

Autismo – Intervenção terapêutica na 1.^a infância

CRISTINA MARQUES (*)

O conceito de autismo tem sofrido modificações diversas nos últimos tempos. Desde as primeiras observações de Kanner e a teorização de Mahler de autismo como fase do desenvolvimento normal, muito se avançou no estudo do desenvolvimento infantil, nomeadamente no reconhecimento no recém-nascido de um equipamento sensório-motor e perceptual relativamente diferenciado, a par com uma capacidade inata de comunicar com o exterior através de modalidades interactivas relativamente complexas.

Hoje o autismo é encarado pela maioria dos autores como uma perturbação severa da relação e da comunicação, apresentando a criança dificuldades marcadas na regulação, processamento e organização da experiência sensorial e perceptiva.

Face à gravidade destas situações, vários tipos de tratamento têm sido implementados, numa tentativa de encontrar a melhor forma de abordar o processo patológico.

A intervenção terapêutica no autismo durante a 1.^a infância está estreitamente associada à questão do diagnóstico precoce destas situações.

De facto, a evolução destas crianças depende largamente de uma detecção atempada de sinais e sintomas que permitam a implementação precoce de um tratamento, para além de depender da gravidade da perturbação e dos meios de intervenção de que dispomos.

No 1.^o ano de vida o diagnóstico clínico é difícil. O estudo de vídeos familiares e também a observação directa das crianças têm-nos auxiliado na caracterização de alguns destes sinais, que não são no entanto patognomónicos e devem ser interpretados cuidadosamente.

Geralmente o diagnóstico é efectuado mais tardiamente, durante o 2.^o ou mesmo no 3.^o ano de vida. Não é raro serem os pais os primeiros a mostrar apreensão face à criança e a alertar o médico assistente, que no-la envia após processos de investigação mais ou menos longos. Menos frequentemente, os pais chegam à consulta de Pedopsiquiatria por iniciativa própria e sem antes terem recorrido a outros serviços de saúde.

Em qualquer das situações, os pais apresentam-nos geralmente uma criança que os preocupa em primeiro lugar pelo atraso de linguagem: em certos casos a criança nunca falou, noutros houve uma regressão da linguagem e em outros a perturbação da linguagem consiste numa neolingagem ou numa ecolália. O défice nas interacções sociais é outra das preocupações dos

(*) Assistente hospitalar de Pedopsiquiatria, Unidade da Primeira Infância, Rua 6 à Calçada dos Mes-
tres, 8, 1070 Lisboa.

pais: são frequentemente crianças que se relacionam por momentos breves, que alternam com períodos longos de retirada. Estes sinais, associados a comportamentos bizarros como medos inexplicáveis e actividades repetitivas, fazem os pais referi-los como «bebés estranhos ou especiais».

São crianças que despertam nos pais sentimentos de tristeza e de perplexidade pela indiferença que parecem mostrar na relação – parecem de facto não necessitar afectivamente dos pais e serem mesmo incapazes de usar os cuidados maternos. Penso que é também este o sentimento do observador quando está com estas crianças – é no fundo o sentir-se «inanimado» pela tendência que a criança com autismo tem de ignorar o outro enquanto ser humano e de reconhecê-lo como portador de um interior, de um espaço psíquico e de afectos.

Seria o que Uta Frith chama, na sua Teoria da Mente, «a incapacidade de reconhecer e de empatizar com o estado mental do outro, de reconhecer os sentimentos da outra pessoa e de empatizar com ela».

Devido a este quadro, os pais chegam-nos frequentemente num estado de grande desespero; sentem-se impotentes, completamente ultrapassados pela situação. Alguns ainda não desistiram de tentar entrar em contacto com a criança e continuam, na sua ânsia de obter respostas, a estimulá-la de uma forma muitas vezes excessiva, à qual a criança reage com retraimento, criando-se assim ciclos viciosos na comunicação. Outros pais acabaram já por desistir, desiludidos pela ausência de respostas por parte da criança.

Como poderemos então ajudar estes pais e estas crianças a encontrarem-se e a encontrar um espaço de relação?

Na abordagem terapêutica que praticamos na Unidade da Primeira Infância (e alargando o diagnóstico de autismo às crianças com o diagnóstico de perturbação grave da comunicação e da relação), procuramos sempre ter em conta dois aspectos:

- 1) A globalidade do funcionamento psíquico da criança e a existência de dificuldades a vários níveis (linguístico, motor, cognitivo, afectivo). É importante compreender a criança no seu todo e não implementar tera-

pias isoladas, direccionadas exclusivamente a uma área do funcionamento.

