos.

Se por um lado, certas dificuldades ou ausências de recursos adequados resultam inevitavelmente de um processo histórico do desenvolvimento das sociedades, associações, grupos de interesse, etc., é cada vez mais necessário que esta situação seja equacionada em termos preventivos.

Muito do suporte e apoio que possa ser dado, logo no início, a uma família de uma criança com autismo, ou outro problema, é certamente um dos factores mais importantes para um mais provável equilíbrio de investimentos, tratamentos e procura de soluções; isto acontecerá, não só do ponto de vista da pessoa com autismo, como também da própria família que beneficiará das aprendizagens e enquadramentos com que é logo apoiada.

Tem de se ir para além do trabalho de interacção imediata com a criança e com a família. Têm de se fomentar meios de rastreio e de diagnóstico atempados, seguidos de outros tantos meios de intervenção individual, familiar e comunitária.

INTEGRAÇÃO

QUESTÕES SOBRE A INTEGRAÇÃO

"Integração", "normalização", "desinstitucionalização" são palavras na moda desde os anos setenta (Akerley, M.S., 1976). Como tal, algumas reflexões podem e devem ser colocadas sobre estas acções, intenções ou princípios.

Pretender fazê-lo será questionável? Será indesejável confrontá-las no plano humanístico, mas importante discuti-las na sua vertente técnico-científica? Serão apenas conceitos, que, como tantos outros, estão rodeados e vestidos de roupagens de moda? Será que poderá mesmo ser atingida uma "normalização", uma "integração", ou essa intenção merece ser considerada como um ponto de princípio apenas, onde se inscrevem os direitos de uma pessoa com graves problemas do comportamento? Será que todas as pessoas que vivem com graves problemas do comportamento deverão ser integradas? Será que todas essas pessoas desejam isso? Serão os esforços compensados pelas vantagens? Será assim para todos os que forem integrados? Será que os que fazem objecções à integração estarão a proteger as pessoas com perturbações, ou estarão a proteger-se a si próprias? Será que os que não fazem objecções à integração estarão a proteger as pessoas com perturbações, ou estarão a proteger-se a si próprios?

Estas questões são demasiadamente importantes e exigem um tratamento muito cuidado, o que escaparia à intenção de uma obra deste tipo, de divulgação geral sobre a problemática do autismo. No entanto, convirá reflectir em algumas delas, deixando ideias que levem a decisões mais ponderadas.

Em 1972, Wolfensberger teorizou os aspectos centrais daquilo que hoje se chama o "Princípio da normalização"; nesse trabalho, e de acordo com o princípio, os programas para as pessoas com deficiência deveriam ser num meio "o mais normal possível, e inseridos na comunidade"; deveriam ter também pessoas a apoiar, colegas não deficientes, e estarem munidos dos materiais apropriados às idades de cada pessoa". Nirje, em 1969, também defendeu as mesmas ideias do princípio, sintetizando-se a sua ideia em envolver e tornar disponíveis redes de meios e de serviços comuns e tão normais quanto possível (Mesibov, 1976).

Mesmo antes destas datas, mas com maior força a partir delas, têm surgido, ao longo dos anos, acções que, não só tentam melhorar os programas específicos das intervenções, como têm permitido dar cada vez mais atenção ao enquadramento que as pessoas com deficiências devem receber, durante ou após as desejáveis aquisições feitas.

Este movimento de interesses e de princípios, como muitos outros, tende a alargar-se pelas mais diversas razões, e de certa maneira, acaba por influenciar estruturas e serviços para além das próprias pessoas com problemas. Por essa razão começa a tornar-se imprescindível observar e estudar mais especificamente os seus efeitos potenciais. Para tal, convirá perceber que Wolfensberger tinha por intenção um objectivo organizacional; o seu primeiro propósito não era dirigido a indivíduos, mas antes à tentativa de teorizar e praticar a **NORMALIZAÇÃO** de todo um sistema de serviços a prestar ao ser humano deficiente. Em certa medida, ele esperaria normalizar o sistema, e ao fazê-lo, estar-se-ia mais capaz de normalizar as vidas das pessoas a quem esse sistema apoiaria.

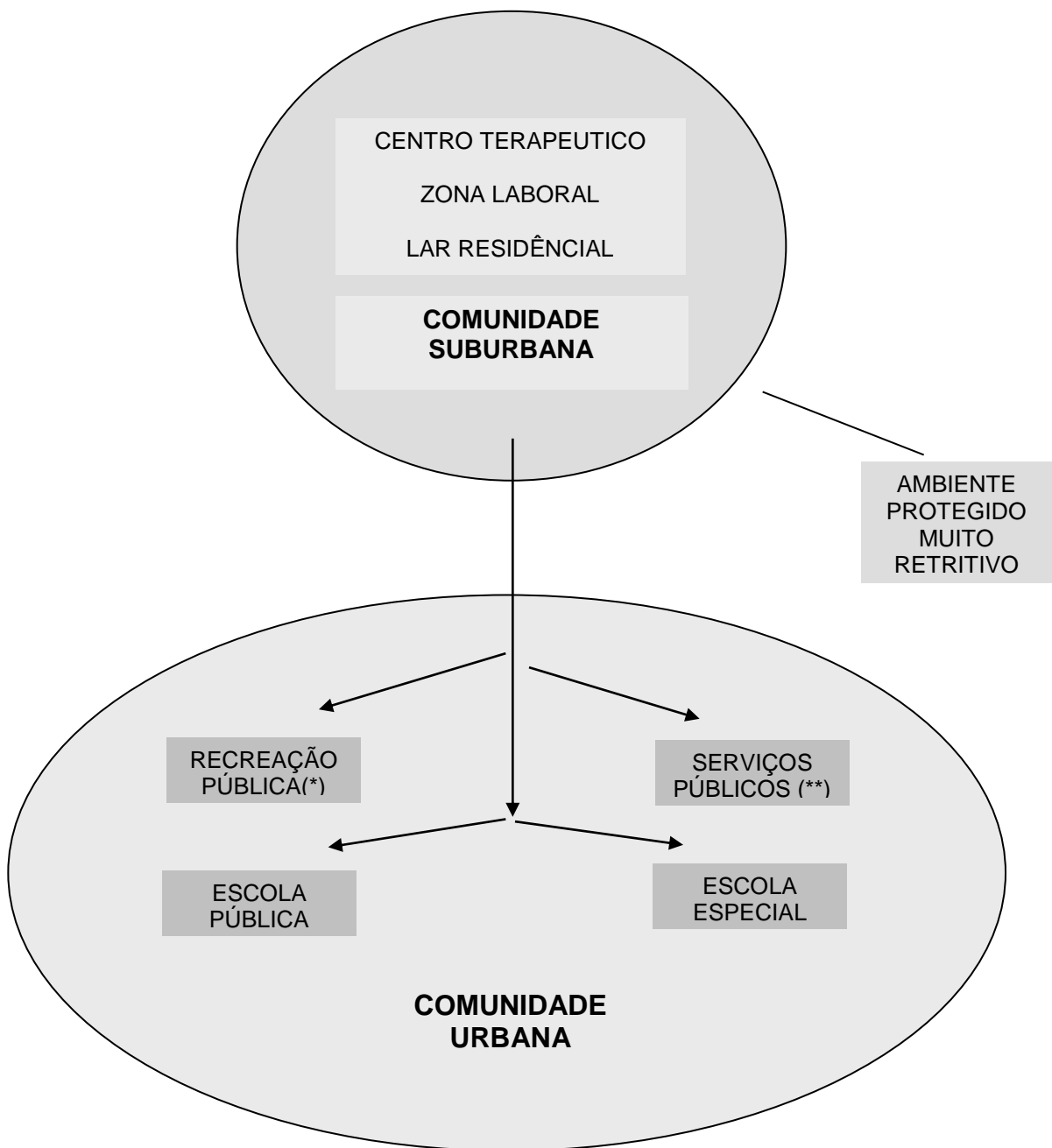
Assim, integrar todas as crianças deficientes em situações de sala de aula regular seria obrigatório (Mesibov, 1976). Os defensores deste modelo concordariam então em advogar serviços, nos quais as suas esperanças eram que os benefícios a longo termo ultrapassassem as inconveniências a curto-prazo.

Todas estas diferentes perspectivas seriam, nos seus fundamentos, para oferecer o "melhor enquadramento"; mas este desejo não pode apegar-se a crenças e valores resultantes de tensões ou consensos duvidosos, nem seguir de uma maneira imponderada este ou aquele modo; deve resultar antes de um consenso possível num determinado momento, num determinado tempo, sobre "o melhor ambiente".

Qual o melhor entendimento que podemos ter deles? Que meios de enquadramento e apoio são os mais desejáveis? Porque que o serão?

