



EDUCAÇÃO ESPECIAL E SUAS CONDUTAS TÍPICAS

SUMÁRIO

1-	DISTÚRBIO DE ATENÇÃO	3
2-	HIPERATIVIDADE	8
3-	IMPULSIVIDADE	16
4-	ALHEAMENTO	18

REFERÊNCIAS

1- DISTÚRPIO DE ATENÇÃO

Déficit de Atenção é um distúrbio que atinge crianças e adultos, caracterizado primariamente pela falta de concentração em atividades rotineiras e pela impulsividade.

Pode se manifestar de duas formas: com ou sem hiperatividade. No primeiro caso, chamamos de **Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA)**, e no segundo, **Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)**.

Mas, como saber quando uma pessoa é portadora do déficit de atenção ou apenas alguém muito distraído? Como avaliar se uma criança está apenas demonstrando uma agitação natural da idade ou manifestando um transtorno?

Para isso, é preciso conhecer a origem desses distúrbios, suas causas e sintomas.

O que é Déficit de Atenção?

Não são raras as vezes em que o portador de déficit de atenção, seja ele criança ou adulto, é visto apenas como uma pessoa distraída, que vive com a cabeça “no mundo da lua”, e não presta atenção à sua volta por mero descuido.

Apesar de o DDA apresentar essa característica da falta de foco e distração, suas causas e, principalmente, suas consequências são bem mais graves.

Os quadros de Distúrbio do Déficit de Atenção são ocasionados por uma disfunção neurológica, que afeta o funcionamento do córtex pré-frontal. Essa é a área do cérebro responsável pela atenção, organização, controle de impulsos e capacidade de expressar sentimentos, entre outras. Tal disfunção se dá, em parte, pela deficiência do neurotransmissor Dopamina.

Em função disso, a pessoa com DDA encontra sérias dificuldades ao buscar de toda maneira, a concentração necessária. Quando o indivíduo tenta excessivamente

focar numa tarefa, ao invés de aumentar, a atividade do córtex pré-frontal diminui, piorando o quadro.

Por isso, o diagnóstico deve ser feito de forma precisa, para que o tratamento correto seja iniciado o quanto antes. Esse diagnóstico é clínico, e deve ser obtido em consulta com o neurologista ou psiquiatra. Os exames de imagem não são necessários, a menos que se queira descartar a presença de outras patologias.

Diferença entre DDA e TDAH

A principal diferença entre Distúrbio de Déficit de Atenção e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade está na última palavra da sigla **TDAH**. Ambos, na verdade, são transtornos neurobiológicos de origem genética, assim reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde – OMS.

O portador de TDAH apresenta desde a infância os sintomas de desatenção, inquietude excessiva e impulsividade. Sintomas estes que o acompanharão por toda a vida. Já a hiperatividade tende a melhorar com o avanço da idade.

Nos casos de DDA, todavia, a inquietude também aparece, assim como as outras características, comuns aos dois casos. Porém, o grau de agitação é menor, e por isso é excluída a hiperatividade.

Alguns profissionais da área utilizam as siglas TDA e TDAH ou DDA e DDAH, mostrando que a principal diferença entre elas está mesmo no H da hiperatividade.

No entanto, observa-se ainda que o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade nasce com o indivíduo, e por isso é sempre mais observado em **crianças**. Já o DDA pode aparecer apenas na idade **adulta**.

Principais sintomas de Déficit de Atenção

Os sintomas de déficit de atenção vão muito além da falta de concentração e distração. Pessoas com DDA costumam apresentar com frequência dificuldade de organização (do tempo e do espaço), dificuldade de aprender com os erros,

adiamento de tarefas (procrastinação), impulsividade (falar sem pensar e se adiantar nas respostas).

Além desses, alguns comportamentos, quando recorrentes, podem significar a presença do DDA. São eles:

- dificuldade em ouvir os outros;
- incapacidade de terminar tarefas e concluir projetos;
- ausência de objetivos definidos e de planos para o futuro;
- dificuldade em expressar sentimentos;
- sensação de tédio e apatia;
- desmotivação;
- letargia;
- sentimento de vazio;
- dificuldade de ficar parado (desassossego);
- dificuldade em ficar sentado por longos períodos em que seja necessário;
- falar excessivamente ou falar pouco;
- dificuldade em aguardar a vez;
- intromissão ou interrupção (em conversas alheias, por exemplo).

DDA em crianças e adultos

O déficit de atenção em crianças, geralmente aparece acompanhado da hiperatividade, o que faz com que seja percebido rapidamente, preocupando pais e familiares.

Nos pequenos, o TDAH costuma estar associado à dificuldade de vivência escolar, uma vez que a agitação e desatenção atrapalham a compreensão do conteúdo e interferem no relacionamento com os colegas e professores, e até mesmo com os pais.

Porém, há de se observar com cautela o comportamento da criança, para que a alta carga de energia e as travessuras costumeiras da idade não seja tachadas como

hiperatividade, resultando num diagnóstico incorreto e na ingestão desnecessária de medicamentos.

Mas, sobretudo, também é preciso que a criança com TDAH não seja tida apenas como “bagunceira”, “avoadada” e “mimada”, negligenciando, assim, o tratamento correto que ela necessita.

Já no caso dos adultos, o Distúrbio do Déficit de Atenção pode se manifestar de forma menos aparente. A hiperatividade não é tão comum na fase adulta, e como citamos anteriormente, quando o TDAH acompanha a pessoa desde a infância, geralmente a hiperatividade se torna amena, e pode até desaparecer com o passar dos anos.

Todavia, os sintomas de distração e os comportamentos já mencionados são extremamente prejudiciais para o indivíduo adulto, que precisa lidar com situações que atrapalham a [vida profissional](#) e pessoal, principalmente no que tange à concentração em tarefas, à impulsividade e aos conflitos que a pessoa com DDA costuma buscar.

Tratamento para Déficit de atenção

O déficit de atenção é tratado com o uso de medicamentos com fórmulas que atuam no lugar da dopamina, regulando as atividades do córtex pré-frontal. Dessa maneira se restabelece o foco e a concentração durante o período de ação do medicamento, que costuma variar entre 12 a 24 horas, dependendo do tipo prescrito.

Entretanto, a [psicoterapia](#) deve acompanhar o tratamento medicamentoso, formando uma “dupla de ataque” contra os sintomas e comportamentos do transtorno.

Nos casos em que o grau de desatenção e hiperatividade não seja tão elevado, e que não cause tantos prejuízos no cotidiano da pessoa, é possível tratar esse distúrbio através do reconhecimento do problema, com auxílio de [terapia cognitivo-comportamental](#).

Assim, o paciente pode adquirir domínio sobre seus sentimentos e impulsos e a disciplina necessária para gerir os comportamentos prejudiciais à sua rotina.

Remédios para deficit de atenção

As opções de medicamento para DDA e TDAH são bastante variadas. O mais conhecido deles é a [Ritalina](#), amplamente prescrito para tratar crianças consideradas hiperativas. A maioria pertence à classe dos estimulantes (anfetaminas), mas existem também os chamados não-estimulantes.

Tais medicamentos possuem potencial de redução da hiperatividade e da impulsividade, melhorando a capacidade de concentração e aprendizado. Além disso, o uso de remédios pode melhorar a coordenação física e motora dos portadores do transtorno.

Respeitadas as doses e recomendações do médico, esses medicamentos são bastante seguros, apresentando poucos efeitos colaterais que, em geral, se apresentam em problemas relacionados ao sono e falta de apetite.

2- HIPERATIVIDADE

A [hiperatividade](#) é um estado excessivo de energia, que pode ser motora (física, muscular) ou mental (intenso fluxo de pensamentos). Se algum órgão ou glândula do nosso corpo estiver trabalhando em demasia, dizemos que ele está hiperativo (como no caso da glândula tireóide no hipertireoidismo). Hiperatividade também é sinônimo de aumento e/ou excesso de atividade; comportamento hipercinético (hiper = muito; cinesia = movimento).

O sintoma “hiperatividade” por si só, pouco diz ao especialista, uma vez que sendo um sintoma inespecífico, pode ocorrer em múltiplas situações do dia a dia de crianças e adultos normais, sem causar qualquer espécie de problema. Entretanto, não raro, a hiperatividade pode ser de difícil avaliação quanto ao grau de comprometimento, especialmente em crianças menores. Daí haver a demanda de uma avaliação cuidadosa da hiperatividade e seu *modus operandis* em todos os contextos da vida da criança ou adulto, bem como a observação do grau de sofrimento, prejuízo e comprometimentos decorrentes do comportamento hiperatividade à [criança](#), à família e à qualidade de vida do sistema familiar como um todo.

Em geral o hiperativo é desatento, não possui um bom desempenho na escola e tende a ter problemas com a leitura e outras tarefas acadêmicas. Frequentemente esse transtorno pode ser acompanhado de outros atrasos no desenvolvimento como dificuldade na fala e falta de habilidade (dispraxia). Em presença de comprometimento em múltiplos setores e presença de sofrimento e prejuízos, a hiperatividade será classificada como patológica.

A hiperatividade pode se manifestar em qualquer idade e sexo embora a sua prevalência seja maior nos meninos.

Sintomas de Hiperatividade

A hiperatividade é um estado de atividade motora excessiva que pode se manifestar por sintomas de inquietação, [nervosismo](#) e movimentos excessivos onde as crianças estão sempre correndo, pulando e saltitando ao invés de andarem. É comum vê-las se esbarrando nas pessoas ou nos móveis, tropeçando, caindo e se machucando, pois quase sempre estão se colocando em lugares perigosos. Não raro, até para comer e ou assistir à TV o fazem de pé, andando de um lado a outro da casa. O sono costuma ser agitado, falam muito e mesmo dormindo giram o corpo na cama, podendo se tremer e balançar a perna para dormir.

Todo esse comportamento excessivo com frequência se acompanha de uma dificuldade de concentração e manutenção do foco para prestar atenção nas aulas, realizar as tarefas, ler, fazer os deveres de casa e até para brincar de forma calma e segura com os colegas. A fala é excessiva, podendo ser desorganizada pela “pressa para falar”, e por vezes é muito acelerada parecendo que vão gaguejar. Eles têm muita dificuldade em permanecerem quietos em casa, na escola, no parque ou em qualquer lugar.

Ainda assim, é importante distinguir a verdadeira hiperatividade dos comportamentos ativos e impulsivos exibidos pelas crianças normais. A hiperatividade, sendo um sintoma dimensional, varia de intensidade dentro de um espectro, fato que pode deixá-la sujeita à relativização do observador. Ou seja, um mesmo comportamento poderá parecer mais ou excessivo hiperativo ou até normal, dependendo das condições do observador, geralmente os pais ou os professores. Mas verdade seja dita, algumas crianças são nitidamente muito mais ativas do que outras aos olhos de qualquer um. Casos assim são muito mais sujeitos a problemas na escola e no social e muitas crianças hiperativas são muito infelizes e ansiosas, sendo alvo de [bullying](#) e de toda sorte de rejeição e punição em casa e na escola. O comportamento hiperatividade pode diminuir na adolescência e até desaparecer na vida adulta, embora seja muito comum a persistência das cicatrizes deixadas ao longo da vida.

Como identificar hiperatividade infantil na escola?

Os principais sintomas da hiperatividade em crianças são:

- Estar sempre inquieto
- Estar sempre se mexendo (pés e mãos) e tamborilando dedos
- Sempre se levantar quando é para ficar sentado
- Ficar correndo, perambulando e falando excessivamente
- Ter dificuldades em participar de brincadeiras calmas

Os principais sintomas da hiperatividade em adultos são:

- Inquietude interna e ansiedade
- Dificuldade de ficar sentado em reuniões
- Tendência a ser workaholic, ou seja, viciado em trabalho
- Falar excessivamente
- Fumar e ou beber em demasia

Sintomas como sentir sonolência diurna e evitar brincadeiras “clássicas” e agitadas (como futebol e queimada) são menos observados no dia a dia dessas crianças, mas podem acontecer. Algumas crianças hiperativas se retraem por conta da própria hiperatividade, por exemplo. No futebol: muitas vezes tamanha é a hiperatividade que eles sempre perdem de defender as bolas, derrubam as outras crianças durante o jogo, perdem boas jogadas e com isso são rejeitados pelo grupo; na queimada, sempre são queimados, caem mais, são desajeitados, sofrem mais bullying e também costumam ser deixados de lado pelos colegas. Por isso alguns meninos hiperativos podem optar por brincarem sozinhos, alguns até com brincadeiras ‘mais protetoras’ e que não vão machucá-los.