- 2) O impacto da perturbação da comunicação na relação pais-criança e as «distorções» que aquela traz consigo. Se existir um melhor conhecimento da criança pelos pais, com a ajuda do terapeuta, é possível modificar o registo afectivo da comunicação pais-criança e torná-la mais adaptada às modalidades «especiais» da criança.

Para além destes aspectos, há ainda a considerar que muitas destas crianças apresentam uma hipersensibilidade ou reactividade excessiva a determinados estímulos do exterior (devida a dificuldades na regulação destes estímulos), o que as levaria a desenvolver reacções de evitamento, em casos extremos a construir verdadeiras barreiras contra um meio exterior sentido como traumático. Este «corte» com a realidade vai impedir a criança de captar informação e de organizá-la em traços mnésicos; as experiências relacionais não são desta forma integradas nos esquemas sensorio-motores, os elementos da realidade são percebidos de forma fragmentada, não coerente, não se desenvolvendo os processos mentais necessários à organização de um espaço psíquico (Self emergente).

Apesar do seu retraimento e isolamento acentuados, estas crianças estabelecem no entanto, por momentos mais ou menos breves, modalidades de contacto com o exterior, embora o façam através de formas muito primitivas de comunicação.

Se o terapeuta se mantiver atento a estes fragmentos, a estes pequenos momentos de contacto, é-lhe possível dar o primeiro passo para iniciar com a criança algum tipo de envolvimento interactivo. E será este um dos primeiros objectivos da terapia – conseguir fornecer à criança experiências interactivas que lhe permitam organizar um sentimento de si própria como indivíduo capaz de se relacionar e de estabelecer com os outros sequências interactivas em que exista reciprocidade e intencionalidade. Nesta perspectiva, o terapeuta deve sempre ter em atenção que as defesas da criança não deverão ser forçadas acima dos limites por ela suportáveis, pois isto poderia levar, inversamente, a uma retracção da criança.

A melhor maneira de construir esta ponte de

ligação com a criança será prestar atenção àquilo que parece interessá-la e seguir a sua espontaneidade, procurando dar um significado afectivo a pequenos sinais, como um gesto, um olhar fugaz, de forma a que estes possam adquirir um sentido na comunicação. Será o que alguns autores chamam «abrir e fechar círculos de comunicação».

Isto requer do terapeuta uma grande capacidade de atenção empática, em relação aos comportamentos da criança e também em relação aos seus próprios estados afectivos desencadeados pela criança. Nesta fase, o terapeuta terá muitas vezes que recorrer a formas mais primitivas de comunicação, que envolvam o gesto, o movimento e não apenas à linguagem – é importante nunca trabalhar acima do nível de desenvolvimento da criança e ter em conta que no início, as palavras usadas isoladamente ou como conceitos abstractos, se revestem de pouco significado para a criança.

Claro que cada criança é única e não há métodos abrangentes que possam ser aplicados a todas elas. Algumas delas, por exemplo, devido às suas dificuldades na regulação dos estímulos, são sobrereactivas a estímulos sonoros e basta um tom de voz mais alto do terapeuta para provocar retraimento ou aumentar as suas actividades perseverativas. Outras são hipersensíveis a estímulos visuais – luzes intensas ou expressões faciais muito animadas podem ser suficientes para ultrapassar o limiar por elas suportável.

Perante as características e competências únicas de cada criança, o terapeuta tem a seu cargo descobrir quais as modalidades interactivas que lhe permitem criar um espaço de relação, um envolvimento emocional, em que a criança comece a sentir prazer em estar com o outro.

À medida que o terapeuta vai conseguindo estabelecer novas e mais sólidas pontes de contacto com a criança, o isolamento e as actividades repetitivas diminuem, a capacidade de atenção aumenta e é então possível introduzir alguns símbolos no discurso, sempre relacionados com o contexto interactivo (por exemplo, fazer rolar um carrinho a velocidades diferentes e ir pontuando com «depressa» e «devagar»).

Progressivamente, a criança vai integrando as seqüências interactivas nas suas representações mentais, adquire a capacidade de categorizar as experiências ao nível destas representações, que no início são apenas «ilhas de representações»;

eventualmente adquire a capacidade de fazer ligações entre as ideias e aceder a formas de pensamento mais diferenciadas.

Relativamente aos pais, estes podem estar presentes nas sessões e através da observação do terapeuta com a criança, começar a entender melhor as reacções do seu filho e a conseguir uma leitura mais contingente dos seus sinais «afectivos». Ao fim de algumas sessões, há uma maior adaptação dos pais às modalidades particulares de contacto da criança e vários estudos mostraram que, após um período de 5 a 8 meses de tratamento, existe um aumento da capacidade de atenção da mãe face ao bebé e também aumento da reciprocidade na interacção.