Uma maneira aceitável de os entender melhor é percebê-los nas suas relações funcionais específicas e intrínsecas. Embora este entendimento só possa ser muito restrito, porque nada substituiria a experiência de contacto directo, apesar disso, é possível reunir graficamente algumas das supostas melhores ideias neste campo. Vejamse então as figuras 9, 10, 11 e 12. O modelo "A", figura 9, pode dizer-se, foi o primeiro sistema de enquadramento a ser usado, e ainda hoje há associações e entidades que o praticam; desde sempre terá havido modelos idênticos a este, variando em alguns aspectos de pormenor, mas o que nele mais se destaca é:

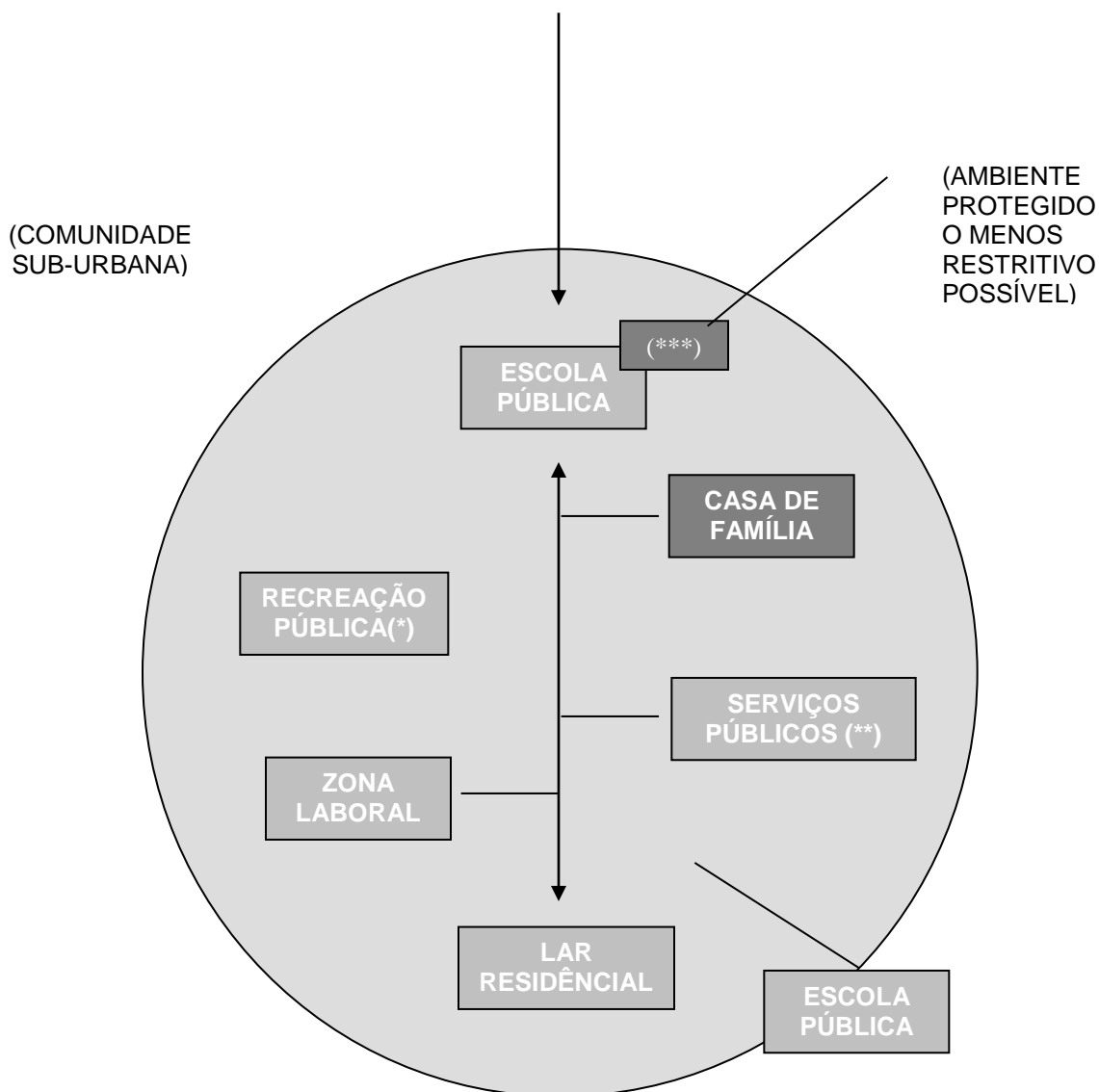
FIG. 9
MODELO "A" DE INTEGRAÇÃO



(*) - JARDINS / PARQUES / PISCINAS / OUTROS EQUIPAMENTOS
(**) - AUTOCARROS / MERCADOS / OUTROS EQUIPAMENTOS

As zonas de residência, terapêuticas e laborais, estão integradas ou inseridas na comunidade sub-urbana; distam por vezes desta, vários quilómetros, e o contacto com a comunidade em si é feito muito ocasionalmente, em relação aos diversos tipos de serviços e áreas de lazer. Dir-se-á que as pessoas aqui colocadas, quase vivem isoladas num espaço/tempo autónomo e num meio muito restritivo.

No modelo "B", figura 10, pretende-se a "normalização normativa". Isto quer dizer que os locais básicos, onde se pretende apoiar as pessoas com autismo, são as "escolas públicas"; mesmo os casos com



(*) – JARDINS / PARQUES / PISCINAS / OUTROS EQUIPAMENTOS

(**) – AUTOCARROS / MESCADOS / OUTROS EQUIPAMENTOS

(***) – ESCOLA PÚBLICA E ESCOLA ESPECIAL

FIG. 10

MODELO “B” DE INTEGRAÇÃO

graves atrasos do desenvolvimento devem aí ser colocados, razão porque o primeiro local de entrada da criança é a escola pública. Dentro dela surge um espaço ou espaços, o menos restritivo possível, podendo apresentar diferentes formas. Pode por vezes haver escolas especiais que recebem e ministram também o ensino público regular. O que nele mais se destaca é:

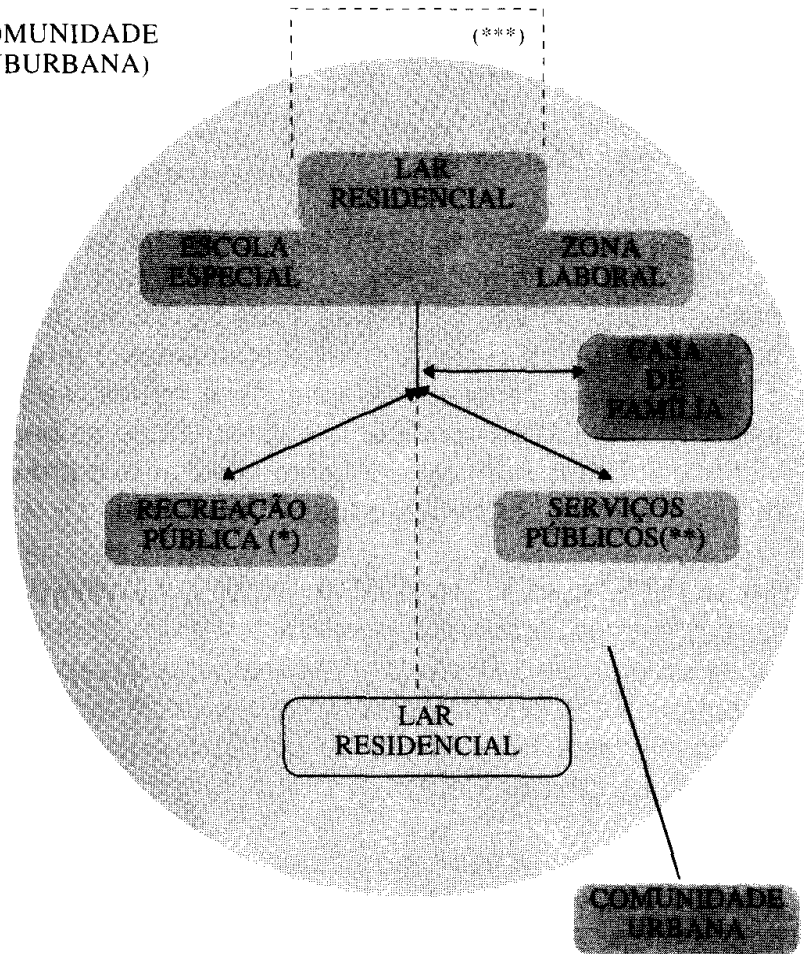
- As zonas de residência, terapêutica e laboral, estão integradas ou inseridas na comunidade urbana; as pessoas com autismo passam parte do seu dia nestas salas da escola pública, **beneficiando** de apoios especificamente orientados. Pretende-se que o contacto com as pessoas, colegas e outros, se estabeleça assim nas melhores condições, e dir-se-á que as pessoas aqui vivem colocadas num espaço/tempo oscilante entre um meio o menos restritivo possível e o meio dito normal.