Apesar dos sintomas mais notórios da hiperatividade serem da responsabilidade do cérebro, outras partes do corpo humano também têm um papel importante na hiperatividade. Pescoço, coluna, sistema imunitário, sistema digestivo e urinário estão envolvidos na hiperatividade. Por isso é que muitas crianças e adultos com hiperatividade têm:

- Problemas respiratórios como bronquite e asma
- Má postura física
- Um andar descoordenado ou desengonçado
- Tendência para tropeçar, ir contra coisas, quedas e acidentes

- Pouca habilidade com trabalhos ou atividades manuais
- Fazer xixi na cama com uma idade avançada, muitas vezes com 8 e 9 anos.

Tipos

Existem dois tipos de hiperatividade:

Hiperatividade motora: Basicamente na criança, a hiperatividade está ligada à motricidade, aos movimentos. É a criança agitada, que não para quieta um segundo sequer, com o bicho carpinteiro, como dizem as pessoas.

Hiperatividade mental: profusão de pensamentos de modo desorganizado, em excesso, prejudicando o raciocínio da criança, além de tender a deixá-la desatenta, ansiosa, irritada e ou agressiva.

Causas

As causas mais comuns são as de ordem genética e ambiental (uma suscetibilidade genética em interação direta com fatores ambientais).

Em crianças, podem existir as seguintes causas de hiperatividade:

- [TDAH](#) ou Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
- Uso de álcool, tabaco, substâncias psicoativas pela mãe durante a gestação
- Complicações na gestação, como injúria fetal, lesão cerebral
- [Parto prematuro](#) e baixo peso do bebê (PIG)
- Complicações no parto, como hipóxia, partos prolongados e traumáticos ao bebê
- Mãe sob estresse contínuo, mãe mal nutrida ou desnutrida
- Ambiente familiar desorganizado, caótico, desestruturado
- Maus tratos e abuso
- Problemas situacionais como crises familiares ([luto](#), separação parental e outras) levando a quadros de hiperatividade reativa
- Transtornos de aprendizagem
- Deficiência intelectual
- Doenças invasivas do neurodesenvolvimento, como o [autismo](#), por exemplo

- Doenças genéticas e outras doenças, como pós-encefalites virais, entre outras.

TDAH: falta de atenção e hiperatividade prejudicam capacidade de aprendizado de pacientes

Já entre os adultos, as causas mais comuns para hiperatividade são:

- TDAH ou Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
- Outros transtornos psiquiátricos como, por exemplo, [transtorno bipolar](#), mania agitada, entre outros
- Outros transtornos fisiológicos, como [hipertireoidismo](#) e feocromocitoma
- Doenças cérebro vasculares e outras do doenças do sistema nervoso central
- Intoxicação por chumbo, mercúrio e outros metais pesados
- Uso em excesso de medicamentos psicoestimulantes, drogas (cocaína), cafeína, tabaco
- Síndrome de abstinência de drogas
- Exposição a pesticidas e/ou adubos agrícolas e a produtos químicos
- Exposição a produtos domésticos com princípio ativo muito forte como diluente, amoníaco ou vernizes
- Meio familiar caótico, desorganizado, dinâmica agressiva
- Distúrbios emocionais, instabilidade no emprego e nos relacionamentos.

Saiba mais: [Distração ou déficit de atenção?](#)

Fatores de risco

Entre os fatores de risco para a hiperatividade, encontramos principalmente fatores genéticos e ambientais, como:

- Parto prematuro
- Baixo peso ao nascer
- Tabagismo na gravidez
- Desajuste familiar
- Idade materna jovem

- História paterna de comportamento antissocial
- [Depressão](#) materna .

Diagnóstico e Exames

Buscando ajuda médica

O diagnóstico é fundamentalmente clínico, realizado por profissional (de preferência, psiquiatra) que conheça profundamente o assunto e que necessariamente descarte outras doenças e transtornos, para então indicar o melhor tratamento.

A hiperatividade é um tipo de conduta desnecessária, desorganizada e caótica, caracterizada pela combinação de inquietude e falta de atenção em um nível impróprio para a idade da criança. Para o neuropsicólogo Sam Goldstein é essencial compreender o comportamento da criança hiperativa, ver o mundo através dos olhos dessa criança e fazer a distinção entre comportamento que resulta de falta de capacidade e comportamento que resulta de desobediência deliberada. Todos aqueles (pais, amigos ou profissionais) que lidam com crianças hiperativas, sabem também do outro lado da moeda, ou seja, do quão grande é o sofrimento que elas sentem. Só quem convive com estas crianças é que sabe como é difícil lidar com elas, pois elas não cooperam, não param quietas, estão sempre em movimento, manipulando objetos ou parecendo sonhar com um mundo diferente daquele em que ora vivem.

Ou seja, sempre que houver uma hiperatividade persistente, junto a quadros desatencionais, de impulsividade, levando a rejeição social e queda no rendimento escolar, é esta a hora de buscar um profissional experiente no assunto.

Diagnóstico de Hiperatividade

O diagnóstico antes dos quatro ou cinco anos raramente é feito, pois o comportamento das crianças nessa idade é muito variável e a atenção não é tão exigida quanto a atenção de crianças maiores. Mesmo assim, algumas crianças desenvolvem o transtorno numa idade bem precoce. Crianças só hiperativas respondem de modo adequado as orientações específicas das professoras e ao

conteúdo programático proposto em aula bem como as atividades físicas regulares, ao inverso das crianças acometidas com um distúrbio de hiperatividade, uma vez que elas também vão apresentar dificuldade de seguir regras e limites e de controlar os seus impulsos.

Geralmente só os pais são chamados na primeira consulta. Nela, será obtida anamnese detalhada da criança, ou seja, de todo o seu histórico de vida desde a concepção. Também é feita a análise do histórico de vida dos pais e irmãos e familiares biológicos, incluindo todos os dados do histórico patológico pregresso, análise do histórico e ambiente escolar (acadêmico), profissional, social, conjugal, dinâmica do sistema familiar, e sempre, observando se os pais e irmãos conseguiram ou estão conseguindo aproveitar toda a capacidade de desempenho na vida.

Relatórios sobre a criança são solicitados à escola. Escalas específicas são feitas com os pais e encaminhados para a escola para ser preenchido também. São solicitados exames de sangue, imagem e avaliações específicas (pelo oftalmologista, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo, psicólogo etc.) conforme cada caso.

É importante detalhar com rigor a hiperatividade, com perguntas como as listadas abaixo:

- Desde quando observaram que a criança era hiperativa?
- A hiperatividade é estável ou vem aumentando ou diminuindo ao longo do tempo? Especifique?
- Quais os sintomas que mais incomoda em casa e na escola?
- Que outros sintomas a criança apresenta?
- Quais as queixas da professora?
- Ele é assim em que lugares e com que pessoas?
- Ele apresenta alguma situação que provoque a hiperatividade?
- Como é ele em relação a outras crianças da mesma idade?

Em uma segunda consulta, a criança é avaliada física e emocionalmente. Caso o especialista ache necessário, poderá solicitar uma avaliação neuropsicológica.

Todo o diagnóstico é puramente clínico e será acompanhado regularmente a partir dos dados dos pais e professores. Existem trabalhos que mostram diferenças em áreas do cérebro nas crianças com TDAH, se comparadas com um grupo de crianças sem a doença. Entretanto, é importante salientar que o diagnóstico é eminentemente clínico, baseado nas queixas da pessoa e em sua história de vida. Exames radiológicos, raios-X, tomografia ou eletroencefalograma (exame pedido com muita frequência) não ajudam a esclarecer o diagnóstico, seja em crianças, seja em adultos.

Tratamento e Cuidados

Medicamentos para Hiperatividade

A hiperatividade pode ter diversas causas, de modo que o tratamento varia de acordo com o diagnóstico estabelecido pelo médico. Por isso, somente um especialista capacitado pode dizer qual o medicamento mais indicado para o seu caso, bem como a dosagem correta e a duração do tratamento. Os medicamentos mais comuns no tratamento de hiperatividade são:

- Depakote
- [Frontal](#)
- Ritalina
-

Siga sempre à risca as orientações do seu médico e NUNCA se automedique. Não interrompa o uso do medicamento sem consultar um médico antes e, se tomá-lo mais de uma vez ou em quantidades muito maiores do que a prescrita, siga as instruções na bula.

3- IMPULSIVIDADE

Todos nós sabemos que ser impulsivo é um comportamento comum na maioria das pessoas. Sendo patológica ou não, a impulsividade traz consigo sempre consequências desagradáveis. Entretanto, até onde essa impulsividade é normal? Até onde ela pode nos levar? Existe impulsividade patológica?

Primeiramente para que um comportamento seja intitulado patológico dentro da saúde mental, é necessário observarmos sua frequência, intensidade e o grau de sofrimento que ele causa. Ser uma pessoa impulsiva não significa que ela tenha um Transtorno do Controle do Impulso. Falar ou fazer algo que não devia, por exemplo, terá suas consequências, porém não necessariamente influenciará de forma negativa em muitas áreas de sua vida.

Nos últimos anos, a impulsividade tem recebido um destaque por alguns comportamentos disfuncionais, sendo também elemento central nas “dependências comportamentais

Para que estudar a impulsividade? Por que “patologizar” comportamentos comuns?

Atualmente os transtornos relacionados à impulsividade estão sendo mais frequentes do que o esperado. Estudos recentes estimam que 9% da população sofra de algum transtorno que apresenta a dificuldade em controlar o impulso, que são: Transtorno do jogo (dependência); Impulso sexual excessivo; Compras compulsivas; Uso excessivo de internet; Transtorno de escoriação (cutuca feridas até manchar a pele); Tricotilomania (arrancar pelos/cabelos do corpo); Ciúme e amor patológico (dependência); Transtorno explosivo intermitente (Impulso agressivo); Comer compulsivo; Cleptomania e automutilação são os mais comuns deles, sendo que a impulsividade nesses casos vem como característica primária e principal e não como um sintoma de uma instabilidade de humor, por exemplo.

Os Transtornos do Controle do Impulso tem início na adolescência e podem causar incapacitação duradoura e definitiva. Sabe-se que tentativas de suicídio têm correlação com traços impulsivos de personalidade.

A impulsividade é multidimensional. O que isso significa?

A impulsividade se expressa em diferentes comportamentos e cada um deles tem funcionamento psicopatológico próprio determinante na perda de controle. A impulsividade em um jogador compulsivo (impulsividade dependente) por exemplo, é diferente da impulsividade em uma pessoa que sofra de Transtorno Explosivo Intermitente (impulsividade agressiva).

O conceito principal de transtorno impulsivo é a desinibição comportamental, ou seja, a impulsividade é vista como o resultado de um desequilíbrio entre o pensar e o agir, fazendo com que a ação anteceda o planejamento, gerando consequências como culpa, tristeza, raiva e arrependimento.

Contudo, apesar da impulsividade estar presente em vários transtornos psiquiátricos, podemos dizer que ela é patológica quando se torna primária e característica principal no comportamento de uma pessoa, podendo ser um quadro de Transtorno do Controle do Impulso, ou seja, quando apresenta falhas em seu sistema inibitório, sobrecarregando assim, a maioria das áreas de sua vida.

4- ALHEAMENTO

Significado de **Alheamento**

n.f.

1. Ação ou resultado de alhear ou de se alhear; ausência ou alienação;
2. Desatenção ou abstração;
3. Deslembração ou esquecimento;
4. Frieza ou inércia; desinteresse.

(Etm. alhear + mento)

Quando falamos em alheamento, faz-se necessário definirmos o que é o autismo.

Veremos algumas definições de fontes diferentes.

Facilmente confundido com deficiência mental, o **autismo** é um transtorno do desenvolvimento que geralmente está associado a outras deficiências. As causas ainda não foram descobertas, mas, ao contrário do que se imagina, é possível evitá-lo. Abaixo, destacamos alguns dos principais aspectos que envolvem o tema.

O que é

A palavra “autismo”, atualmente pode ser associada a diversas síndromes, o que aumenta a possibilidade do autista ser considerado portador de deficiência mental. É, na verdade, um transtorno do desenvolvimento e quem o possui apresenta, em muitos quadros, quociente de inteligência (QI) abaixo da média. É um transtorno sem fronteiras geográficas e sociais, ou seja, ocorre no mundo inteiro e em todas as classes sociais e econômicas.

Causa

Embora haja grupos de estudos e pesquisas no mundo inteiro, ainda não foi detectada a causa do autismo.

Como reconhecer

Os sintomas variam amplamente e manifestam-se de diversas formas, variando do mais leve ao mais alto comprometimento. Em cooperação internacional, os especialistas concordaram em usar alguns critérios de comportamento para diagnosticar o **autismo**.

Atualmente há duas publicações que descrevem os sintomas que levam ao diagnóstico da pessoa autista. Uma é o Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM-IV), da Associação Psiquiátrica Americana ; e a outra é a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), publicada pela Organização Mundial de Saúde.

Conheça como se manifesta o autismo

Marcante lesão na interação social, manifestada por:

Diminuição no uso de comportamentos não-verbais como contato ocular (evita olhar nos olhos do interlocutor), expressão facial, postura corporal e gestos para interagir socialmente.