Numa segunda fase do tratamento, consideramos de particular importância promover o processo de socialização. A existência de unidades de dia onde a criança possa receber, para além de apoio terapêutico individual, apoio ao desenvolvimento psicomotor e à socialização, torna-se então fundamental.

Passaria agora a apresentar o caso clínico de uma criança com o diagnóstico de autismo, a quem chamarei João (J.).

O João tem já 3 anos de idade quando vem pela primeira vez à consulta de Pedopsiquiatria. Vem acompanhado por ambos os pais.

A mãe refere ter começado a preocupar-se com o comportamento do J. cerca dos 18-20 meses. Uma das suas preocupações dizia respeito à regressão da linguagem – o J. em bebé tagarelava bastante, dizia papá e mamã, aquisições que acabou por perder. Neste momento diz raras palavras (colo, à rua, deixa) e vocaliza pouco.

Durante os últimos 6 meses perdeu o interesse pelos objectos e usa de forma sistemática o evitamento do olhar. Não entra em contacto com outros familiares ou pessoas a não ser com a mãe.

È descrito como uma criança geralmente bem disposta, mas que por vezes faz birras prolongadas e inexplicáveis, sem desencadeante aparente.

Apresenta uma grande intolerância à frustração e desiste facilmente de objectos que parecem inicialmente interessá-lo. A mãe refere ainda reacções de rejeição violentas perante todas as situações novas, com comportamentos de auto e

de heteroagressividade dificilmente controláveis pelos pais.

À observação, o J. é uma criança de aparência física agradável, harmonioso e apresenta-se bem cuidado. Ao primeiro contacto notamos que faz birras excessivas, desencadeadas abruptamente apenas pela entrada no espaço do Serviço. A mãe não consegue acalmá-lo e é ele que acaba por se acalmar por si próprio ao fim de bastante tempo. Só nesta altura começa a interessar-se por alguns brinquedos que se encontram no gabinete, mas cedo verificamos que o J. se mantém pouco tempo na mesma actividade – passa rapidamente de um brinquedo a outro, manuseando-os simplesmente, numa actividade sem qualquer esboço de significado.

Passa grande parte do tempo a deambular pelo gabinete, completamente alheado, indiferente ao que o rodeia. Durante estes percursos dirige-se algumas vezes aos pais, sem no entanto interagir com eles.

A entrevista vai sendo pontuada por crises clásticas, que parecem não ter qualquer factor desencadeante imediato. Durante todo o tempo que permanece no gabinete, o J. não estabelece contacto visual; a linguagem limita-se a «sons» e pequenos estalidos com a língua, os quais repete de forma estereotipada, sem qualquer intenção de comunicar. Não parece entender a linguagem, uma vez que não responde a ordens simples.

O J. tinha já realizado vários exames complementares de diagnóstico, que se revelaram todos eles negativos. Iniciou então no nosso Serviço uma psicoterapia de frequência bissemanal e encontra-se em seguimento há cerca de um ano e meio.

Quais foram os grandes desafios que se nos colocaram com o J.?

Inicialmente o J. não se separava da mãe; durante as sessões, a sua atitude alternava entre momentos de alheamento e reacções heteroagressivas de grande violência, aparentemente inexplicáveis, acompanhadas de choro e gritos. Recusava activamente o contacto comigo e tinha grande dificuldade em suportar o espaço fechado do gabinete, queria constantemente sair.

Foi necessário trazê-lo durante algum tempo para um espaço mais aberto, onde não sentisse a minha presença de uma forma tão ameaçadora.

Neste espaço, o deambular era uma constante

– a minha atitude foi a de tentar mobilizar a sua atenção, procurar que sentisse prazer durante os breves momentos em que estava comigo e trazê-lo assim para a relação.

Inicialmente isto foi conseguido através de jogos de movimentos corporais e era nestes momentos que ele começava a olhar-me, embora sempre de forma fugaz. Estes progressos permitiram, depois de algumas sessões, voltar para o espaço do gabinete.

Outro dos desafios foi tentar modificar as actividades repetitivas e transformá-las em actividades interactivas intencionais, o que penso ser um dos maiores desafios que se colocam aos terapeutas destas crianças. Como disse anteriormente, o objectivo do terapeuta será sempre abrir e fechar círculos de comunicação e é neste sentido que deve procurar ultrapassar este obstáculo. Por exemplo, no caso do J., ele passava muito tempo a alinhar objectos – comecei primeiro por alinhar com ele os objectos, depois por trocar-lhes a ordem habitual ou então estendia-lhe o próximo brinquedo que sabia ser habitual ele ir buscar e ele passava a aceitá-lo da minha mão. Inicialmente o J. voltava a pôr os objectos segundo a mesma ordem, ou simplesmente desinteressava-se, outras vezes zangava-se e atirava com os brinquedos, ao que eu respondia sempre com o reconhecimento dos seus estados afectivos.