O modelo "C", figura 11, tenta oferecer um ambiente protegido na maior parte do tempo, embora com contactos muito frequentes com a comunidade urbana; por vezes, os lares residenciais nestas unidades não são contíguos aos Centros terapêuticos, escolas especiais, e mesmo estes podem estar nos limites ou subúrbios da comunidade urbana, embora não necessariamente. O que nele mais se destaca é:

- As zonas de residência, terapêutica e de labor, estão junto ou anexas à comunidade urbana; os contactos são o mais frequentes que é possível, tornando-se versáteis na oferta de serviços de natureza protegida, por um lado, e o menos restritivo que fôr possível por outro. Dir-se-á que as pessoas aqui colocadas vivem muito do seu dia em ambientes muito protegidos, fazendo frequentes contactos com o meio urbano real. Oscilam assim entre um meio o menos restritivo possível e o meio dito normal.

Finalmente, o modelo "D", figura 12, tem vindo a estabelecer-se na última década, tentando oferecer o melhor enquadramento em função de cada caso. As estruturas que o apoiam estão planeadas para poderem oferecer diferentes tipos de resposta: os casos de mais difícil contacto com a comunidade urbana são apoiados pela escola especial, e praticam o maior número de contactos, através de programas de inserção na comunidade; os restantes casos são preparados intensamente na escola especial, para posteriormente transitarem para os meios mais adequados para os receberem: a escola pública, se fôr caso disso para alguns, regra geral uma minoria; a colocação numa

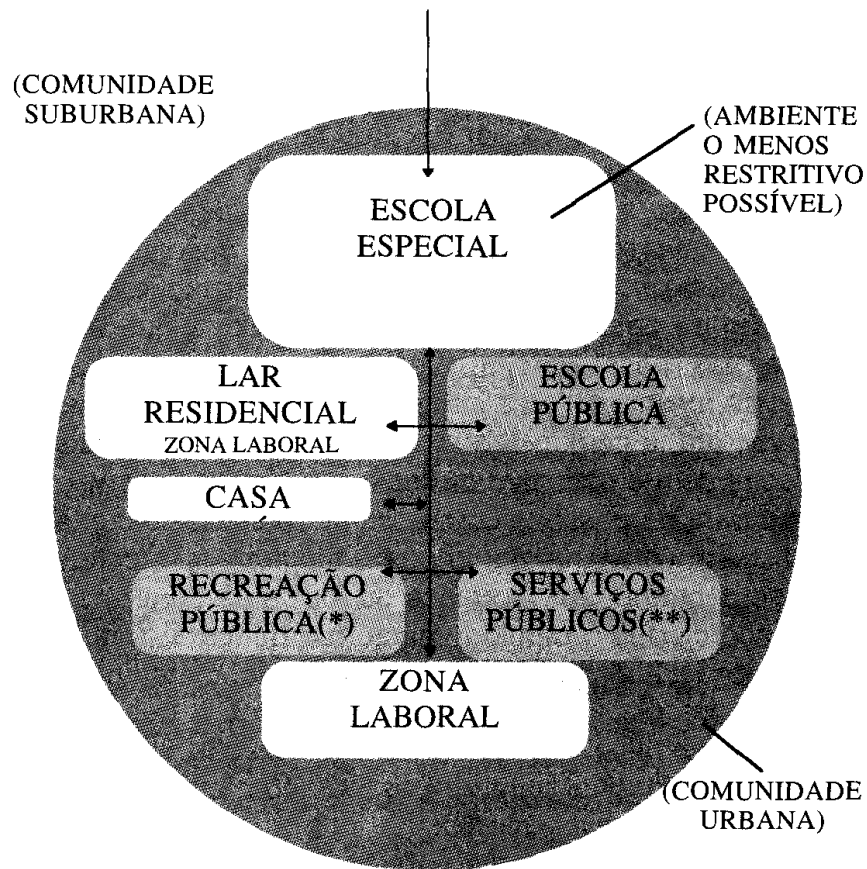
(COMUNIDADE
SUBURBANA)



- (*) - JARDINS / PARQUES / PISCINAS / OUTROS EQUIPAMENTO
- (**) - AUTOCARROS / MERCADOS / OUTROS EQUIPAMENTOS
- (***) - SUBÚRBIO DA COMUNIDADE URBANA

FIG. 11
MODELO "C" DE INTEGRAÇÃO

zona híbrida, de acompanhamento terapêutico e laboral, para outros casos, uma maioria regra geral. Pretende-se que todos beneficiem de preparações na escola especial, para depois entrarem num mundo escolar e de integração sócio-laboral, mas já com pré-requisitos para esse tipo de exigências. São feitos os mais frequentes contactos para que a comunidade se mantenha ligada à escola, invertendo-se aqui um pouco a lógica de "obrigar" a escola a "ir" à comunidade. Dir-se-à que as pessoas, aqui colocadas, oscilam num ambiente que contém uma variedade protegida de "meios", com as menores restrições possíveis, em função de cada caso, assim como num meio, "o mais comunitário possível".



(*) - JARDINS / PARQUES / PISCINAS / OUTROS EQUIPAMENTOS
 (**) - AUTOCARROS / MERCADOS / OUTROS EQUIPAMENTOS

FIG. 12
 MODELO "D" DE INTEGRAÇÃO

No que respeita às crianças psicóticas com atrasos, ou às que manifestam perturbações pervasivas do desenvolvimento graves como o autismo, o problema da integração/normlização é um dos mais difíceis de resolver. Por causa das suas grandes dificuldades comportamentais e das suas necessidades específicas têm de ter instrução, ensino, materiais e meios ambientes favoráveis e adequados. Isto tem levado a que vários teóricos, educadores, terapeutas e clínicos, partilhem a ideia de que as integrações são possíveis, mas apenas se controladas de um modo muito adequado; outros há que presumem que "integrar" jamais será possível, o que não quer dizer que não haja convívio intenso com os vários sectores comunitários, pressupondo e defendendo assim espaços de "inserção" o mais normalizados possíveis, mas não obrigatórios por força de lei.

Segundo Lettick, (1979), "para as pessoas com autismo, severamente perturbadas, a integração, no sentido de 'mainstreaming' é altamente questionável, como o é, a sua utilidade, desejabilidade e praticabilidade. Ela pressupõe e apoia-se numa satisfação e numa consciencialização de participação na vida comunitária que está ausente na maioria das pessoas com autismo severamente perturbadas". Segundo este mesmo autor, a integração exige o meio o menos restritivo possível; ora, a comunidade vai sempre obrigar a manter vigilâncias cuidadas com o objectivo da maior protecção possível. Isto obriga, mesmo para as pessoas com autismo mais competentes, que os técnicos actuem constantemente como amparos, protectores e intérpretes. Pelo contrário; em regimens de locais de certo modo protegidos, o espaço dissipa o barulho, mantém o perigo à distância e introduz a serenidade. A estas pessoas, deste modo, é-lhes permitida uma maior independência através da natureza segura dos meios envolventes. Daí que o meio protegido, não a integração, se torna o meio o menos restritivo possível para as pessoas com autismo, com graves perturbações do desenvolvimento.

Enquanto que, apenas uma pequena quantidade de pessoas na população de autistas pode ser capaz de funcionar num meio não especializado, a maioria requer uma gama de meios alternativos, desde casas para pequenos grupos, até instituições pequenas com ambientes favoráveis. Apenas porque o direito legal à integração comunitária existe, isso não significa que ele deva ser exercido a expensas da pessoa com deficiência, para não mencionar, das crianças ditas normais, cujas próprias condições de aprendizagem podem estar radicalmente alteradas, quando se está cooperando e convivendo com outras, que manifestam comportamentos severamente perturbados.

Os chamados meios naturais, o menos restritivos possíveis, aparecem assim como um meio integrativo aparentemente desejável, mas exigindo como condição sine qua non, haver cuidados teóricos, e preparatórios especiais; não bastará, ao que parece, decretar uma integração e promovê-la, MESMO COM OS MELHORES MEIOS TÉCNICOS E MATERIAIS. O próprio processo de "integração normativa" pode por vezes levar profissionais bem intencionados e, por arrastamento os familiares, a ignorar outros modelos de ambientes, que em última análise acabam por estar mais em consonância com os funcionamentos específicos das pessoas com a perturbação do autismo.

Um dos maiores desafios do processo de normalização/integração/inserção, é o de determinar como é que estes meios integrativos podem ajudar as pessoas com autismo. DEVEM assim, ser aspectos a avaliar sistematicamente, ANTES DAS COLOCAÇÕES das crianças em regimens diferentes daquelas a que estão habituadas:

- Os meios de integração em si mesmos
- As competências dos técnicos envolvidos
- As atitudes do pessoal dos quadros das escolas
- As atitudes dos colegas, sentidas genuinamente
- Os ambientes adaptados

Em muitos casos, talvez mesmo para a maioria significativa das pessoas com autismo, e devido às suas acentuadas dificuldades cognitivo-comportamentais, deve haver ambientes prévios especiais, preparatórios para o desenvolvimento de competências que lhes facilitarão o processo de inserção.