Dificuldade em desenvolver relações de companheirismo apropriadas. Ausência de procura espontânea em dividir satisfações, interesses ou realizações com outras pessoas.

Falta de reciprocidade social ou emocional (indiferença).

Marcante lesão na comunicação, manifestada por:

Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral, sem ocorrência de tentativas espontâneas de compensação através de modos alternativos de comunicação, como gestos ou mímicas.

Em pessoas com fala normal, diminuição da habilidade de iniciar ou manter uma conversa com outras pessoas.

Ausência de ações variadas de imitação social apropriadas para o nível de desenvolvimento.

Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, manifestados por:

Obsessão por atitudes ou objetos específicos.
Fidelidade aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos.
Hábitos motores repetitivos, por exemplo, agitação ou torção das mãos ou dedos e repetidos movimentos corporais.

Outras formas de reconhecer o autismo:

Resistência ao aprendizado
Ausência de noção de perigo
Indicação de necessidades com gestos
Resistência ao contato físico e a afetividade
Hiperatividade física
Comportamentos agressivo e destrutivo

Atenção: Esses sintomas individuais não configuram o autismo. A combinação de vários é que pode levar ao seu diagnóstico. Um especialista deve sempre ser consultado para orientação e esclarecimento.

Tratamento

Não há cura para o **autismo**.

A pessoa autista pode ser tratada e desenvolver suas habilidades de uma forma mais intensiva do que outra pessoa que não apresente o mesmo quadro e, então, assemelhar-se muito a essa pessoa em alguns aspectos de seu comportamento.

Porém, sempre existirá dificuldade nas áreas atingidas pelo **autismo**, como comunicação e interação social.

O **autista** pode desenvolver comunicação verbal, integração social, alfabetização e outras habilidades, dependendo de seu grau de comprometimento e da intensidade e adequação do tratamento que, em geral, é realizado por equipe multidisciplinar nas áreas de Fonoaudiologia, Psicologia, Educação Física, Musicoterapia, Psicopedagogia e outras.

Fonte: www.centrorefeducacional.com.br

Autismo

“Perda de contato com a realidade exterior”

Definição

O **autismo** é uma doença psiquiátrica rara e grave da infância – Síndrome de Kanner – autismo infantil – caracterizado por um desenvolvimento intelectual desequilibrado, afetando também a capacidade de socialização.

Podemos também caracterizá-lo como uma anormalidade grave que se caracteriza por severos problemas ao nível da comunicação e do comportamento, e por uma grande incapacidade em relacionar-se com as pessoas de uma forma normal.

“É hoje geralmente aceite que as perturbações incluídas no espectro do autismo, Perturbações Globais do Desenvolvimento nos sistemas de classificação correntes internacionais, são perturbações neuropsiquiátricas que apresentam uma grande variedade de expressões clínicas e resultam de disfunções do desenvolvimento do sistema nervoso central multifatoriais” (Descrição do Autismo, Autism-Europe, 2000).

O **autismo** é uma perturbação global do desenvolvimento infantil que se prolonga por toda a vida e evolui com a idade.

Os adolescentes juntam às características do autismo os problemas da adolescência, podendo contudo, melhorar a capacidade de relacionar-se socialmente e o seu comportamento ou, pelo contrário, podem voltar a fazer birras, mostrar auto-agressividade ou agressividade para com as outras pessoas.

É um distúrbio neurofisiológico e a sua causa é desconhecida. Alguns investigadores atribuem a alterações bioquímicas.

Outros associam a distúrbios metabólicos hereditários, encefalites, meningites, rubéola contraída antes do nascimento, ou até a lesões cerebrais. Porém existem bastantes incertezas e dúvidas na relação do Autismo com estas doenças.

O **autismo** resulta de uma perturbação no desenvolvimento do Sistema Nervoso, de início anterior ao nascimento, que afeta o funcionamento cerebral em diferentes áreas: a capacidade de interação social e a capacidade de comunicação são algumas das funções mais afetadas.

As pessoas com autismo têm uma grande dificuldade, ou mesmo incapacidade, de comunicar, tanto de forma verbal como não verbal. Muitos dos autistas não têm mesmo linguagem verbal. Noutros casos o uso que fazem da linguagem é muito limitado e desadequado. No que respeita à comunicação não verbal, há uma acentuada incapacidade na sua utilização.

Paralelamente, as pessoas com autismo têm uma grande dificuldade na interpretação da linguagem, devido à dificuldade na compreensão da entoação da voz e da mímica dos outros com quem se relacionam.

O isolamento social é outra característica do **autismo**.

Outra particularidade comum no **autismo** é a insistência na repetição. Por isso é que as pessoas com autismo seguem rotinas, por vezes de forma extremamente rígida, ficando muito perturbadas quando qualquer acontecimento impede ou modifica essas rotinas.

O balançar do corpo, os gestos e os sons repetitivos são vulgares, sendo mais frequentes em situações de maior ansiedade.

A maioria dos autistas tem também deficiência mental, com níveis significativamente baixos de funcionamento intelectual e adaptativo. Cerca de 30% dos autistas pode sofrer também de epilepsia.

O **autismo** resultante de uma perturbação do desenvolvimento embrionário, contudo, não é possível o diagnóstico pré-natal do autismo, nem este se manifesta por quaisquer traços físicos, o seu diagnóstico não é, em princípio, possível de ser feito nas primeiras semanas ou meses de vida.

A perturbação da interação social do bebé é geralmente o primeiro sinal que alerta para a hipótese de diagnóstico de autismo o qual, nos casos mais graves, pode chegar a ser identificado antes do primeiro ano de idade.

Causa

A causa ou causas específicas do **autismo** são ainda desconhecidas, sabe-se, contudo que tem uma base genética importante.

Sobre esta determinante genética seriam acumulados fatores adicionais (do meio interno e/ou envolvente) que eventualmente poderiam levar ao autismo e que seguramente contribuem para a sua expressão. Está, por outro lado, bem demonstrado que fatores como a relação mãe / bebê ou a educação, não determinam em nada o aparecimento do autismo.

Trata-se de uma perturbação global do funcionamento cerebral, que afeta numerosos sistemas e funções, eventualmente com múltiplas causas e que se expressa de formas bastante diversas.

Existem medicamentos que podem aliviar os sintomas e as alterações comportamentais associadas ao autismo.

A quase totalidade dos autistas será sempre incapaz de gerir de forma autónoma a sua pessoa e bens, pelo que necessitam, durante toda a vida, do auxílio de terceiros. Estes devem atender à natureza única de cada pessoa com autismo e criar condições que permitam a expressão máxima das capacidades individuais.

Nas décadas de 40 e 50 acreditava-se que a causa do **autismo** residia nos problemas de interação da criança com os pais e com a família. Várias teorias sem base científica e de inspiração psicanalítica culpabilizavam os pais (em especial as mães) por não saberem dar as devidas respostas afetivas aos seus filhos.

A partir dos anos 60 e com a investigação científica baseada sobretudo em estudos de casos de gémeos e nas doenças genéticas associadas ao autismo (X Frágil, esclerose tuberosa, fenilcetonúria, neurofibromatose e diversas anomalias cromossómicas) descobriu-se a existência de um fator genético multifatorial e de diversas causas orgânicas relacionadas com a sua origem.

Estas causas são diversas e refletem a diversidade das pessoas com autismo: parecem haver genes candidatos, isto é, uma predisposição para o

autismo o que explica a incidência de casos de autismo nos filhos de um mesmo casal.

Fatores pré natais (ex.rubéola materna, hipertiroidismo) e durante o parto (ex.prematuridade, baixo peso ao nascer, infecções graves neonatais, traumatismo de parto) também podem ter influência no aparecimento das perturbações do espectro do autismo.

Existe uma grande ocorrência de epilepsia na população autista (26 a 47%) enquanto na população em geral a incidência é de cerca de 0,5%.

Atualmente, alguns investigadores encontram-se a efetuar estudos acerca de anomalias nas estruturas e funções cerebrais das pessoas com autismo.

Em suma, não há ligação causal entre atitudes e ações dos pais e o aparecimento das perturbações do espectro autista e não se encontra relacionado com a raça, a classe social ou a educação parental.

Incidência

Esta doença atinge mais o sexo masculino do que o feminino (cerca de 2 para 1). As primeiras características podem surgir entre os 4 e os 8 meses de idade, devido ao atraso nível da motricidade e da fala. O diagnóstico requer um cuidadoso exame físico, psicopedagógico e neurológico. O Autismo pode ainda desenvolver-se em crianças que até então pareçam “normais” – Autismo secundário – onde ocorre um nível inexplicável de regressão.

Características / Evolução/Tratamento

As pessoas com autismo têm três grandes grupos de perturbações.

Segundo Lorna Wing (Wing & Gould,1979), a tríade de perturbações no autismo manifesta-se em três domínios:

Domínio social: o desenvolvimento social é perturbado, diferente dos padrões habituais, especialmente o desenvolvimento interpessoal. A criança com autismo pode isolar-se mas pode também interagir de forma estranha, fora dos padrões

habituais.

Domínio da linguagem e comunicação: a comunicação, tanto verbal como não verbal é deficiente e desviada dos padrões habituais. A linguagem pode ter desvios semânticos e pragmáticos. Muitas pessoas com autismo (estima-se que cerca de 50%) não desenvolvem linguagem durante toda a vida.

Domínio do pensamento e do comportamento: rigidez do pensamento e do comportamento, fraca imaginação social. Comportamentos ritualistas e obsessivos, dependência em rotinas, atraso intelectual e ausência de jogo imaginativo.

Características do autismo (Leo Kanner – 1943):

Um	profundo	afastamento	autista.			
Um	desejo	autista	pela	conservação	da	semelhança.
Uma	boa	capacidade	de	memorização	mecânica.	
Expressão	inteligente	e	ausente.			
Mutismo	ou	linguagem	sem	intenção	comunicativa	efetiva.
Hipersensibilidade			aos			estímulos.
Relação estranha e obsessiva com objetos.						

Posteriormente, mencionou a ecolália – fala de papagaio – linguagem extremamente literal, uso estranho da negativa, inversão pronominal e outras perturbações da linguagem (Kanner, J., 1946)

Um ano depois de Kanner ter publicado o seu artigo, em 1944, um pediatra austríaco Hans Asperger, publicava um artigo, em alemão “Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter” no qual descrevia um grupo de crianças com características muito semelhantes às de Kanner, chamando igualmente autismo ao síndrome...

“De inteligência normal, estes rapazes tinham uma dificuldade marcada nas relações interpessoais. Quando se esperava que partilhassem os jogos com outras crianças ou se integrassem numa roda de brincadeiras, eram vistos sozinhos, preocupados de forma obsessiva com o objeto do seu interesse. **A linguagem também era peculiar:** embora por vezes usassem expressões ou vocábulos muito sofisticados, por outro lado não entendiam os ditados mais comuns ou as metáforas mais óbvias. As crianças com Asperger não compreendiam porque

não dizemos o que pensamos, e pensamos o que não dizemos. A entoação era monocórdica sem as flutuações emocionais que dão colorido à nossa voz. A sua coordenação motora era tão pobre que se viam sistematicamente excluídos da participação em jogos coletivos, sem que, de resto, isso parecesse preocupá-los excessivamente. Em momentos de maior emoção apresentavam movimentos repetidos e estereotipados que lhes conferiam um aspecto bizarro.”

Asperger percebeu que estes rapazes partilhavam traços fundamentais com as crianças autistas.

Embora as características dos indivíduos fossem semelhantes, havia um grupo reconhecido por Asperger com níveis de inteligência e linguagem superiores – as crianças com estas características têm síndrome de Asperger. Porém, as suas observações ficaram ignoradas até aos anos 90 quando Lorna Wing, uma psiquiatra americana, chamou a atenção para o trabalho de Asperger e sublinhou a sua importância.

De então para cá o reconhecimento e o estudo desta disfunção cresceu exponencialmente, e as suas características clínicas e problemas associados foram melhor definidos.

As crianças com síndrome de Asperger são ermitãs: “Se eventualmente uma pessoa é companhia, duas são uma multidão.”

Alguns gostavam de ter amigos, mas não sabem como interagir socialmente:

“A alternância do “dá-cá-toma-lá” na relação com os outros é lhes difícil. Não entendem como as outras crianças podem retirar prazer de brincadeiras mais ou menos violentas com contato físico próximo, como também não percebem que o comum dos mortais não partilhe o fascínio por retroescavadoras, comboios, contentores do lixo ou outros temas obviamente de tremendo interesse e importância.”