A eficácia de uma qualquer decisão deve ser baseada nos dados de progresso feitos por cada pessoa individualmente, e não se deve reacear escolher o programa que provar em si mesmo ser o mais eficiente. A defesa desta posição estaria contra a integração pela via normativa na linha de Wolfensberger, que determina, a priori, a eficácia do processo baseado no princípio da normalização.

Se, como sabemos que é o caso, as pessoas com autismo respondem a alguns ambientes, de maneiras diferentes que outros grupos de pessoas o fazem, isto poderá levar-nos a experimentar os modelos mais adequados a cada caso; mesmo que custe muito às nossas mais caras convicções; mesmo que se tenha de questionar leis e obrigatoriedades, não se sabendo, por vezes, com que cuidados de análise foram construídas.

Poderá haver casos onde a integração, tal como é por vezes defendida, ou seja, pela via normativa, possa resultar num melhor benefício para a pessoa com autismo. No entanto, ela pode, quanto a mim, ser encarada apenas como uma via entre outras, e admito profundas reservas quanto aos seus fundamentos técnicos, processo de aplicação e resultados, para a maioria das pessoas com autismo, e dentro destas, certamente pouco desejável para as que tiverem graves problemas de comportamento.

Criar os melhores enquadramentos exige um esforço muito grande, principalmente aos técnicos e pais e à sociedade de um modo geral; o grande objectivo, no respeito pelo bem-estar e pelos direitos que têm estas pessoas, obriga a melhorar as ideias existentes e a criar meios onde se sintam felizes; não necessariamente meios onde os vejamos junto a outras pessoas. TER DIREITO como cidadão a usar os diferentes serviços, e não apenas ter de ser colocado em certo meio ambiente por via normativa, é quanto a mim, a melhor forma de defender os interesses das pessoas com autismo. Estou persuadido que, todos os que estão neste campo, técnicos ou pais, concordarão com esta intenção, embora pareçam por vezes surpreendentemente grandes, certas diferenças de posição.

Oxalá todos, pais e técnicos consigam contribuir desse modo para uma sociedade mais aceitante.

GLOSSÁRIO

GLOSSÁRIO

AFECTO-Elemento constitutivo da afectividade. Reacções elementares que se podem descrever pela observação do comportamento, mas que não estão directa e globalmente passíveis de análise objectiva. Segundo alguns autores, pode ser descrito em três áreas comportamentais: afecto da atenção e exploração, exprimindo o interesse, curiosidade e expectativa; afecto de busca e de procura de situações agradáveis; afecto de fuga perante situações ameaçadoras. Pode também ser designado em diversas formas:

Emoção: como manifestação mais fisiológica e primária de reacção a um acontecimento.

Sentimento: estado de afectividade mais durável, com expressão fisiológica mais subtil, mas com vivência psicológica destacada por via da funcionalidade da cognição (sentido lato).

Paixão: envolvimento mais pronunciado dos sentimentos e das emoções; pode por isso "dirigir" muitas funções do acto cognitivo, isto de um modo discriminável para o próprio, ou de um modo que sendo sobreaprendido, não se torna facilmente discriminável.

Humor. disposição mais geral de emoções e sentimentos; é menos "dirigido" que a paixão e pode dar uma sensação/percepção geral dos estados psicológicos e fisiológicos.

ANÁLISE FUNCIONAL DO COMPORTAMENTO - Termo usado nas teorias comportamentais que refere os procedimentos analíticos usados para o diagnóstico dos variados elementos determinantes dos comportamentos cobertos ou abertos.

Impõe um cuidado de recolha de dados, orientado exclusivamente para a pessoa a quem uma análise se dirige. Compreende a multiplicidade dos determinantes antecedentes, mediacionais, consequentes, e a análise das contingências de resposta (relações temporais entre comportamentos e consequências).

Constitui-se como o aspecto central da análise do comportamento, e é em função dos dados assim obtidos, que é determinado, para cada caso específico, o processo de intervenção nos seus diferentes níveis e áreas de incidência.

ANÓXIA -Falta de oxigénio no organismo; acontece, ou por impossibilidade de transporte de oxigénio suficiente para os pulmões (por exemplo, anemia) ou por impossibilidade de assimilação de oxigénio nos tecidos (por exemplo, intoxicação por cianeto).

ANTICORPOS - Proteínas formadas no baço ou nos gânglios linfáticos, como resposta à presença nos tecidos, de um antigénio (proteína diferente daquelas constituintes do organismo); o anticorpo junta-se com o antigénio que provocou a sua formação e inactiva-o.

ATITUDE ASSERTIVA - Complexo de comportamentos relacionais, verbais e não-verbais, que desenvolve e mantém um sentido de respeito mútuo, em troca social com "o outro". Evita modos de expressão agressiva, mas igualmente evita actos de submissão pessoal que atentem contra a expressão de pensamentos e sentimentos. Defende-se a ideia de que deve ser colocado um cuidado especial para não humilhar ou ofender o receptor da mensagem. Tem sido defendido em teses de natureza

comportamental, quanto ao modo de desenvolvimento, como da sua aprendizagem, havendo diversas obras publicadas sobre a matéria.

ATRASO (mental) - É sinónimo de "insuficiência mental" e de "oligofrenia". A insuficiência é relativa ao desenvolvimento intelectual, que põe o sujeito em inferioridade relativamente às pessoas do mesmo meio social e cronologicamente comparadas. As causas e os sintomas podem ser variados, mas nestes últimos, sobressaem as epilepsias, as perturbações da linguagem e motoras, e as do contacto social. O valor do atraso pode ser medido por psicólogos psicometristas, e relaciona a idade mental com a idade cronológica, dando um valor de quociente de inteligência, ou quociente intelectual, designado vulgarmente de Q. I. O seu valor "normal" é de 100, oscilando entre 80 e 120; abaixo de 80 há risco de debilidade mental e acima de 120 é-se muito dotado. É preciso contudo notar que um Q.I., mede um nível de desenvolvimento, e não um nível de inteligência em sentido específico e restrito. O valor de Q.I. só tem sentido se fôr estabelecido por pessoas qualificadas para o fazerem, e se usado criteriosamente, conforme a sua própria concepção e protocolo de aplicação exigem. Há outros testes para avaliar o desenvolvimento, designados de "operatórios", cujos fundamentos e protocolos são inteiramente diferentes.

AUTONÓMICAS - Relativas ao sistema nervoso autónomo; este sistema regula as funções orgânicas, excepto o movimento voluntário e a sensibilidade consciente, por acção reflexa. Está "fora" do controle consciente. O sistema inclui duas espécies diferentes de nervos: simpáticos e parasimpáticos. Muitos órgãos são assim regulados pelo balanço das duas acções opostas.

CATECOLAMINÉRGICO - De catecolamina; são três as catecolaminas que têm importância biológica: Dopamina, Noradrenalina e Adrenalina. A sua acção é muito ampla, quer como neurotransmissores, quer como hormonas. A noradrenalina é o transmissor dos nervos adrenérgicos pós-ganglionares, ou seja, da maior parte dos nervos simpáticos e de algumas zonas cerebrais. A dopamina é um neurotransmissor central importante no encéfalo, particularmente em certas zonas (ex.: via nigro-estriada). A adrenalina é a hormona mais importante segregada pela medula supra-renal.

CODIFICAÇÃO - Organização de dados recebidos e armazenados, de modo a tornarem-se duráveis e disponíveis. Estes dados tornam-se referenciais que permitem, conjugados com as interacções de momento, facilitar a orientação e o conhecimento posterior. Segundo a perspectiva do "processamento de informação", dá-se assim uma codificação da informação recebida.

COGNITIVAS - De "cognição"; refere-se a todo o processo mental consciente e/ou inconsciente, como por exemplo o acto perceptivo ou aqueles que lhe dão origem, ou o acto do pensamento verbal ou imagético e aqueles que o influenciam, como as categorizações conceptuais, etc., etc. Segundo a maioria dos autores, é um termo genérico usado para qualquer dos processos pelos quais um organismo obtém e "trabalha" informação provinda de estimulações, o que vai incluir sobremaneira o perceber, reconhecer, conceber, julgar, raciocinar; é o modo como o "conhecimento" se estabelece e é usado. Diversos autores situam a sua etimologia a partir da tradução da ideia latina de "cognoscere", que quer dizer "apreender a realidade".

COLLICULUS DO TRONCO CEREBRAL - Zona específica do prolongamento superior da espinal medula; dela nascem o cerebelo e os hemisférios cerebrais. O tronco cerebral em si mesmo é constituído pelo bulbo raquidiano, protuberância e cérebro médio.

COMPETÊNCIAS SÓCIO-AFECTIVAS - Diz-se das competências que regulam os actos das interacções com "os outros" e que alicerçam uma mais adaptada expressão de reacções emocionais nesses contextos.