Lorna Wing (1981) definiu o síndrome de Asperger com seis critérios de diagnóstico:

A linguagem é correta mas pedante e estereotipada;
Ao nível da comunicação não verbal apresentam: voz monótona, pouca expressão facial, gestos inadequados;
No que diz respeito à interação social, esta não recíproca e revelam falta de empatia;
Resistem à mudança e preferem atividades repetitivas;
Ao nível da coordenação motora apresentam uma postura incorreta, movimentos desastrados e por vezes estereotípias;
Possuem uma boa memória mecânica e os seus interesses são especiais e circunscritos.

Hoje o síndrome de Asperger tem uma classificação separada do autismo no DSM IV – TR (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais).

A noção de um espectro de perturbações autísticas baseado na tríade de perturbações apresentada por Lorna Wing é importante para a educação e cuidados das crianças com autismo ou outras perturbações globais do desenvolvimento.

A criança autista vive num mundo à parte criado por ela própria, geralmente são incapazes de estabelecer relações pessoais normais, contudo, podem revelar uma ligação muito forte com os objetos.

Revelam ainda alterações ao nível da linguagem – padrões de fala inelegíveis e outras nem sequer falam, apresentam ainda dificuldades nas relações interpessoais; manifestam rituais – comportamentos estereotipados e repetitivos.

Podem ainda apresentar características como: inibição motora, mutismo, dificuldade em suportar mudanças de ambiente, recusa em procurar ou aceitar carinhos, gosto pela imitação de sons ou de movimentos, dificuldade em estabelecer amizades, entre outras...

O autismo é uma doença com um desenvolvimento gradual, assim: em bebés, os autistas não demonstram grande interesse pelo contato, não sorriem, não olham para os pais, podem apresentar problemas ao nível da alimentação, do choro e do sono.

O bebê com autismo apresenta determinadas características diferentes dos outros bebês da sua idade. Pode mostrar indiferença pelas pessoas e pelo ambiente, pode ter medo de objetos.

Quando começa a gatinhar pode fazer movimentos repetitivos (bater palmas, rodar objetos, mover a cabeça de um lado para o outro). Ao brincar, não utiliza o jogo social nem o jogo de faz de conta. Ou seja, não interage com os outros, pode não dar resposta aos desafios ou às brincadeiras que lhe fazem. Não utiliza os brinquedos na sua função própria.

Aos 12 meses poderão demonstrar um interesse obsessivo por determinados objetos, revelam comportamentos estereotipados e repetitivos e até atrasos ao nível da locomoção.

Geralmente só a partir dos 24 meses é que se podem constatar dificuldades de comunicação – verbal e não verbal.

Depois dos 2 anos de idade a criança autista tem tendência a isolar-se, a utilizar padrões repetitivos de linguagem, a inverter os componentes das frases, a não brincar normalmente, etc...

Dos 2 aos 5 anos de idade o comportamento autista tende a tornar-se mais óbvio. A criança não fala ou ao falar, utiliza a ecolália ou inverte os pronomes.

Há crianças que falam corretamente mas não utilizam a linguagem na sua função comunicativa, continuando a mostrar problemas na interação social e nos interesses.

Regra geral, dos seis anos de idade até à adolescência os sintomas mais perturbadores podem diminuir, contudo o problema não desaparece totalmente.

Os adolescentes juntam às características do autismo os problemas da adolescência. Podem melhorar as relações sociais e o comportamento ou, pelo contrário, podem voltar a fazer birras, mostrar auto-agressividade ou agressividade para com as outras pessoas.

Os adultos com **autismo** tendem a ficar mais estáveis se são mais competentes. Pelo contrário, os menos competentes, com QI baixo, continuam a mostrar características de autismo e não conseguem viver com independência.

No estado adulto, o autista não se consegue integrar na vida normal achando que o mundo é uma ameaça para si – fechando-se no seu mundo, pois sente maior segurança. Por vezes, neste período, o autista pode regredir e até voltar a manifestar comportamentos infantis.

As pessoas idosas com **autismo** têm os problemas de saúde das pessoas idosas acrescidos das dificuldades de os comunicarem. Os problemas de comportamento podem por isso sofrer um agravamento. Além disso, perdem muitas vezes o gosto pelo exercício físico e têm menor motivação para praticar desporto, o que não contribui para melhorar a sua qualidade de vida. Por outro lado, o seu comportamento pode tender a estabilizar-se com a idade.

O tratamento para o **autismo** não existe, centra-se apenas em tentar desenvolver na criança/jovem aptidões e competências ao nível da linguagem e ao nível social. Podem contudo, utilizar-se psicofármacos em situações de agressividade, autodestruição ou convulsões.

Características gerais das crianças autistas

Fisicamente	sadios	e	de	boa	aparência.
Desconhecimento	da	sua	própria	identidade.	
Falta		de		comunicação.	
Não	mantêm	o	contato	visual.	
Retraídos,	apáticos		e	desinteressados.	
Indiferença	em relação	ao	ambiente	que os rodeia.	
Resistência	a	mudanças	de	ambiente.	
Incapacidade		de		julgar.	
Ansiedade	frequente	e	excessiva	e aparentemente	ilógica.
Hiperatividade		e	movimentos	repetitivos.	
Entorpecimento	nos movimentos que requerem habilidade.				

Sintomas

Do nascimento até aos 15 meses:

Problemas com a alimentação, como por exemplo: dificuldade na amamentação. Apáticos e não demonstram nenhum desejo de abraços e nem de mimo. Choro constante ou ausência total de choro. Desinteresse pelas pessoas e pelo meio ambiente. Medo anormal de estranhos.

Movimentos repetitivos, como: balanceamentos das mãos, oscilações ou rotações prolongadas, entre outros... Interesse obsessivo por determinados objetos, jogos ou aparelhos mecânicos. Insistência nos seus desejos unicamente para que não se mude de ambiente físico. Problemas de sono.

Dos 18 meses até aos 2 anos:

Dificuldades em aprender a controlar os esfíncteres e os hábitos de higiene. Hábitos e preferências estranhas na alimentação. Atraso na fala, ausência de fala ou poderão eventualmente perder a fala já adquirida.

Após os 2 anos:

Afasia contínua ou utilização de padrões invulgares na fala, tais como repetir palavras e frases. Seguem os problemas de controlo dos esfíncteres e dos hábitos de higiene. Incapacidade para jogos vulgares. Alguns podem possuir habilidade musical, motora ou manual. Por vezes podem demonstrar insensibilidade à dor.

Fonte: edif.sapo.pt

Autismo



Autismo

DEFINIÇÃO

O **autismo** é um distúrbio congênito caracterizado por alterações no desenvolvimento infantil que manifesta-se nos primeiros meses de vida, caracterizando-se por um retrocesso das relações interpessoais e diversas alterações de linguagem e dos movimentos. Estes sintomas são reconhecidos principalmente entre os 6 e os 36 meses de idade. As causas são desconhecidas, mas pode estar associado a fatores genéticos e problemas pré e pós-parto. Em 1944, Kanner sugeriu que os sintomas do autismo poderiam constituir um distúrbio diferente da esquizofrenia infantil.

Em 1964, Rimland resume o ponto de vista dominante atual, caracterizando o **autismo infantil** como um distúrbio independente. As crianças autistas possuem, geralmente, aspectos saudáveis e são bonitas (uma das características mais marcantes).

O processo básico deste sintoma é a perda do contato emocional e interpessoal. Problemas de sociabilidade, isolamento intenso e agressividade. Observa-se que as crianças não respondem as carícias, palavras e nem às atenções dos adultos. Em contraste com a apatia frente às pessoas, a criança parece fascinada por objetos giratórios. Preocupa-se com que o ambiente fique conservado de forma inalterada. Passa muito tempo jogando com objetos repetitivamente. É indiferente às palavras e à qualquer som emitido por outras pessoas. Porém pode dar atenção ao ruído de uma porta ou ao barulho de um avião. Possuem hipersensibilidade ao toque e aos sons.

Algumas crianças autistas, entre 4 e 5 anos, são capazes de repetir propagandas de TV, trechos de músicas populares, o que não significa um ato de comunicação, apenas foram absorvidas estruturas codificadas.

ANOMALIAS DA LINGUAGEM

- 1) Repetição em eco das palavras que lhe são dirigidas.
- 2) Repetição de uma palavra ou de um grupo de palavras, sem significação afetiva.
- 3) O uso da palavra “sim” representa uma dificuldade freqüente, como se indicasse um envolvimento com outras pessoas.
- 4) Apresentam problemas na aprendizagem dos pronomes “eu”, “tu” e “nós”, utilizando-os de maneira desorganizada.
- 5) Dificuldade de comunicação, mutismo, inversão pronominal (troca o “eu” por “você”), incompreensão da linguagem figurativa.

ANOMALIAS MOTORAS

- 1) Podem permanecer imóveis durante um tempo prolongado.
- 2) Distúrbios de comportamento, atos rituais, estereotipados, repetição de um mesmo movimento, com o tronco para frente e para traz.
- 3) Movimentos com as mãos e braços no vazio, sem qualquer significado.
- 4) Caminhar rígido ou em círculos, com os braços apertados sobre o corpo.
- 5) Obsessão por uma atividade, desenham ou jogam xadrez por horas a fio

compenetrados.

6) Hiperatividade.

ETIOLOGIA

A origem desta enfermidade, atualmente ainda é desconhecida. Existem teorias que atribuem causas de ordem genética hereditária, perturbação precoce das relações interpessoais e uma combinação de fatores orgânicos e afetivos.

B. Rimland opina que existe uma grande semelhança entre a conduta das crianças autistas e das crianças vítimas de privação sensorial, sendo o autismo mais grave e intenso que a privação sensorial. Segundo a descrição do autor, as crianças inacessíveis aos estímulos externos, como se estivessem confinadas, sugerem a hipótese de uma lesão no sistema reticular, cuja origem seria uma hiperoxia.

E. Schopler atribui os problemas de adaptação da criança autista, a uma disfunção do uso dos receptores, isto é transtornos perceptivos, dificuldade para discriminação de imagens com objetos vivos ou inanimados. E. M. Ornitz e R. Ritvo, afirmam que a criança autista apresenta uma incapacidade para manter a percepção constante, ou seja, percepções idênticas que se originam dos estímulos do meio ambiente, não são experimentadas como sendo as mesmas a cada vez.

Outras hipóteses sobre **autismo**, como as de B. Bettelheim, Escalona, J. Lanouziere, T. Lainé e outros, que centralizam seus interesses teóricos no fenômeno da percepção, passam superficialmente pelo fenômeno essencial, da ausência de impulsos afetivos.

Não se trata, contudo, de um fenômeno que possa ter ligação com os processos perceptivos e discriminativos, porque a criança autista discrimina perfeitamente e rechaça exclusivamente a relação humana.

PROGNÓSTICO

A ocorrência do **autismo** é de uma em cada 2.500 crianças. Mais comum em homens.

Os graus varia do **autismo** clássico, mais grave, à síndrome de Asperger, bem mais leve. Abrange de uma criança muda, retardada e agressiva a “gênios”, como Mozart, que teria todas as características de Asperger. A cura ainda não há. Retardo mental ocorre em 80% dos casos. Cerca de 15% das crianças autistas quando estimuladas adequadamente, conseguem uma recuperação social, na idade adulta, que os permite viver com certa independência assistida e até trabalhar.

Uns 25% dos autistas alcançam um desenvolvimento parcial menos significativo, impondo que vivam bem na casa de seus familiares, com sinais evidentes de autismo, sem capacidade de trabalhar e viver independentemente.

Aproximadamente 60% das crianças autistas, por vários fatores, não conseguem obter um desenvolvimento satisfatório.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIADO

O **autismo infantil** pode ser confundido com retardamento mental, surdo-mudez, síndrome de trauma craniano (pré natal, natal e pós natal), afasia e síndrome pós encefálico. A grande diferença é que os outros quadros apresentam mais ou menos intacta a resposta afetiva.

As crianças com retardamento mental, aprendem a falar e tentam formar um relacionamento afetivo com seus familiares, no entanto, os autistas, apresentam anomalias de linguagem, repelem o contato com as pessoas e afastam o olhar quando alguém os encara.

Ocorrem, eventualmente casos de crianças autistas serem diagnosticadas como surdas-mudas, devido ao fato de não comunicarem-se verbalmente e levando a crer que nem conseguem ouvir. Há provas demonstrando que o autista possui a sua capacidade auditiva intacta. Os surdos-mudos, por outro lado, buscam um relacionamento com outras pessoas expressando-se mediante gestos, indicando necessidades e desejos. Usa sons vocálicos desarticulados com finalidade comunicativa.

Nos casos de síndromes de traumas cranianos não verificam-se as alterações de linguagem e de movimento que ocorrem nos autistas e nem de bloqueio da

afetividade. Nas crianças com trauma craniano podem ocorrer paralisias, movimentos desarticulados, atrofia muscular, deformações no crânio, incapacidade de concentração por muito tempo que são sintomas ausentes nos autistas.

Os portadores de afasia procuram relacionar-se com outras pessoas, apesar de não possuírem capacidade para expressarem-se através da linguagem. Nos casos de síndrome pós encefálica, são observados sintomas freqüentes de desordens do comportamento social, irresponsabilidade, reações emocionais impulsivas e ocasionalmente sinais neurológicos

TRATAMENTO

O tratamento convencional de crianças autistas, consiste em psicoterapia individual ou de grupo, como Ludoterapia ou Musicoterapia. A utilização de medicamentos psicotrópicos tem mostrado resultados ineficazes.

BIODANÇA PARA CRIANÇAS AUTISTAS

HIPÓTESES

O **autismo infantil** tem como base uma alteração na região límbico hipotalâmico e nas vias córtico diencefálicas, que bloqueiam os sentimentos de afeto e comunicação. Esta anomalia pode surgir através de uma predisposição hereditária, convergente com fatores ambientais no decorrer dos primeiros meses de vida.

A ação terapêutica, no entanto, deverá ser dirigida no sentido de uma ativação global da região límbico hipotalâmico, estimulando respostas de comunicação, cinestésica, afetivas e eróticas.

PROPOSTA DA BIODANÇA

- 1) Local acolhedor, uma sala espaçosa, arejada, bem iluminada de preferência com piso de madeira, sendo que as atividades são realizadas eventualmente ao ar livre na grama e também em piscina aquecida. **Objetos intermediários:** um bom aparelho de som, colchonetes, bolas de tênis, etc.
- 2) Atividades progressivas que propõe, inicialmente contatos corporais aparentemente casuais, sutis e breves.
- 3) Massagear as costas e as solas dos pés com as bolas de tênis.
- 4) Massagem com as mãos, inicialmente de uma pessoa com quem estabelece-se a troca, posteriormente, realizado por várias pessoas.
- 5) **Jogos de contato:** pronunciar frases com sentido de afeto, ao mesmo tempo em que a criança toca a garganta do professor, percebendo as vibrações das cordas vocais. Em seguida invertendo as posições.
- 6) **Acariciamento:** a criança deve aprender a receber carícias, desde que surja espontaneamente seu desejo de dar carícias.
- 7) Brincadeiras de roda, danças integrativas (dança grega, ciranda nordestina, danças circulares, danças sagradas), rodas de comunicação criativa e afetiva.
- 8) Seguir o ritmo da melodia com movimentos de cabeça e pescoço, depois, ombros e braços e em seguida quadris e membros inferiores, posteriormente integrando os três centros em movimentos suaves.
- 9) Acalentar a criança em um berço humano. Exercícios de contato afetivo, seguidos de ativação gradativa. Utilização de música rítmica e melódica, com volume médio.
- 10) Alcançado um estágio mínimo de comunicação verbal e corporal, é feita a integração de maneira progressiva, a um grupo de crianças normais. **A estrutura do grupo seria em média de:** 4 crianças autistas; 8 crianças normais, com 1 facilitador e 5 monitores dando apoio.

CONCLUSÃO

Esta enfermidade é, por excelência, a enfermidade do contato e da comunicação. É o exemplo mais significativo da relação neurológica que existe entre afetividade, contato corporal e comunicação. Esta função bloqueada no portador de autismo, não é uma anomalia do córtex, como ocorre no caso de uma criança deficiente mental. É uma típica disfunção das estruturas límbico hipotalâmicas, que são as fontes biológicas das emoções.

O autista é capaz de entender apenas emoções “simples, fortes e universais”, como as de uma criança, mas fica confusa com as mais complexas. “A Principal emoção de um autista é o medo, o mais primitivo dos sentimentos humanos”.

A enfermidade está constituída pela repulsa ao contato, a carícia, a tudo que está relacionado a demonstração de afetividade humana. A boa saúde representa a recuperação da necessidade de contato e não apenas, um processo formal de socialização. O autismo é uma síndrome que concentra as mais profundas reflexões sobre o valor terapêutico das carícias.

Definição de outro autor:

O **Autismo** é um distúrbio do desenvolvimento humano que se manifesta durante toda a vida. É caracterizado por um quadro comportamental peculiar, que envolve sempre as áreas de interação social, da linguagem/comunicação e do comportamento, em graus variáveis de severidade. O autismo é encontrado em todo o mundo e em famílias de todas as raças, etnias e classes sociais, sendo mais comum em meninos do que em meninas.

Atualmente, embora o Autismo seja bem mais conhecido, ele ainda surpreende pela diversidade de características que pode apresentar e pelo fato de, na maioria das vezes, a criança autista ter uma aparência bastante normal. É comum pais relatarem que a criança passou por um período de normalidade anterior à manifestação dos sintomas.

Quando as crianças com **autismo** crescem, desenvolvem sua habilidade social em extensão variada. Alguns permanecem indiferentes, não entendendo muito bem o que se passa na vida social. Elas se comportam como se as outras pessoas não existissem, olham através delas como se não estivesse lá e não reagem a alguém que fale com elas ou as chame pelo nome.

Freqüentemente, suas faces mostram muito pouco de suas emoções, exceto se estiverem muito bravas ou agitadas. São indiferentes ou têm medo de seus colegas e, muitas vezes, usam o outro como objeto quando querem obter alguma coisa.

Pessoas com esse distúrbio possuem dificuldades qualitativas na comunicação, interação social, e no uso da imaginação (a chamada tríade) e, conseqüentemente, apresentam problemas comportamentais. Muitas vezes, o simples fato de desejarem algo e não conseguirem comunicar, pode ocasionar atitudes de auto-agressão ou, mesmo, de agressão aos outros.

Desvios Qualitativos da Comunicação

A comunicação é caracterizada pela dificuldade em utilizar com sentido todos os aspectos da comunicação verbal e não verbal. Isto inclui gestos, expressões faciais, linguagem corporal, ritmo e modulação na linguagem verbal.

Portanto, dentro de grande variação possível na severidade do autismo, é possível encontrar uma criança sem linguagem verbal e com dificuldades na comunicação por qualquer outra via – isto inclui ausência de uso de gestos ou um uso muito precário dos mesmos; ausência de expressão facial ou expressão facial incompreensível para os outros, e assim por diante. É possível também encontrar crianças que apresentam linguagem verbal, muitas vezes, sem função comunicativa.

Muitas das crianças que apresentam linguagem verbal repetem simplesmente o que lhes foi dito. Este fenômeno é conhecido como ecolalia imediata. Outras crianças, repetem frases ouvidas há horas, ou até mesmo dias antes (ecolalia tardia).

É comum que crianças autistas inteligentes repitam frases ouvidas anteriormente e de forma perfeitamente adequada ao contexto, embora, geralmente nestes casos, o tom de voz soe estranho e pedante.

Desvios Qualitativos na Sociabilização

Este é o ponto crucial no **autismo** e o mais fácil de gerar falsas interpretações. Significa a dificuldade em relacionar-se com os outros, a incapacidade de compartilhar sentimentos, gostos e emoções e a dificuldade na discriminação de diferentes pessoas.

Muitas vezes, a criança autista aparenta ser muito afetiva, por aproximar-se das pessoas abraçando-as e mexendo, por exemplo, em seu cabelo ou mesmo beijando-as quando, na verdade, ela adota indiscriminadamente esta postura sem diferenciar pessoas, lugares ou momentos. Esta aproximação, usualmente, segue também um padrão repetitivo e não contém nenhum tipo de troca ou compartilhamento.

A dificuldade de sociabilização, que faz com que a pessoa autista tenha uma pobre consciência da outra pessoa, é responsável, em muitos casos, pela falta ou diminuição da capacidade de imitar, que é uns dos pré-requisitos crucias para o aprendizado, e também pela dificuldade de se colocar no lugar do outro e de compreender os fatos a partir da perspectiva do outro.

Desvios Qualitativos na Imaginação

Caracteriza-se por rigidez e inflexibilidade e se estende às várias áreas do pensamento, linguagem e comportamento da criança. Isto pode ser exemplificado por comportamentos obsessivos e ritualísticos, compreensão literal da linguagem, falta de aceitação das mudanças e dificuldades em processos criativos.

Esta dificuldade pode ser percebida em formas de brincar desprovidas de criatividade e pela exploração peculiar de objetos e brinquedos. Uma criança autista pode passar horas a fio explorando a textura de um brinquedo. Em crianças autistas, com a inteligência mais desenvolvida, pode-se perceber a fixação em determinados assuntos, na maioria dos casos, incomuns em crianças da mesma idade, como calendários ou animais pré-históricos, o que é confundido às vezes com nível de inteligência superior.

As mudanças de rotina, como de casa, dos móveis, ou até mesmo de percurso, costumam perturbar bastante algumas dessas crianças desencadeando comportamentos desestruturados.

Autismo é um conceito que se originou por retração semântica de um termo similar, que pelo preconceito do seu autor Carl Gustav Jung, em recusar a definição

freudiana do auto-erotismo. Este se define ao corresponder o primeiro estágio de satisfação da libido no próprio corpo da criança, erotizando-o.

Ou seja: é aquele momento seguinte, no qual a criança pode gozar por si mesma ao reencontra-se com a satisfação perdida do seio da mãe, ao vir pegar e sugar o próprio dedo ou seus sucedâneos. Auto-erotismo – erótico = autismo.

Logo, o autismo é, então, a subtração erótica primordial desta satisfação libidinal do corpo próprio, que por não obter o gozo necessário, deixa o pequenino desinteressado pelo o que virá girar em torno de si mesmo, faltando-lhe o ânimo subjetivo para encher a boca de ar e suspirar: inspirar, expirar e falar. Esta criança por não se articular na fala, deixa o sentir-ser (dasein) cair no sintoma psíquico do bebê autista.

Linearmente, pelo o sentido do sintoma, pode-se aproximar com menor dispersão ou incompreensão do que será necessário para se depreender por esta via, a problemática em causa no autismo. Pode-se demarcar que sua origem está relacionada com o antecedente simbólico do desmame e por sua organicidade; vê-se que não se trata aqui da ablactação.

Abordar a problemática do desmame e o que dele decorre para que criança se articule ou não na dimensão da fala e da palavra é aqui essencial. A privação real do seio pelo desmame, remete o bebê ao sentido de vir alucinar o prazer, o gozo deixado por todo o ato da amamentação na experiência de satisfação anterior, o que leva ao inerte corpo à inervação, à libidinização e, nesta em particular, a boca. Pela primazia da fase oral, será a sede por onde outros objetos correlativos, simbólicos da maternagem são introduzidos com jogos onde a fala e as palavras não devem faltar. Pois se faltam ou não colam na libido, será o caso do autismo.

Neste caso do autista, diz-se que ficou esvaziada pela já anunciada subtração erótica, que não lhe foi repassada o suficiente para lhe deixar no corpo a – fôrma, o molde, pelo o qual os objetos sucedâneos na libido modulariam pela voz concorrendo com o olhar, o gosto pelo sonoro e cênico. Por isso, ele não captura com gosto próprio os objetos em volta e assim, também não entra na subjetividade da fala e da linguagem. O autista é aquele que é esvaziado desta subjetividade essencial ao ser falante.

Outrossim o desmame é um acontecimento humano traumático, por servir de estofa real para uma ruptura narcisista subsequente, que marca o homenzinho com o enigma da castração simbólica, que o ameaça ou o privará por toda a vida de uma parte narcísica de si mesmo, o falo imaginário. Questionará sempre e, mais além, por esta ameaça ou falta e por isso, quando pode se agarra ao drama existencial de ser ou não ser. Ao entrar na dialética subjetiva do pensar.

Entrada que bem pode ser delineada por um apólogo de Sto. Agostinho, sobre o ciúme.

O Santo se impressionou com a cena ao descrever: “– Eu vi com os meus olhos e, observei bem um pequeno tomado de ciúmes: ainda não falava e não podia sem empalidecer, lançar o seu olhar para o espetáculo amargo do seu irmão de leite”. O drama do ciúme é o signo de identidade entre o ser e o outro.

A descoberta da psicanálise scandalizou o mundo ao dizer que a criança de peito e a mãe gozam ao amamentar. Que a criança vem ao mundo para satisfazer o gozo da mãe. Sobre essa história da organização sexual infantil, que foi prefigurada no épico sofocliano do Édipo, pela a qual a sua descoberta passou a ser uma praga ignota e ninguém da medicina psiquiátrica queria saber nada disso, inclusive Jung. Utilizou o termo autismo para estabelecer a nosologia da esquizofrenia. E, por este último viés foi o autismo abordado, isolado e classificado como uma entidade nosográfica: “autismo de Leo Kanner”.

Pus-me a escrever este texto, após assistir um programa de televisão norte-americano sobre o autismo, comemorativo pelo o dia mundial do autista. Ao ouvir o speaker comentar que nem as mais avançadas técnicas de exames e nem as pesquisas genéticas descobriram suas causas no corpo destas crianças.