CONHECIMENTO CIENTÍFICO - Dos vários "tipos" de conhecimento, filosófico, empírico e científico, este tende a destacar-se fundamentalmente por uma análise sistemática do "erro". Este controle é possível de concretizar de um modo relativo, e dentro das limitações inerentes à complexidade do objecto de estudo, através de:

- A. Uma atenção às relações que caracterizam certas classes de acontecimentos (Determinismo).
- B. Tornar observável a relação entre classes, ainda que hipoteticamente ligadas (Observabilidade).
- C. Especificar clara e objectivamente os factores de manipulação e de efeito (Operacionismo).
- D. Tornar testável o aspecto central da hipótese científica (Testabilidade).
- E. Acumular e especializar conhecimentos sobre o comportamento através de um método (Experimentação controlada).
- F. Corroborar relações específicas observadas, através de um ou mais observadores independentes, em situações onde se pretende tornar os resultados extensíveis a outros sujeitos (Replicação independente e generalização).

CÓRTEX MESOLÍMBICO - O córtex é constituído por uma camada de células, a chamada substância cinzenta; forma a maior parte da superfície do encéfalo. O sistema límbico é o termo aplicado ao círculo de substância cinzenta que se encontra rodeando o tronco cerebral nos hemisférios cerebrais. Está relacionado com a expressão e experiência emocional. A palavra "meso" significa "médio" ou "intermédio".

CROMOSSOMA- Elemento que se encontra no núcleo das células durante a divisão celular de um modo visível, mas que não se vê na célula em repouso. É constituído por um grande número de genes. Cada gene determina a construção dos aspectos hereditários do organismo. O número de pares de cromossomas é de 23. Os membros de cada par são semelhantes, excepto no par dos cromossomas sexuais do macho. Na fêmea, o 23.º par consiste em dois grandes cromossomas X; no macho, consiste em um cromossoma X e um pequeno cromossoma Y.

DEBILIDADE MENTAL - Estado duradouro de insuficiência intelectual, geralmente irreversível. O termo é aplicado sobretudo aos débeis médios e ligeiros, pois que os débeis profundos já pertencem à categoria da imbecilidade. Em geral admite-se que um débil não ultrapassa a idade mental dos sete aos dez anos. Os débeis, que são cerca de 2% da população, (valor a confirmar), não são doentes, embora manifestem por

vezes aspectos menos adaptados e perturbações reaccionais, como complexo de inferioridade, agressividade, apatia, etc..

DEFICIÊNCIA - Segundo a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps), da Organização Mundial de Saúde (1976), no domínio da saúde, deficiência representa qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica.

DESTREZA- Agilidade; jeito; pretende referir-se aos aspectos motores, particularmente os movimentos mais delicados, e que podem ser apreciados pela rapidez e precisão.

DIAGNÓSTICO - Há dois tipos básicos de diagnóstico na saúde: o diagnóstico médico e o diagnóstico psicológico. Em termos gerais trata-se, em ambos os casos, do reconhecimento e/ou identificação das perturbações e factores que lhes dão origem. Regra geral são elaborados diagnósticos multiaxiais principais e diagnósticos diferenciais.

DISFÁSICOS - Relativa às pessoas que manifestam uma deficiência da função da linguagem, e do grupo das deficiências da comunicação. Trata-se de uma deficiência dos centros superiores da fala, com incapacidade para comunicar. (Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens - O.M.S., 1976).

DISPRAXIA - Perturbação relativa ao desempenho da motricidade relacionada com as funções da coordenação e intencionalidade cerebral.

DISPROSÓDICO - Que tem perturbações relativas à "prosódica" na comunicação. A prosódica é o conjunto de elementos que dão, ou constituem uma das formas de comunicação linguística. Exemplo de elementos prosódicos

são a melodia, o acento e o ritmo. Um exemplo concreto pode ser demonstrado nos dois diferentes fonemas de tom, que estão contidos num SIM! (...afirmativo), e num SIM? (...interrogativo). Os dois tons implicados seriam diferentes, e a diferença explicada pelas unidades discrimináveis nesta fonologia, "por cima" dos próprios segmentos fonológicos de base. Denominam-se "fonemas prosódicos" ou "prosodemas". Estes elementos podem causar uma alteração completa do significado de uma palavra.

DROGA PSICOACTIVA - Qualquer substância tomada medicinalmente com efeitos directos ou indirectos no psiquismo, e que ajudem a recuperar de uma suposta doença, ou que ajudem a aliviar sintomas (expressões comportamentais e outros). Pode ser visto como um meio para modificar qualquer processo natural do organismo. Com poucas excepções, todas estas drogas são venenosas quando a dose útil é excedida, e mesmo uma dose "segura" tem simultaneamente efeitos indesejáveis e o efeito pretendido. Tomando-se com excesso, os efeitos indesejáveis aumentam, sem qualquer benefício para os compensar. (Wingate, 1975).

EFFECTOR - Diz-se dos elementos biológicos capazes de efectuar a informação proveniente dos axónios. A célula básica do sistema nervoso é o neurónio, e é constituído por duas partes gerais: um corpo celular e fibras. Estas fibras são de dois tipos: dendritos, que são estimulados pelos neurónios vizinhos e por estímulos físicos e axónios, que entregam os impulsos nervosos aos neurónios adjacentes, ou a um "efector", tal como um músculo.

EMOÇÃO- Ver AFECTO.

ENCEFALITE - Inflamação no cérebro. O agente infeccioso é quase sempre um vírus. A infecção bacteriana limita-se vulgarmente às membranas do cérebro (meninges).

EPIDEMIOLOGIA - Ramo de estudo e investigação que trata da distribuição, dispersão e acentuação das várias perturbações e/ou doenças, em função de diferentes contextos sociais e geográficos.

ESPIROQUETA - Bactéria espiralada. A maioria das espiroquetas é inofensiva. Está relacionada com diversas doenças ou estados doentes como a sífilis, a boubá ou piá, febres e anginas.

ESQUIZOFRENIA - É o termo usado para um grupo de doenças cuja etiologia é desconhecida. A pessoa que sofre de esquizofrenia apresenta comportamentos mentais característicos, que parecem relacionar-se com o que poderia parecer uma "fragmentação" da personalidade. Os comportamentos mentais são descoordenados, aparecendo sentimentos e impulsos num ambiente de lúcida consciência, memória e orientação. A associação normal de ideias pode estar alterada, ocorrendo cenas absurdas ou estranhas. A pessoa pode sentir que os seus pensamentos estão controlados, e explicar os factos em termos de influências externas, por exemplo o "radar", ou outras forças físicas ou metafísicas. Podem surgir ilusões primárias "de per si", sendo certas ilusões secundárias, tentativas da pessoa explicar as suas próprias sensações estranhas. As explicações podem ser muito lógicas. Uma das classificações mais comuns, ainda é a seguinte:

Paranóica: predominam ilusões de perseguição com raciocínio coerente.

Catatónica: onde são característicos, períodos alternados de turpor e de excitação.

Hebefrénica: revela-se com um carácter "caprichoso", com sentimentos e ideias insensatas.

Simples: com um desenvolvimento insidioso de inadaptação social e de excentricidade.

É regra geral uma doença grave.

ETIOLOGIA - Ramo da patologia que trata das causas das perturbações ou doenças, sejam elas de natureza mais biológica e/ou mais psicológica.

FARMACOTERAPIA - Aplicação terapêutica de drogas, provinda de estudos químicos, de efeitos, perigos e dosagens.

FENILCETONÚRIA - Trata-se de um defeito recessivo autossómico hereditário, relacionado com o metabolismo aminoácido, devido a deficiência da enzima "fenilalanina hidroxilase". O diagnóstico bioquímico pode assentar ao nível da fenilalanina no soro (líquido amarelo claro que se separa do sangue coagulado). Os dados clínicos incluem alteração da cor do cabelo, da pele e dos olhos, hipercinesia, epilepsia frequente na infância, eczema, etc. O atraso mental é quase sempre de grau severo, embora haja, excepcionalmente, casos cuja função intelectual permanece nos limites do normal. Defende-se a utilidade de um tratamento dietético (regimen fraco em fenilalanina). Também é conhecida por oligofrenia fenil pirúvica. (Os autossomas são os cromossomas que não estão ligados ao sexo).

FENOMENOLOGIA - Descrição científica dos aspectos que caracterizam e que estabelecem a semelhança e/ou dissemelhança entre as pessoas que têm problemas psicopatológicos. Esta compreensão torna-se importante para um maior entendimento da perturbação. (Pode também ser o nome com que se refere uma das escolas de psicologia, que teorizava a partir de concepções fenomenológicas de pessoas/clientes).

GÉMEOS IDÊNTICOS - Diz-se dos gémeos que se desenvolvem quando é fecundado apenas um óvulo; são os gémeos "verdadeiros", também chamados de monozigóticos, uniovulares ou univitelinos. Pode acontecer a fecundação de dois óvulos; são os chamados gémeos "falsos" ou fraternos, também chamados dizigóticos, biovulares ou bivitelinos.

GENE - Os genes são unidades de ácido desoxi-ribonucleico, ADN, que comandam a síntese de uma proteína. Estas unidades são transmitidas de geração em geração, imutáveis, a não ser por mutação. Exercem efeito através do controle de reacções bioquímicas, acelerando umas e atrasando outras. A constituição genética, o genótipo, é o conjunto organizado como um todo. Os genes podem ser influenciados pelo meio exterior, pelo meio interior do corpo, e pelo efeito de outros genes, sendo a sua manifestação visível, no resultado final da interacção de todos estes factores, o fenótipo.

GENÉTICA - Estudo da hereditariedade. O objectivo da genética é mostrar como o padrão genético é transmitido mais ou menos intacto, de geração em geração, e explicar como se processa a sua variação em pormenores mais subtis. Muitas perturbações humanas são devidas a genes deficitários (mutantes).

GESTAÇÃO - Duração da gravidez. Pode ser referida como a gravidez em si mesma. (No ser humano é uma média de 38 semanas, desde a concepção até ao parto, mas medese mais facilmente a partir do começo do último período menstrual, com 40 semanas. Varia habitualmente mais do que em outros animais).

HEREDITARIEDADE - Transmissão genética do "material" e informação contida nos genes; estudo dos processos inerentes a essa mesma transmissão.

IDENTIFICAÇÃO - Processo do desenvolvimento psicológico na infância, através do qual, o ser humano em desenvolvimento constrói aspectos relevantes do seu comportamento, através dos modelos dos adultos com quem estabelece relações. Está sobretudo relacionado com processos de imitação, que podem chegar a desenvolver comportamentos muito subtis. Existem diversas teorias para o explicarem, das quais se destacam as de natureza psicanalítica, cognitiva, comportamental e etiológica, como tendo corpos teóricos mais estabelecidos.

IDIOPÁTICA - Refere-se às perturbações que não são causadas por outras de natureza orgânica. Doença ou perturbação que existe por factores que não se ligam directamente com a existência de outras perturbações mais primárias.

LIBIDINAL - De "lívido". A líbido designa a força com que se manifesta o instinto sexual, em certas teorias. É aí considerada a energia de todas as tendências que se ligam aos instintos da vida, qualquer que possa ser o seu objecto: amor dos homens, das ideias, das coisas, de si próprio. Tem assim um valor para além do aspecto eminentemente genital.

LOBO BILATERAL TEMPORAL - A parte do cérebro que se situa lateralmente no crâneo, do lado da têmpera. O osso temporal é a parte do crâneo que envolve o ouvido. O lobo temporal parece estar predominantemente relacionado com a audição, e ter um papel importante na memória.

MATERNAGE - Termo proveniente da língua francesa, que se refere ao acto do carinho e da qualidade da relação que se estabelece na troca maternal. No contexto clínico, psicológico, trata-se de uma prática terapêutica que assenta no papel do terapeuta como agente da figura maternal, e nutriente psicológico que dá suporte ao global e harmónico desenvolvimento da personalidade da criança. É basicamente "não directiva" e o pressuposto teórico é de natureza psicanalítica.

MÉTODO COMPORTAMENTAL - Concepção sobre o comportamento que surgiu como reacção contra a psicologia da introspecção. Pretende ser o mais objectivo possível, defendendo que o mecanismo fundamental da actividade, coberta ou manifesta, é a aprendizagem e a adaptação. Todos os processos superiores da mente entram hoje nas suas teorizações, avançando especulações complexas sobre os aspectos afectivos e sócio-relacionais. Conservou toda a sua força como método de estudo do comportamento normal ou perturbado, ao dar importância às interacções com o meio externo e interno do organismo. Para alguns autores aproxima-se da psicanálise pela sua maneira de conceber a edificação dos fundamentos da vida psicológica. A afirmação é muito discutível.

MOTIVAÇÃO - Conjunto de factores que põe em movimento o organismo, sobretudo nos planos cognitivo e atitudinal. Não há conduta ou comportamento sem motivação. A noção de motivação dá conta dos múltiplos elementos que, num dado momento, determinam os comportamentos do indivíduo. As motivações podem ser mais ou menos manifestas; por isso atribuem-se "razões" de agir que são, muitas vezes, um disfarce da motivação real menos manifesta. É matéria que interessa sobremaneira à psicologia. Quando se fala de "motivação extrínseca" quer-se referir a dependência dos tais elementos ou factores que causam externamente os comportamentos; motivação intrínseca" é ao contrário, a partir dos factores internos.

NARCISISMO - É, segundo a teoria psicanalítica, uma etapa normal da evolução da líbido: o sujeito começa por se "tomar" a si mesmo, ao seu próprio corpo, como objecto de amor. Aqui, organizam-se as ditas pulsões sexuais, constituindo o "narcisismo primário". É referido deste modo porque evoca o mito de Narciso: segundo a mitologia, Narciso, incapaz de amar a ninfa Eco, apaixonou-se pela sua própria imagem. Ao fazê-lo, contemplava durante muito tempo o seu próprio reflexo na água, e terá morrido por causa disso, por afogamento, ao ter-se atirado à própria imagem, por ter escorregado, ou ainda por fome.

NEOSTRIATUM - A parte mais recente do "corpo estriado". É um dos centros reguladores do cérebro, situado no centro do encéfalo, junto à "substância branca" e aos "núcleos cinzentos centrais". Fica sob o 3.º- ventrículo.

NEUROENDOCRINOLÓGICOS - As glândulas endócrinas são as que libertam o seu produto, directamente na corrente sanguínea. As hormonas assim libertadas vão então exercer a sua influência em certos órgãos. O controle destas glândulas é feito por outras, directamente relacionadas com o sistema nervoso; daí o nome de "neuro".

NEUROPATOFISIOLÓGICO - A fisiologia estuda as diferentes funções e partes do organismo. Com a anatomia, que estuda os aspectos estruturais, desenvolvem-se os fundamentos da compreensão do funcionamento normal do organismo, sendo a anormalidade estudada pela patologia. O sentido da palavra pretende ser o de relacionar os aspectos anormais da fisiologia do sistema nervoso.

NEUROQUÍMICA - Refere-se às substâncias químicas que se relacionam com o funcionamento do sistema nervoso. Exemplo são, entre muitos outros, a dopamina, noradrenalina, adrenalina, serotonina, histamina, etc.

OPERACIONALIZÁVEL - De "operacionaliza r"; procedimento através do qual, em ciência, se tenta arranjar os meios para manipular certa ideia ou conceito, para se poder apreciar devidamente do seu valor constitutivo, ou do interesse da sua "aplicabilidade".

OPIÁCEOS - São narcóticos, drogas que entorpecem os sentidos, especialmente derivadas do ópio. (Wingate, 1975).

PARADIGMA - Modelo. Vem do grego "parádeigma", que significa "exemplo". É um termo regra geral usado na gíria científica para referir o conjunto de elementos que "guiam" certos raciocínios, a partir dos quais se desenvolvem as teorias explicativas. Há diversos tipos de paradigmas, sendo o paradigma científico, caracterizado pelos aspectos descritos na palavra "conhecimento científico".

PARALISIA - Perda do movimento que é intencional. Trata-se de uma situação em que o impulso nervoso não chega a actuar nos músculos. Muitas perturbações do sistema nervoso acabam por ter algumas expressões deste tipo.

PATOLOGIA - É patológico tudo o que encerra sofrimento, inadaptação e irresponsabilidade. Pode ser operacionalizável por observação de "excessos" ou de "deficits"; está relacionado com o que é normal ou anormal. A sua definição restrita ou alargada é delicada.

PRINCÍPIO DE PREMACK - Trata-se de uma relação sistematicamente verificada, tida como "princípio", que foi estudada por Premack, psicólogo, que a apresentou à comunidade científica. É formulada da seguinte maneira: "De um conjunto de respostas ou actividades nas quais um indivíduo se envolve, a mais provável reforçará a menos provável". Este princípio é um caso particular do reforço operante.

PSICODINÂMICA - Termo que se refere à teoria e método de conhecimento do homem; pode ser referido também como terapia, e o corpo teórico que mais adoptou este termo, e que por ele mais é conhecido, é a teoria psicanalítica baseada nos pressupostos Freudianos, e seus seguidores.

PSICOGÉNICO - Que é de causa psicológica. (Não deve ser confundido com "psicogenética", termo que se relaciona com teorizações sobre o desenvolvimento do psiquismo no ser humano, de que é exemplo a escola Genebrina).

PSICOMETRIA - Medida e tratamento matemático dos dados psíquicos. É uma ciência experimental; esforça-se por circunscrever exactamente as suas possibilidades e avaliar os seus erros. Só considera o resultado observável de uma operação mental, numa situação precisa, tendo introduzido pelo método dos testes, medidas feitas em condições padrão. A análise de resultados destas provas é delicada, e só pessoas

devidamente preparadas devem produzir veredictos psicométricos, sobretudo devido à complexidade de funções psicológicas em jogo.

PSICOPATOLOGIA - Termo geral que refere qualquer tipo de perturbação emocional, social e cognitiva, suficientemente severa para requerer apoio profissional.