Ora! Se não se encontra essas causas no corpo físico destas crianças, aonde devem pesquisá-las? Todo mundo sabe de um fenômeno da física; que a uma fissão tectônica na Indonésia, provoca efeito do outro lado do universo, um maremoto no golfo do México. O que é que, com este fenômeno, posso dizer? Digo que por extensão o corpo da mãe, por ser ainda constituinte do corpo do seu bebê, responde por suas causas. Precisa-se pesquisar no autismo da criança, qual estado se

encontra o desejo da mãe ao receber o seu rebento. Será que veio o ser pelo qual esperava? Nestes casos de autismo, as mães suprimem os seus desejos eróticos, como se esses filhos fossem tudo para preencher suas faltas.

O corpo por ser oco é uma caixa de ressonância, repercute o som da voz e por sua superfície reflete como no espelho pela luz do olhar. A voz, o olhar serão os objetos com os quais se perpassa a sutura da ferida narcísica do desmame e do seu sucessor. Se estes objetos atraem a presença do outro, por este encontro, fará embalar a jubilação e se reencontrar o gozo que foi extraído, num prazer mais além, por uma nova modalidade de gozo sentido. Mas, se estes objetos não atraem e nem fazem ecos, são opacos, levarão ao sono letárgico da indiferença do bebê pelo modo de gozo arrefecido da mãe; dá-se aí a instalação do autismo.

A instalação do autismo concernente à relação subliminar do desmame, pelo qual a libido — que é a energia do desejo — não foi reinvestida no reencontro de um ponto comum de interesse fora da linha narcísica entre a mãe e a criança. O pai desvalido não foi cogitado e a mãe, que por seu desinteresse erótico, não colorirá pela sua ausência, uma presença gratificante de júbilo ao aparecer para o bebê. A causa do autismo, não há outra, que não esteja na modalidade do gozo anoético da mãe e por não deixar passar o gosto, o gozo erótico inconsciente.

O inconsciente é da ordem de um saber que se quer ignorar, mas o que não pode é se esquecer, que ele existe e funciona pelas leis que lhes dá uma estrutura de linguagem, que se aparelha no gozo para abordar a realidade. O inconsciente por ser um fator de discurso dá ao ser do ente, pela palavra, a condição de por ela se curar. Pena que o autista desaparelhado ou, esvaziado do seu gozo não se interessa pela palavra e suas mães por indiferença, também.

Um jovem loquaz contou-me: – sua mãe deu conhecimento a todos do seu gozo por se encontrar grávida, desejou uma iguaria inencontrável e o papai ao querer saciá-la, fez-la deslocar o desejo para um antojo. Ela tinha o dom de negacear o seu desejo de tal modo, que lhe deixava em dúvidas sobre o que ela queria e seu pai ardendo de ciúmes e arremata que jamais nasceria autista.

Antônio Carlos Caires Araújo

Fonte: www.campopsicanalitico.com.br

Autismo

Definição

Embora inúmeras pesquisas ainda venham sendo desenvolvidas para definirmos o que seja o autismo, desde a primeira descrição feita por Kanner em 1943 existe um consenso em torno do entendimento de que o que caracteriza o autismo são aspectos observáveis que indicam déficits na comunicação e na interação social, além de comportamentos repetitivos e áreas restritas de interesse. Essas características estão presentes antes dos 3 anos de idade, e atingem 0,6% da população, sendo quatro vezes mais comuns em meninos do que em meninas.

A noção de espectro do autismo foi descrita por Lorna Wing em 1988, e sugere que as características do autismo variam de acordo com o desenvolvimento cognitivo; assim, em um extremo temos os quadros de autismo associados à deficiência intelectual grave, sem o desenvolvimento da linguagem, com padrões repetitivos simples e bem marcados de comportamento e déficit importante na interação social, e no extremo oposto, quadros de autismo, chamados de Síndrome de Asperger, sem deficiência intelectual, sem atraso significativo na linguagem, com interação social peculiar e bizarra, e sem movimentos repetitivos tão evidentes.

Diagnóstico

O diagnóstico do autismo é clínico, feito através de observação direta do comportamento e de uma entrevista com os pais ou responsáveis. Os sintomas costumam estar presentes antes dos 3 anos de idade, sendo possível fazer o diagnóstico por volta dos 18 meses de idade.

Ainda não há marcadores biológicos e exames específicos para autismo, mas alguns exames, tais como cariótipo (com pesquisa de X frágil, EEG, RNM e erros inatos do metabolismo), teste do pezinho, sorologias para sífilis, rubéola e

toxoplasmose, audiometria e testes neuropsicológicos são necessários para investigar causas e outras doenças associadas.

O quadro clínico do autismo, segundo o DSM IV TR (APA, 2002) é:

Prejuízo da habilidade social: não compartilham interesses, não desenvolvem empatia e demonstram uma certa inadequação em abordar e responder aos interesses, emoções e sentimentos alheios.

Prejuízo no uso de comportamentos não-verbais como: contato visual direto, expressão facial, postura corporal e com objetos.

Dificuldades na interação social: fracasso em vincular-se a uma pessoa específica, não diferenciação de indivíduos importantes em sua vida, falta de comportamento de apego.

Alterações na linguagem: atraso na linguagem falada. Nos que desenvolvem a linguagem adequadamente, dificuldade em iniciar ou manter uma conversa, uso estereotipado e repetitivo de certas palavras ou frases e emprego da terceira pessoa (inversão pronominal) para falar de suas vontades. Os que aprendem a ler não apresentam compreensão do que lêem.

Alterações de comportamento: padrões restritos de interesse, manipulação sem criatividade dos objetos, ausência de atividade exploratória, preocupação com as partes de objetos, incapacidade para participar de jogos de imitação social espontâneos, adesão a rotinas rígidas, presença de maneirismos motores e crises de raiva ou pânico com mudanças de ambiente; mudanças súbitas de humor, com risos ou choros imotivados, hipo ou hiper-responsividade aos estímulos sensoriais e agressividade sem razão aparente. Comportamentos auto-agressivos, como bater a cabeça, morder-se, arranhar-se e arrancar os cabelos podem ocorrer.

Uma proposta de alteração dos critérios do DSM V está online e sugere que para se diagnosticar autismo, estejam presentes as seguintes características:

Déficits na comunicação social e na interação social: déficit na comunicação não verbal e verbal utilizada para a interação social, falta de reciprocidade social, incapacidade de desenvolver e manter relacionamentos com seus pares apropriados ao seu nível de desenvolvimento.

Padrões restritos e repetitivos de comportamento: estereotípias ou

comportamentos verbais estereotipados ou comportamento sensorial incomum, aderência a rotinas e padrões de comportamentos ritualizados, interesses restritos.

Os sintomas devem estar presentes na primeira infância, mas podem não se manifestar plenamente, até que as demandas sociais ultrapassem as capacidades limitadas.

Tratamento

O tratamento do autismo envolve intervenções psicoeducacionais, orientação familiar, desenvolvimento da linguagem e/ou comunicação. O recomendado é que uma equipe multidisciplinar avalie e desenvolva um programa de intervenção orientado a satisfazer as necessidades particulares a cada indivíduo. Dentre alguns profissionais que podem ser necessários, podemos citar: psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e educadores físicos. Os métodos de intervenção mais conhecidos e mais utilizados para promover o desenvolvimento da pessoa com autismo e que possuem comprovação científica de eficácia são:

TEACCHR (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handcapped Children): é um programa estruturado que combina diferentes materiais visuais para organizar o ambiente físico através de rotinas e sistemas de trabalho, de forma a tornar o ambiente mais compreensível, esse método visa à independência e o aprendizado.

PECSR (Picture Exchange Communication System) é um método de comunicação alternativa através de troca de figuras, é uma ferramenta valiosa tanto na vida das pessoas com autismo que não desenvolvem a linguagem falada quanto na vida daquelas que apresentam dificuldades ou limitações na fala.

ABA (Applied Behavior Analysis) ou seja, análise comportamental aplicada que se embasa na aplicação dos princípios fundamentais da teoria do aprendizado baseado no condicionamento operante e reforçadores para incrementar comportamentos socialmente significativos, reduzir comportamentos indesejáveis e desenvolver habilidades. Há várias técnicas e estratégias de ensino e tratamento

comportamentais associados a análise do comportamento aplicada que tem se mostrado útil no contexto da intervenção incluindo (a) tentativas discretas, (b) análise de tarefas, (d) ensino incidental, (e) análise funcional

Medicações: O uso medicamento deve ser prescrito pelo médico, e é indicado quando existe alguma comorbidade neurológica e/ou psiquiátrica e quando os sintomas interferem no cotidiano. Mas vale ressaltar que até o momento não existe uma medicação específica para o tratamento de autismo. É importante o médico informar sobre o que se espera da medicação, qual o prazo esperado para que se perceba os efeitos, bem como os possíveis efeitos colaterais.

Letícia Calmon Drummond Amorim

Fonte: www.ama.org.br

Autismo

O **autismo infantil** é um transtorno invasivo do desenvolvimento e é basicamente caracterizado por prejuízos no desenvolvimento da interação social, atraso no desenvolvimento da linguagem, comportamentos estereotipados e repetitivos. Apresenta uma incidência de 2 a 5 casos para cada dez mil crianças e ocorre em torno de quatro vezes mais em meninos do que em meninas.

Normalmente o **autismo** é identificado por volta dos trinta meses de idade. Os pais podem procurar ajuda do pediatra, preocupados com o comportamento do filho que ainda não está falando, resiste aos cuidados paternos e não interage com outras pessoas.

Bebês com autismo apresentam grande déficit no comportamento social, tendem a evitar contato visual e mostram-se pouco interessadas na voz humana. Eles não assumem a postura antecipatória como colocando seus braços à frente para serem levantados pelos pais, são indiferentes ao afeto e não demonstrando expressão facial ao serem acariciados.

Quando crianças não seguem seus pais pela casa e não demonstram ansiedade de separação dos mesmos. Não se interessam em brincar com familiares ou com outras crianças e não há interesse por jogos e atividades de grupo. Suas ações

podem se limitar a atos repetitivos e estereotipados, como cheirar e lamber objetos ou bater palmas e mover a cabeça e tronco para frente e para trás.

O interesse por brinquedos pode ser peculiar, a criança pode se interessar pelo movimento circular da roda de um carrinho ou pelo barulho executado por ele, por exemplo. Essas alterações estão relacionadas com respostas não usuais a experiências sensoriais diferentes vivenciadas pela criança. Pode ocorrer uma fascinação por luzes, sons e movimentos que o desperte para um interesse muito grande por um ventilador de teto ou uma batedeira elétrica, por exemplo. A testura, cheiro, gosto, forma ou cor de um objeto pode desencadear um interesse peculiar da criança pelo objeto.

Em outras palavras, o autismo é uma alteração cerebral que afeta a capacidade da pessoa se comunicar, estabelecer relacionamentos e responder apropriadamente ao ambiente. Algumas crianças apesar de autistas apresentam inteligência e fala intactas, outras apresentam também retardo mental, mutismo ou importantes retardos no desenvolvimento da linguagem. Alguns parecem fechados e distantes outros presos a comportamentos restritos e rígidos padrões de comportamento.

Características comuns

Não estabelece contato com os olhos
Parece surdo
Pode começar a desenvolver a linguagem mas repentinamente isso é completamente interrompido sem retorno.
Age como se não tomasse conhecimento do que acontece com os outros
Ataca e fere outras pessoas mesmo que não exista motivos para isso
É inacessível perante as tentativas de comunicação das outras pessoas.
Ao invés de explorar o ambiente e as novidades restringe-se e fixa-se em poucas coisas.
Apresenta certos gestos imotivados como balançar as mãos ou balançar-se
Cheira ou lambe os brinquedos
Mostra-se insensível aos ferimentos podendo inclusive ferir-se intencionalmente

Manifestações sociais

Muitas vezes o início é normal, quando bebê estabelece contato visual, agarra um dedo, olha na direção de onde vem uma voz e até sorri. Contudo, outras crianças apresentam desde o início as manifestações do **autismo**.

A mais simples troca de afeto é muito difícil, como, por exemplo, o próprio olhar nos olhos que é uma das primeiras formas de estabelecimento de contato afetivo. Toda manifestação de afeto é ignorada, os abraços são simplesmente permitidos mas não correspondidos. Não há manifestações de desagrado quando os pais saem ou alegria quando volta para casa.

As crianças com **autismo** levam mais tempo para aprenderem o que os outros sentem ou pensam, como, por exemplo, saber que a outra pessoa está satisfeita porque deu um sorriso ou pela sua expressão ou gesticulação.

Além da dificuldade de interação social, comportamentos agressivos são comuns especialmente quando estão em ambientes estranhos ou quando se sentem frustradas.