PSICOSE- Perturbação na adaptação psicológica, envolvendo ilusões, alucinações e alterações do pensamento, funcionamento social desadaptado, e reacções emocionais bizarras.

PULSÃO - Incitação para passar ao acto. O modo de explicar assim, provém apenas de uma teorização do comportamento humano; muitas outras não preferem o uso deste termo para entender as razões do comportamento humano. Está mais defendido assim na teoria Freudiana, e aí a pulsão é vista como proveniente da parte do "id", a mais "escondida" do nosso psiquismo.

QUINESTÉSICO - Que diz respeito às estimulações próprioceptivas que "informam" o cérebro sobre as diferentes posições das partes do corpo.

RECTRO-ALIMENTAÇÃO - Termo usado e traduzido a partir do conceito anglo-saxónico de "feed-back". Traduz a noção de um estímulo que tem uma função causal consequente.

REFORÇO (DIFERENCIAL) - O termo reforço é usado para o processo, ou o estímulo que tem a ver com o aumento da probabilidade da ocorrência de um comportamento. Enquanto estímulo, não traduz a sua natureza física; por isso, qualquer acontecimento que verifique a situação antes descrita, seja de natureza concreta ou abstracta, é entendido como reforço. A caracterização de "diferencial" refere-se ao acto que é produzido pelo terapeuta, quando pretende tornar mais disponível no repertório da pessoa, um certo comportamento, face a outros, exactamente pela aplicação diferenciada de certos reforços. A aplicação de um reforço, diferencial ou não, não acontece só na presença de um terapeuta, podendo o próprio meio fazer acontecer o processo para certos comportamentos.

R.E.M. - Do inglês "rapid eye movements". Fase de uma das principais espécies de sono, chamado sono paradoxal. A outra fase é a do sono ortodoxo, onde não se verificam os movimentos rápidos dos olhos. É o período em que os sonhos ocorrem.

RESPOSTA MEDIATIZADA - Refere-se aos comportamentos mentais, ou seja, os comportamentos "cobertos", no sentido de que acontecem no "interior" do organismo. Acontecem quando estão presentes condições para a sua ocorrência, devido aos diversos tipos de determinantes, mas acontecem entre os determinantes antecedentes, e os consequentes. Daí a designação de "mediatizada".

SENSORIOMOTOR - Pode ser referido a relações entre os sistemas de entrada da informação, sensoriais, e as ordens motoras; igualmente designa, em certas teorias do desenvolvimento psicológico, como a do desenvolvimento cognitivo de Piaget, o primeiro período a partir do nascimento da criança, até aos dois anos, e onde se estabelecem e constroem as estruturas para as futuras competências nos diversos eixos de desenvolvimento.

SEROTONÉRGICO - Relativo à serotonina. Ver serotonina.

SEROTONINA - É um transmissor neuronal dos sistemas periféricos e central. Parece ter papel diferenciado, mas extremamente importante em muitas das funções cerebrais superiores, e também na transmissão de impulsos entre células nervosas. É sinónimo de 5hidroxitriptamina (5HT).

SÍNDROMA (ou síndrome) - Constelação de sintomas, manifestações comportamentais ou outras, que, em conjunto, constituem uma desadaptação biológica, e/ou psicológica, e/ou social.

SISTEMA RETICULAR - Refere-se a uma zona cuja formação se situa por baixo do cérebro primitivo, rinencéfalo, e por baixo deste no início do tronco cerebral. Este sistema desperta o conjunto do cérebro, e permite os funcionamentos atencionais.

SOMÁTICO -Relativo ao corpo físico; vem de "soma" (corpo). É referido frequentemente para designar aspectos ou processos que têm expressão nas áreas biológicas do ser vivo.

TÁLAMO - É o conjunto de massas de células nervosas, por vezes juntas na linha média, situadas na extremidade cefálica do tronco cerebral, entre os hemisférios cerebrais. As sensações de todas as espécies são conduzidas ao tálamo, e daí para o córtex, onde se tornam conscientes, ou para os centros inferiores, onde são postos em acção reflexos apropriados.

TERAPIA PELO JOGO - É um tipo de intervenção terapêutica, de inspiração analítica. Nada tem a ver com o simples uso de jogos com efeitos meramente lúdicos ou pedagógicos. Nas terapias deste tipo, o terapeuta é essencialmente permissivo, pressupondo que deste modo, a criança, espontaneamente, organiza e estrutura a personalidade. A presença do terapeuta é vista como estruturante do processo, e pode, aqui ou ali, ser intrusiva, mas muito ligeiramente.

TOMOGRAFIA - Técnica de exame somático, que utiliza raios X; pode ser computarizada ou não, e pretende-se que sejam percebidas certas estruturas de um plano seleccionado, para poderem ser observadas em imagem.

TOXINA -Proteína tóxica, como a que muitas bactérias produzem. Actuam como antigénios, isto é, formam-se anticorpos para as neutralizar como defesa natural contra a doença. Podem dividir-se em endotoxinas e exotoxinas, se incorporadas nas bactérias, ou se libertadas pelas bactérias para a corrente sanguínea, respectivamente.

VARIÁVEIS - Condições ou estímulos, medidos ou controlados em experiências; podem ter o estatuto de "dependentes" ou de "independentes".

ZIGOTSIDADE - Ou zigosidade. Uma vez que a investigação de gémeos é também a comparação da frequência de certa(s) característica(s) nos gémeos mono e dizigóticos (MZ e DZ, respectivamente), é essencial ter a certeza que os gémeos usados nos estudos são classificados correctamente. A zigosidade pode ser investigada de duas maneiras: por exame das membranas fetais, ou na base das semelhanças e diferenças entre os membros de um par, ou seja, o "método das membranas fetais", ou o «método da semelhança". Há várias limitações descritas quanto ao uso deste método:

- a) Não dá informação quanto aos genes pressupostos, quanto aos seus modos de acção, ou quanto aos seus padrões de transmissão.
- b) Embora assuma que as diferenças ambientais são constantes para ambos os tipos de gémeos, esta crença não dá garantia em muitos casos (Thompson, 1967).
- c) Ainda outra limitação deste método, é relativa à acção tendenciosa que se estabelece na verificação; é muito mais provável que sejam referidos os pares MZ que são concordantes do que outra qualquer combinação. Se uma série de estudos de gémeos for compilada, é provável que inclua uma preponderância dos pares MZ concordantes.

5 HT - Abreviatura da 5-hidroxitriptamina. Ver "serotonina".

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- ACHENBACH, T. M.** (1974). Developmental psychopathology. New York: Ronald Press.
- BANDURA, A.** (1969). Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- BARON-COHEN, S.** (1992). The theory of mind hypothesis of autism: history and prospects of the idea. *The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society*, 5, 9-12.
- BARON-COHEN, S.; TAGER-FLUSBERG, H.; COHEN, D. J.** (1993). Understanding other minds - Perspectives from autism. Oxford University Press.
- BARON-COHEN, S.** (1989). The autistic child's theory of mind: a case of specific developmental delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 285-298.
- BARON-COHEN, S.** (1994). How to build a baby that can read minds: cognitive mechanisms in mindreading. *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 13 (5), 513-552.
- BIJOU, S. W. & PETERSON, R. F.** (1971). Functional analysis in the assessment of children. In P. Mc Reynolds (ed.), *Advances in Psychological Assessment*. Paloalto, C. A.: Science and Behavior Books.
- BLASHFIELD, R. K. & DRAGUNS, J. G.** (1976). Evaluation criteria for psychiatric classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 1940-1950.
- BRIDGMAN, P. W.** (1927). The logic of modern physics. New York: MacMillan.
- COHEN, D. J., VOLKMAR, F. R. & PAUL, R.** (1986). Issues in the classification of pervasive developmental disorders and associated conditions: history and current status of nosology. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 158-161.
- CRAIGHEAD, W. E., KAZDIN, A. E. MAHONEY, M. J.** (1981). Behavior modification principles. Issues and applications. (2nd ed.) - Boston: Houghton Mifflin Company.
- CREAK, M., INI, S.** (1960). Families of psychotic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2, 156-175.
- DAWSON, G.; LEWY, A.** (1989). Arousal, attention and the socioemotional impairments of individuals with autism. *Autism: nature, diagnosis and treatment*. G. Dawson Ed. New York: Guilford Press.
- DeMYER, M. K., HINGTGEN J. N., JACKSON, R. K.** (1981). Infantile autism reviewed: a decade of research. *Schizophrenia Bulletin*, Vol.7, 3,388-451.
- DSM-IV. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS.** 4th edition. (1994). American Psychiatric Association. Washington, D. C.
- FACTOR, D. C., FREEMAN, N. L. & KARDASH, A.** (1989). A comparison of DSM III and DSM III-R criteria for autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 637-640.

FOMBONNE, E. (1994). Diagnostic et classification de l'autisme. Résultats actuels et controverses. *Link*, 13. 1er Trim. Ed. Française.

FRANK, G. (1965). The role of the family in the development of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 64, 191-205.

FRITH, U. (1989). *Autism: explaining the enigma*. Blackwell Publishers. Oxford.

FRITH, U. & HAPPÉ, F. (1994) Autism: beyond "theory of mind". *Cognition*, 50, 115-132.

GAASHOLT, M. (1970). Precision techniques in the management of teacher and child behaviors. *Exceptional Children*, 37, 129-135.

GALASSI, M. D. & GALASSI, J. P. (1977). *Assert yourself - How to be your own person*. New York: Human Sciences Press.

GELFAND, D. M. & HARTMANN, D. P. (1970). Behavior therapy with children: a review and evaluation of research methodology. *Psychology Bulletin*, 70, 204-215.

GELFAND, D. M., JENSON, W. R., DREW, C. J. (1988). *Understanding child behavior disorders - An introduction to child psychopathology* - Holt, Rinehart & Winston. Inc., London.

GILLBERG, C. (ed.) (1989). *Diagnosis and treatment of autism*. Plenum Press - New York.

HALL, R. V.; FOX, R.; WILLARD, D.; GOLDSMITH, L.; EMERSON, M.; OWEN, M. DAVIS, F E PORCIA, E. (1971). The teacher as observer and experimenter in the modification of disrupting and talking-out behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 4, 141-149.

HALLAHAN, D. P. & KAUFFMAN, J. M. (1986). **Exceptional children (3rd ed.). ENGLEHOOD CLIFFS, N. J.: PRENTICE-HALL HAUGHTON, E. & AYLLON, T.** (1965). Production and elimination of symptomatic behavior. In L. P. Ullmann & krasner (Eds.), *Case Studies in Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

HAPPÉ, F (1994). *Autism. An introduction to psychological theory*. UCL Press. San Diego-California.

HERMELIN, B. & O'CONNOR, N. (1967). Remembering of words by psychotic and subnormal children. *Brit. J. Psych.* 58, 213-18.

HERMELIN, B. & O'CONNOR, N. (1970). *Psychological experiments with autistic children*. Oxford-Pergamon.

HERTZIG, M.; SNOW, M.; NEW, E. & SHAPIRO, (1990). DSM III and DSM III-R diagnosis of autism and PDD in nursery school children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 29, 123-126.

HINGTGEN, J. N., & BRYSON, C. Q. (1972). Recent developments in the study of early childhood psychoses: infantile autism, childhood schizophrenia, and related disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 5, 8-54.

HOBBS, N. (1975). *The future of children*. San Francisco: Jossey Bass.

HOBSON, R. P. (1989) *Beyond cognition: a theory of autism*. Autism, nature, diagnosis and treatment. G. Dawson Eds.. New York: Guilford Press.

JONES, R. L. (1972). Labels and the stigma in special education. *Exceptional Children*, 38, 553-564.

KENDALL, R. E. (1975). *The role of diagnosis in psychiatry*. Oxford: Blackwell.

KOEGEL, R. L.; RINCOVER, A.; EGEL, A. L., (1982). *Educating and understanding autistic children*. College Hill Press. San Diego - California.

KOZLOFF, M. A. (1973). *Reaching the autistic child: a parent training program*. Champaign, IL: Research Press.

KOZLOFF, M. A. (1974). Measuring behavior, or how to keep track of what's going on. In *Educating Children With Learning and Behavior Problems*, Wileyinterscience: New York, J. Willey & Sons. 5, 98-126.

LANGE, A. J.; JAKUBOWSKY, P. (1980). *Responsible assertive behavior - cognitive/behavioral procedures for trainers*. Champaign, Illinois: Research Press.

LAUFER, M. W. & GAIR, D. S. (1969). Childhood schizophrenia. In L. Bellack & L. ocb (Eds.), *The Schizophrenic Syndrome*. New York: Grune & Stratton.

LESLIE, A. M. & FRITH, U. (1988). Autistic children's understanding of seeing, knowing and believing. *British Journal of Developmental Psychology*, 6, 315-324.

LEVINE, M. & LEVINE, A. (1970). *A social history of helping services*. New York: Appleton-Century-Crofts.

LEVITT, E. E. (1963). Psychotherapy with children: a further evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 45-51.

LOTTER, V. (1966). Epidemiology of autistic conditions in young children. I: Prevalence, *Soc. Psychiat.* 1, 124-37.

LOTTER, V. (1967). Epidemiology of autistic conditions in young children. II: some characteristics of parents and children, *Soc. Psychiat.*, 1, 163-173.

LOVAAS, O. I.; KOEGEL, R. L.; SCHREIBMAN, L. (1979). Stimulus overselectivity in autism: a review of research. *Psychological Bulletin*, 86, 1236-1254.

MERCER, J. R. (1975). Psychological assessment and the rights of children. In N. Hobbs (Ed.), *Issues in the Classification of Children*, Vol. 1. San Francisco-Jossey - Bass.

NELSON, K. (1985). *Making sense. Acquisition of shared meaning*. Academic Press Incorporation.

NELSON, R. O. (1983). Behavior assessment: past, present and future. *Behavioral Assessment*, 5, 195-206.

PEREIRA, E. G. (1990). Perspectiva comportamental-analítica na terapia do autismo infantil. *Jornal de Psicologia*, ano 9, N.º-3, outubro, 11-15.

PFEIFFER, S. I ., NELSON, D. D. (1992). The cutting edge in services for people with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 22, 1, 95-105.

RICHELLE, M. (1977). B. F. Skinner ou le péril behavioriste. Mardaga. **RIE, H. E.** (1971) Historical perspectives on concepts of child psychopathology. In H. Rie (ed.), *Perspectives in Child Psychopathology*. Chicago: Aldine Atherton.

RIMLAND, B. (1964). *Infantile autism*. New York: Appleton-Century-Crofts.

ROSENTHAL, R. L. & JACOBSON, L. (1968). *Pygmalion in the classroom: teacher expectation and pupils' intellectual development*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

RUTTER, M. (1965). Classification and categorization in child psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 6, 71-83.

RUTTER, M. (1969). Concepts of autism: a review of research. In S. Chess & A. Thomas (Eds.), *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*: New York-Brunner/Mazel Inc. 379-410.

RUTTER, M. (1972). Childhood schizophrenia reconsidered. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 2, 315-338.

RUTTER, M. (1978). Diagnosis and definition. In Rutter, M. & Schopler, E. (Eds.), *Autism: a reappraisal of concepts and treatment*, New York: Plenum.

RUTTER, M.; HOWLIN, P. (1987). *Treatment of autistic children*. Chichester: Wiley.

SCHOPLER, E. (1969). Parents of psychotic children as scapegoats. Paper presented at the Symposium of the American Psychological Association, Washington, D. C. (September).

SCHOPLER, E. & REICHLER, R. J. (1971). Parents as cotherapists in the treatment of psychotic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1, 1, 87-102.

SCHUMAN, A. I. (1967). The double-bind hypothesis a decade later. *Psychological Bulletin*, 68, 409-416.

SIEGEL, B., VUKICEVIC, J. ELLIOT, G. R. & KRAEMER, H. C. (1989). The use of signal detection theory to assess DSM III-R criteria for autistic disorder. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 28, 542-548.

SKINNER, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Prentice Hall. Appleton Century-Crofts.

SKUSE, D. (1984). Extreme deprivation in early childhood.II. Theoretical issues and a comparative review. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, 25, 543-572.

SOKAL, R. R. (1974). Classification: purposes, principles, progress, prospects. *Science*, 185, 1115-1123.

TSAI, L. et al. (1982). Social class distribution of fathers and children enrolled in Iowa autism program. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 12, 211-222.

TYRON, W. (1976). A system of behavioral diagnosis. *Professional Psychology*, 4, 495-506.

VOLKMAR, F. R. (1992). DSM-IV Field trials for autism. Comunicação no "4th Congress Autism-Europe", Haia, Maio.

WALTERS & PARKE (1964). Social dependency and susceptibility to social influence. *Advances in Experimental Social Psychology*, L. Berkowitz (ED.), Academic Press - New York.

WATERHOUSE, L. (1988). Aspects of the evolutionary history of human social behavior. *Aspects of autism: biological research*. Wing Ed.- Gaskell /The Nas. London.

WATERHOUSE, L.; WING, L.; SPITZER, R.; SIEGEL, B. (1992). Pervasive developmental disorders: from DSM III to DSMIII-R. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 525-549.

WEIL, J. D. (1974). A neurophysiological model of emotional and intentional behavior. Springfield, Ill: Charles Thomas.

WENER, C. et al. (1967). Changing autistic behavior: the effective of three milieus. *Archives of General Psychiatry*, 17, 1, 26-35.

WERRY, J. S.; METHEVEN, R. J.; FITZPATRICK, J. & DIXON, H. (1983). The interrater reliability of DSM III in children. *Journal of Abnormal and Child Psychology*, 11, 341-354.

WING, L. (1988). *Aspects of autism: biological research*. Gaskell Psychiatry Series. The National Autistic Society. Alden Press - Oxford.