Razões para esperança

Quando os pais de uma criança autista descobrem que seu filho é autista muitas vezes cultivam durante algum tempo ainda a esperança de que ele ira recuperar-se completamente. Algumas famílias negam o problema e mudam de profissional até encontrar alguém que lhes diga um outro diagnóstico. Como seres humanos a dor sentida pode ser superada, nunca apagada, mas a vida deve manter seu curso. Hoje mais do que antigamente há recursos para tornar as crianças autistas o mais independente possível. A intervenção precoce, a educação especial, o suporte familiar e em alguns casos medicações ajudam cada vez mais no aprimoramento da educação de crianças autistas.

A educação especial pode expandir suas capacidades de aprendizado, comunicação e relacionamento com os outros enquanto diminui a freqüência das crises de

agitação. Enquanto não há perspectiva de cura podemos desde já melhorar o que temos, o desenvolvimento da qualidade de vida de nossas crianças autistas.

Diagnóstico

Os pais são os primeiros a notar algo diferente nas crianças com **autismo**. O bebê desde o nascimento pode mostrar-se indiferente a estimulação por pessoas ou brinquedos, focando sua atenção prolongadamente por determinados itens. Por outro lado certas crianças começam com um desenvolvimento normal nos primeiros meses para repentinamente transformar o comportamento em isolado. Contudo, podem se passar anos antes que a família perceba que há algo errado. Nessas ocasiões os parentes e amigos muitas vezes reforçam a idéia de que não há nada errado, dizendo que cada criança tem seu próprio jeito. Infelizmente isso atrasa o início de uma educação especial, pois quanto antes se inicia o tratamento, melhor é o resultado.

Não há testes laboratoriais ou de imagem que possam diagnosticar o **autismo**. Assim o diagnóstico deve ser feito clinicamente, pela entrevista e histórico do paciente, sempre sendo diferenciado de surdez, problemas neurológicos e retardo mental. Uma vez feito o diagnóstico a criança deve ser encaminhada para um profissional especializado em autismo, este se encarregará de confirmar ou negar o diagnóstico.

Apesar do diagnóstico do **autismo** não poder ser confirmado por exames as doenças que se assemelham ao autismo podem. Assim vários testes e exames podem ser realizados com a finalidade de descartar os outros diagnósticos.

Dentre vários critérios de diagnóstico três não podem faltar: poucas ou limitadas manifestações sociais, habilidades de comunicação não desenvolvidas, comportamentos, interesses e atividades repetitivos. Esses sintomas devem aparecer antes dos três anos de idade.

Tratamento

Foge ao objetivo desde site entrar em maiores detalhes a respeito do **autismo** em geral e sobre o tratamento especificamente.

Contudo, vale a pena fazer algumas citações. Não há medicações que tratem o **autismo**, mas muitas vezes elas são usadas para combater efeitos específicos como agressividade ou os comportamentos repetitivos por exemplo. Até bem pouco tempo usava-se o neuroléptico para combater a impulsividade e agitação, mais recentemente antidepressivos inibidores da recaptação da serotonina vêm apresentando bons resultados, proporcionando maior tranquilidade aos pacientes.

As medicações testadas e com bons resultados foram a fluoxetina, a fluvoxamina, a sertralina e a clomipramina. Dentre os neurolépticos a clorpromazina, o haloperidol e a tioridazina também podem ser usadas dentre outras.

Para o **autismo** não há propriamente um tratamento, o que há é um treinamento para o desenvolvimento de uma vida tão independente quanto possível.

Basicamente a técnica mais usada é a comportamental, além dela, programas de orientação aos pais. Quanto aos procedimentos são igualmente indispensáveis, pois os pais são os primeiros professores. Uma das principais tarefas dos pais é a escolha de um local para o treinamento do filho com autismo.

Fonte: www.psicosite.com.br

Autismo

LINGUAGEM E AUTISMO: FATOS E CONTROVÉRSIAS

“Embora me seja difícil comunicar-me ou compreender as sutilezas sociais, na realidade, tenho algumas vantagens em comparação com os que tu chamas de ‘normais’. Tenho dificuldade em me comunicar, mas não costumo enganar. (...) Minha vida como autista pode ser tão feliz e satisfatória como a tua vida ‘normal’. Nessas vidas, podemos vir a nos encontrar e a partilhar muitas experiências.” Angel Rivière Gómez

O que é ?

Sob um rosto inteligente, uma aparência física normal, uma capacidade mnemônica muitas vezes notável, esconde-se uma criança que não se constituiu como sujeito: “sem um olhar”, com um grave comprometimento na linguagem, que se isola, que não encontra o outro, enfim, uma criança que simboliza para todos aqueles que a “encontram” um verdadeiro enigma – o enigma da criança autista.

Caracterizado como um distúrbio profundo do desenvolvimento, o **autismo** foi pela primeira vez descrito cientificamente, em 1943, no artigo “Distúrbios autísticos de contato afetivo”, do psiquiatra austríaco Leo Kanner.

Neste artigo, Kanner não definiu especificamente o termo autismo, mas descreveu o quadro clínico de 11 crianças, de onde foi possível extrair características comuns consideradas essenciais, cada uma das quais nos sugere, neste momento, algumas indagações:

Incapacidade de estabelecer relações normais com pessoas e situações

“uma criança que se basta a si mesma?”

Atraso na capacidade de falar e não utilização da linguagem como instrumento de comunicação com os outros

“uma linguagem que exaure a memória em busca de que?”

Obsessão ansiosa em manter imutável o seu ambiente físico

“aceitar uma mudança no mundo físico significa ter que entrar nesse mundo?”

Destaca-se nesse quadro, o papel atribuído ao “isolamento autístico”, descrito por Kanner (op. cit.), como presente desde o início da vida da criança, sugerindo assim, um caráter inato. Mais tarde, observa que o distúrbio pode aparecer, após um desenvolvimento aparentemente normal, até aproximadamente os 30 meses de vida.

A grande contribuição de Kanner, ao caracterizar o autismo como uma síndrome independente, com um quadro clínico que a diferencia de outras síndromes psiquiátricas (como debilidade, esquizofrenia, etc.), não foi suficiente para

possibilitar uma definição precisa do autismo. Não há consenso sobre os instrumentos avaliativos, seus sintomas (primários ou secundários), bem como sobre os mecanismos desencadeadores de tal quadro.

No que diz respeito às causas para as diferentes formas de **autismo**, muitas são as explicações, contudo, não encontramos referência a um fator específico.

Pesquisas recentes (citadas em Johnson e Dorman, doc. on line) apontam para fatores biológicos ou diferenças neurofisiológicas no cérebro. Por exemplo, anomalias na estrutura do cérebro, em especial no cerebelo, inclusive no tamanho e número das células de Purkinje.

Durante muito tempo, os fatores psicogênicos foram apontados como os grandes desencadeadores da síndrome.

O próprio Kanner (1943), já destacava aspectos comuns aos pais autistas:

Classe	sócio	econômica	elevada.
Inteligência	superior	à	média.
Preocupação	com	o	abstrato.
Ausência	de	calor	humano.
Introversão.			
Baixa			emotividade.
Características obsessivas.			

A partir de então, o funcionamento familiar foi elemento central na busca de explicações sobre os fatores psicogênicos como desencadeadores do autismo.

Como consequência de tal ênfase, Leboyer (1995) descreve três hipóteses formuladas em cima de tal questão:

” **A primeira hipótese sugere que o autismo se desenvolve unicamente sobre bases psicogênicas:** são os pais que em razão de seu funcionamento patológico próprio, provocam a aparição da síndrome do autismo em seus filhos. **A segunda hipótese sugere a existência de dois grupos autistas:** um primeiro grupo, onde o autismo é associado a uma patologia neurológica (Goldfarb, 1961), é o “autismo orgânico”. Um segundo grupo dito “autismo inorgânico”, é devido a fatores psicogênicos.

A terceira hipótese é aquela que Kanner adota em 1955: “A estrutura psicológica própria da criança resulta de fatores inerentes e da dinâmica relacional pais-filhos”. Em outros termos, o autismo se situa à conjunção de um acidente orgânico inato e do stress psicogênico”.

Por outro lado, os estudos com gêmeos, as investigações familiares e os dados epidemiológicos sugerem um determinismo genético para o autismo.

Neste sentido, a literatura recente associa alguns casos de **autismo** a doenças geneticamente transmissíveis, como é o caso da síndrome do cromossoma X frágil, encontrado em autistas que apresentam deficiência mental. (Brown e outros, 1982, citado em Leboyer, 1995).

Contudo, dificuldades relacionadas ao número escasso de casos diagnosticados como autistas, às dificuldades de interpretação dos resultados nas avaliações realizadas, bem como ao próprio significado do termo genético – patrimônio transmitido de pais para filhos ou genótipo modificado patologicamente – dentre outras, impedem uma postura conclusiva com relação ao modelo genético.

Ao longo dos anos, o autismo também tem sido associado a doenças orgânicas, dentre as quais podemos citar: rubéola congênita (Chess, 1971, 1977); hemorragias no primeiro trimestre de gravidez (Torrey e outros, 1975); fenilcetonúria (Wing, 1996; Sorosky e outros, 1968).

Entretanto, não se pode falar numa relação direta entre autismo e tais doenças, a não ser o fato de que estas por si só podem afetar o Sistema Nervoso Central, provocando alterações no seu desenvolvimento.

Pelo exposto, é possível constatar a existência de várias hipóteses com relação aos fatores desencadeantes do autismo, contudo, até o momento, não se reuniu evidências suficientes para comprovar nenhuma delas. É possível apenas depreender das mesmas que uma multiplicidade de fatores podem conduzir a uma síndrome autista, mas qual (ou quais) deles, e em que etapa do desenvolvimento isto acontece, continua sendo uma pergunta sem resposta.

Tentamos, nesta breve exposição, e sem a pretensão de aprofundar o assunto, traçar um quadro geral do que é o **autismo**, localizando o leitor no que diz respeito

às principais hipóteses relacionadas à sua etiologia. Em seguida, contemplando o objetivo principal deste artigo, passaremos a abordar um dos principais sintomas que caracteriza o quadro autista – a linguagem – cujas alterações, tal como descreveu Kanner (1949, citado em Assumpção Jr., 1997) se estendem “do mutismo a uma linguagem sem função comunicacional, refletindo as dificuldades no contato e na comunicação interpessoal” .

A Linguagem no autista

Os autores, de um modo geral, referem-se a vários tipos de dificuldades com relação à linguagem. Tais dificuldades significam tanto uma não aquisição da linguagem, como uma perda progressiva das vocalizações já adquiridas, ou ainda a persistência de manifestações verbais com características bem peculiares.

Vale destacar que é bastante antigo o registro de produções verbais consideradas peculiares que, a partir de Kanner (1943), passaram a fazer parte da sintomatologia autista. Por exemplo, já em 1799, na Psiquiatria, apontava-se para a dificuldade de reversão do pronome pessoal, ou seja o fato de que “alguns sujeitos referem-se sempre a si mesmos na terceira pessoa.” (Martos, 1989). Kanner (op. cit.) aborda este fato no contexto mais amplo do sintoma que ele denomina “fala ecológica”.

Segundo esse autor, algumas crianças por ele acompanhadas repetiam “como um papagaio” tudo o que lhe havia sido dito, naquele momento (ecolalia imediata), ou em momentos anteriores (ecolalia diferida). A esse respeito, chega a afirmar que “a conversa dessas crianças é um eco de tudo o que já se lhe pôde ser dito”, registrando a limitação, ou mesmo a ausência da produção de frases espontâneas.

Nesse “eco”, as palavras são repetidas exatamente na forma como são ouvidas, destacando-se o fato de que os pronomes pessoais usados pelas outras pessoas são retidos sem alterações, sendo também, algumas vezes, reproduzidos a entonação e o tom de voz dessas pessoas.

Por sua vez, tem-se apontado, nessas repetições, o caráter de estereotipia, inflexibilidade ou permanência (Kanner, 1943, Lasnik-Pennot, 1991 e 1997, Rocha,

1997, dentre outros), com base no qual Kanner (op. cit.) admite que a linguagem do autista não possui a função de comunicar uma mensagem a outra pessoa.

Para Lasnik-Penot (1997), “esse tipo de verbalizações nem mereceria o nome de repetição”, justamente por tenderem, rapidamente, a se tornar estereotípias” as quais consistem num esvaziamento do ato de tudo o que é de um valor simbólico, “restando um vestígio de um trabalho humano que, apenas, começou a acontecer.” (op. cit., pag. 16)

A marca de estereotípias das manifestações verbais da criança autista causa, no interlocutor, um efeito de estranhamento, como pode ser exemplificado nos fragmentos de diálogo abaixo, que fazem parte do conjunto de dados, obtidos através de filmagens semanais de sessões de terapia em grupo, no CPPL (Centro de estudos de Psicanálise e Linguagem da cidade do Recife):

C= Terapeuta

L= Terapeuta

P= Paulo* (criança autista)

* Nome fictício

(1) (P – 13;4)

C – O que está acontecendo aqui, vocês estão preocupado com o que hein?

P – (ininteligível) (Fala com a voz bem fina).

C – Estão preocupados com alguma coisa?

P – Vamos ver se (ininteligível) Hoje, vamos ver (ininteligível) aberto hoje, agora!
(Fala num tom mais alto e firme)

Quem mandou você jogar. (Fala fino)

Deixe de palhaçada! Levanta menino! Deixe de palhaçada (Fala fino)

Deixe de palhaçada!(Fala grosso) Deixe de palhaçada! (Fala fino)

C – Quem está fazendo palhaçada?

P – Acenda Hélio, por favoor (Voz um pouco mais grossa)

Acenda aí por favor, acenda aí por favor. Acenda por favor agora. (ininteligível) (Fala fino)

A lata tá cheia de (ininteligível) (Voz estranha)

Ô Paulo (ininteligível) coelho (ininteligível) coelho.(Fala mais fino)

C – Eu não sabia que (ininteligível)

P – Oh Paulo!

Acenda Paulo, acenda logo!

Paulo acenda essa luz meu filho, logo! (Fala apenas um pouco mais fino que sua voz)

Acenda Paulo logo. (fala grosso) Acenda Paulo, logo (Fala bem fino)

Ui, tia apagou. Acenda aí, por favor!

Acenda Paulo! (ininteligível) (Fala mais fino)

Tia, apague a luz do quarto por favor, tia.

Oh Paulo, ligue agorinha, ligue! (Fala mais grosso e ordenado) (ininteligível) (Fala bem fino)

(2) (P – 13;5)

P – Carlinhos rasgou a roupa todinha! (Fala fino)

L – Foi verdade.

C – (ininteligível)

L – Carlinhos ficou com muita raiva, sabe? Porque Carlinhos fazia umas máscaras, sabe?

Enrolava no papel, colava, desenhava. Num era Paulo?

Ele fazia umas máscaras e nesse dia não tinha o papel prá ele fazer essas máscaras e aí Carlinhos ficou com raiva rasgou as roupas, deu grito. Precisou Carlos e Liliane pegar ele para não deixar ele rasgar todinho, não foi Paulo?

P – Carlinhos rasgou. (Fala fino)

E num rasgue não! (Fala grosso, ordenado)

Carlinhos rasgou a roupa, Carlinhos rasgou a roupa (Fala grosso no início da frase).

C – Eu lembro de Carlinhos pequenininho.

P – Tá bom aí? (P fala grosso, vai para perto da filmadora)

A luz. (P coloca seu rosto no visor da filmadora).

C – Tá procurando o que aí?

P – Vamu depressa. Vamu depressa. (ininteligível) (Fala fino)

De jeito e maneira. De jeito e maneira. (Fala fino)

C – Estamos arrumados, hein?

P – Arrumados, arrumados. (Fala fino)

C – Temos um imitador aqui perfeito.

Notam-se, nos fragmentos acima, fortes marcas da presença de uma reprodução rígida da fala do outro na fala da criança, como por exemplo, a não reversão do pronome pessoal ou a manutenção das características prosódicas originais (tom e entonação).

Por sua vez, chama atenção, em alguns momentos, a persistência no que concerne a determinada reprodução, ressaltando, ainda mais, sua condição de “eco” tão destacada pelos estudiosos do tema, como “Acenda Paulo”. Tal enunciado pertence ao discurso da terapeuta em sessão passada, diante do menino que, insistentemente, apagava a luz da sala.

As produções verbais de P. indicam, portanto, um caráter de “fixação”, “permanência” ou “imobilidade” que parece ter dificultado um movimento de “circulação” ou de “deslizamento”, conforme concebido por Lier-De Vitto (1994).

Tal movimento tem lugar “quando o segmento destacado da produção do bebê, ressurgir na da mãe para, em seguida deslizar, novamente, para a criança.” (op. cit., pag. 138), o que aparece no seguinte fragmento de diálogo – entre o adulto(mãe) e a criança com desenvolvimento linguístico considerado “normal” – extraído do Banco de Dados do Instituto de Estudos da Linguagem/UNICAMP:

M = mãe

C = criança

(3) (C – 1;2.15)

M– Num tem. Só tem um nenê.

C – é/bô **M**– Acabô **C** – néé **M** – Só tem um nenê **C** – nenê

M- Você vai dá papá pro nenê?

C – pápa

M– Vai?

C – a/u/ua aiá

No tocante a essa questão, pode-se dizer que várias reproduções de P., em situação de terapia, obedecem a um critério de justaposição. Tais reproduções fazem parte de situações discursivas anteriores, como por exemplo, “Deixe de Palhaçada”, retornando na fala de P., em sessões de terapia, sinalizando, entretanto, para uma ausência de articulações sucessivas com outros fragmentos da fala do adulto o que indica, portanto, uma ausência de deslizamento.

Lasnik-Penot (1997) acrescenta ainda às características mencionadas acima, a ausência de segmentações (ou cortes) na substância fônica, ou melhor, frequentemente não se observam, em algumas crianças, uma separação entre as palavras, como se algo permanecesse, irremediavelmente colado entre elas, o que constitui um dos grandes obstáculos à aquisição da linguagem. Tem-se também feito referência a uma histórica suspeita de surdez, relativamente frequente entre os autistas, diante da falta de respostas de orientação a certos sons. (ver Rivière, 1995). Trata-se de surdez aparente, ou melhor de surdez seletiva, desde que a criança somente não escuta a voz humana, respondendo, entretanto a outros ruídos,

como por exemplo ao “barulho de máquinas”. (Exemplo citado por Lasnik-Penot, op.cit.).

No tocante a essa caracterização sumária da sintomatologia de natureza verbal do quadro autista, convém mencionar dois aspectos: o primeiro diz respeito à singularidade da criança, no sentido de que “esses sintomas não se manifestam por igual, nem têm o mesmo significado em diferentes fases da vida das pessoas autistas”. (Rivière, op. cit., pag. 276).

O segundo diz respeito ao fato de que, embora haja consenso no tocante às dificuldades linguísticas gerais do autista, tal consenso parece não subsistir quando se trata de descrever as dificuldades relativas a aspectos específicos da linguagem. Com base em Belinchón y outros (1996), pode-se apontar para um desacordo no que se refere a tais aspectos específicos, desde que várias investigações sobre o tema chegaram a resultados discordantes entre si.

Por exemplo, Hermelin y O’Connor e Fyffe y Prior (1979) obtiveram resultados que indicam a existência de déficit, no autismo, no âmbito semântico-conceitual, enquanto que Tager-Flusberg (1985, 1986) encontrou que a organização e representação das categorias semânticas básicas do significado das palavras dos sujeitos autistas era similar às do grupo de crianças normais estudadas. Por sua vez, de acordo com os estudos de Prior y Hall (1979) e de Tager-Flusberg, (1981), a compreensão de orações, por pessoas com autismo, é pior do que a dos sujeitos que serviram de controle, por não usarem estratégias de compreensão usadas por estes últimos.

Entretanto alguns dados mais recentes (Paul, Fisher y Cohen, 1988) têm sugerido que os autistas são capazes de usar estratégias de compreensão que se baseiam em pistas tanto semânticas quanto sintáticas. (ver Belinchón, Gortázar, Martinez-Palmer, Flores y García-Alonso, 1996, para um aprofundamento de cada uma dessas posições).

Vale reforçar ainda que o consenso, no estudo da linguagem no **autismo**, restringe-se à descrição de características linguísticas gerais, existindo, porém, diferenças (desacordos) no tocante às tentativas de explicação, quer seja desse tipo de

características, quer seja daquelas de natureza específica. Nesse sentido, algumas linhas de investigação sobre o objeto em foco vão ser referidas, atendo-se, contudo, ao propósito restrito de ilustrar a polêmica mencionada.

Dentre as explicações neuro-psicológicas, algumas sustentam que o déficit linguístico desses sujeitos dependeria de déficits de natureza cognitiva, os quais, por sua vez, estariam ligados a alterações neurológicas, de vários tipos. Uma dessas alterações seria, por exemplo, o déficit nos neurotransmissores, o qual teria participação na dificuldade da criança de enviar sinais para a mãe, comprometendo, assim, desde cedo, seu desenvolvimento.

Entretanto, com base em alguns autores, (dentre eles, Lasnik-Penot, op. cit.), pode-se dizer que ocorre, nesse ponto, uma confusão entre fatores neurológicos e fatores interacionais, uma vez que foi também observado na mãe do autista uma dificuldade de dar respostas verbais ao comportamento do bebê, ou seja de atribuir significado a esse comportamento. Nesse sentido, mais do que uma confusão se instala um círculo vicioso, pois não se poderia determinar qual das duas dificuldades (da mãe e do bebê) seria a causa ou a consequência da outra.

Assumindo um marco teórico psicolinguístico, Belinchón y outros (1996) localizam a explicação de algumas dificuldades linguísticas do autista num conjunto de processos cognitivos baseados num conhecimento da língua, processos estes que constituem, de um lado, uma competência linguística ou gramatical e, de outro lado, uma competência pragmática ou conceitual.

Por sua vez, autores como Nadel y Fontaine (1989) destacam, como fator decisivo para a aquisição da linguagem, a chamada Competência Comunicativa cujo desenvolvimento dependeria, fundamentalmente, da ocorrência da imitação compartilhada ou sincrônica entre a criança e seu parceiro.

Essa autora entende a imitação sincrônica como um modo de convidar o outro a interagir, através da mensagem “eu estou interessado em você”; a imitação subsequente usada pelo modelo inicial para responder à mensagem original significa: “eu também estou interessado em você”. Desse modo, levanta-se a hipótese de que alguma dificuldade nesse tipo de sincronia imitativa estaria

relacionada com o comprometimento da competência comunicativa do sujeito autista.

Stone, Ousley y Littleford (1997) também consideram a imitação como elemento que se relaciona com comprometimentos na linguagem autista. Destacam, entretanto, a imitação motora, realizada pela criança, de movimentos corporais do modelo, situando-se num quadro explicativo diferente do mencionado acima.

Os resultados desse estudo indicam que uma deficiência nesse tipo de habilidade imitativa mantém forte correlação com os baixos resultados do sujeito autista no que concerne à linguagem expressiva.

A noção de interesse compartilhado e de comprometimento nesse interesse aparece num outro grupo de investigação, como fator explicativo da dificuldade linguística do autista (Baron-Cohen 1991 e 1994, citado em Roazzi y Dias, 1998), embora constitua também uma perspectiva diferente da proposta por Nadel y Fontaine (op. cit.), fazendo parte do modelo da chamada Teoria da Mente. Nesse modelo, destaca-se a atenção compartilhada, como por exemplo, a conjugação do olhar da criança e da outra pessoa sobre um mesmo objeto. “O fato de compartilhar o foco de interesse com uma outra pessoa envolve uma representação do outro como dotado de interesse em relação a um objeto/evento” (...) “significando que a criança representa alguém como capaz de ter experiências internas e nesse caso específico ‘ser interessado em algo.’ ” (Roazzi y Dias, 1998)

Por fim, numa perspectiva bem diferente das referidas até agora, situa-se Lasnik-Penot (1991 e 1997) que se baseia na leitura que Lacan realizou da Psicanálise freudiana. Lacan concebe o chamado “estádio do espelho” como uma vivência decisiva para a constituição do psiquismo infantil. Utilizando a metáfora do espelho esse autor propõe que, nesse momento, estabelece-se um tipo de relação entre mãe e criança, de modo que esta se apreende através de sua imagem refletida por aquela e se reconhece nesse espelho (mãe ou outro adulto).

Ocorre então a constituição/delimitação da imagem do próprio corpo da criança, o que é crucial para o desenvolvimento das várias dimensões psíquicas, sendo fundamental, nesse processo, o funcionamento da língua (na concepção

estruturalista lacaneana) através da fala da mãe. Os autores (dentre eles, Lasnik-Penot, op. cit.) propõem que alguns aspectos na relação mãe/filho podem interferir, nesse momento, colocando um obstáculo para a formação da imagem na criança e comprometendo, desse modo, a constituição de sua linguagem, ou melhor de seu psiquismo como um todo, como no caso do autismo.

Como se pode ver, a polêmica esboçada nestas reflexões iniciais aponta para o desafio de se confrontar com o “enigma da criança autista”.

Confronto que já demandou um investimento grande por parte daqueles que se sentiram desafiados.

REFERÊNCIAS

<https://www.vittude.com/blog/deficit-de-atencao/>>acesso em 08/04/2020

<https://www.minhavidacom.br/saude/temas/hiperatividade>>acesso em 08/04/2020

<https://www.vittude.com/blog/fala-psico/impulsividade-normal-ou-patologica/>>acesso em 08/04/2020

<https://www.lexico.pt/alheamento/>>acesso em 08/04/2020

<https://www.portalsaofrancisco.com.br/saude/autismo>>acesso em 08/04/2020