Apesar destas reacções serem aparentemente negativas, elas são no entanto reacções afectivas contingentes e acabam por permitir fechar o círculo de interacção iniciado. É mesmo durante os momentos de frustração que a criança está motivada para abrir e fechar vários círculos de comunicação; embora não deva deliberadamente frustrar a criança, o terapeuta deve ter presente que estas situações de «zanga» também derivam, de certo modo, de divergências de opinião, que podem por sua vez ser usadas para entrar em contacto com a criança.

Apesar das melhorias conseguidas, o J. continuava a isolar-se muito nas sessões e a rodopiar sobre si próprio repetidamente. Este foi outro dos desafios a vencer – muitas vezes segurava-lhe as mãos e rodava também com ele ou procurava transformar o rodopiar num jogo de movimento e dar-lhe assim algum significado.

O J. começa finalmente a interessar-se pela sua imagem no espelho. Faz várias experiências

em frente ao espelho colocando plasticina no cabelo ou tapando com ela os ouvidos; coloca ainda objectos sobre a cabeça, à laia de chapéu, uma pequena mala às costas, num movimento constante de se completar, de dar continuidade aos limites do corpo.

Pela mesma altura inicia «jogos» em que parece imitar cenas do seu quotidiano (pôr o ursinho a dormir, a situação alimentar, sentar-se na cadeira do bebé,...) no que parece ser uma colagem a comportamentos observados, sem que estes tenham um verdadeiro simbolismo.

Nas últimas sessões, o J. demonstra algumas atitudes que me fizeram pensar que começa a reconhecer no outro um interior subjectivo e a ser sensível aos estados afectivos de pessoas que são para ele significativas.

Começa a mostrar uma certa ambivalência em relação a mim – agride-me quando o frustro, mas quase de imediato pede o meu colo, a chorar, ficando abraçado ao meu pescoço.

Quando quer ajuda para realizar os *puzzles* coloca as peças directamente na minha mão e cada vez com menos frequência usa a minha mão para atingir os seus objectivos.

Ao nível da linguagem, existe agora uma ecolália incipiente, que surge no contexto da relação.

Apesar destes progressos, o J. continua a funcionar frequentemente em modalidades unisensoriais e as suas modalidades de conhecimento são ainda fundamentalmente incorporativas.

Nesta fase, tentámos simultaneamente a integração no grupo de crianças da creche terapêutica. Inicialmente surgiram defesas autísticas maciças, depois progressivamente o J. começou a mostrar interesse pela actividade das outras crianças e a tentar imitá-las, embora sem partilhar ainda as suas experiências.

O J. fez, até ao momento e face à gravidade da sua perturbação, uma boa evolução.

O futuro destas crianças, mesmo quando submetidas a tratamento intensivo, é porém incerto. No entanto, na nossa experiência temos verificado que em muitos casos se conseguem progressos consideráveis ao nível da relação mãe-criança, na capacidade de socialização, de vinculação às figuras parentais e melhoria na capacidade de dar respostas afectivas contingentes.

Se a terapia for iniciada antes dos 24 meses

(principalmente em casos de autismo secundário), se os pais forem interessados e colaboradores e a criança mantiver o seu potencial cognitivo, há a possibilidade de evoluções particularmente positivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Frith, U. (1989). *Autism – Explaining the enigma*. Oxford U.K. and Cambridge U.S.A.: Blackwell Publishers.
- Gonçalves, M. J. (1991). Psicoses da 1.^a Infância – algumas reflexões clínicas sobre o autismo infantil. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 1, 15-20.
- Greenspan, S. I. (1992). Reconsidering the diagnosis and treatment of very young children with Autistic Spectrum or Pervasive Developmental Disorder. *Zero to Three*, 13 (2), 1-9.
- Kalmanson, B. (1992). Diagnosis and treatment of infants and young children with Pervasive Developmental Disorder. *Zero to Three*, 13 (2), 21-26.
- Marques, C. (1998). *Autismo – Modelos teóricos e intervenção terapêutica na 1.^a infância*. Em publicação.
- Meltzer, D. et al. (1980). *Explorations dans le monde de l'autisme*. Paris: Payot.
- Sameroff, A. J., Emde, R. N., et al. (1989). *Relationship disturbances in early childhood – A developmental approach*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Tustin, F. (1977). *Autisme et psychose de l'enfant*. Paris: Le Seuil.
- Tustin, F. (1981). *Autistic states in children*. London: Routledge, Kegan and Paul.
- Wieder, S. (1992). Opening the door: Approaches to engage children with Multisystem Developmental Disorders. *Zero to Three*, 13 (2), 10-15.

RESUMO

A autora faz uma elaboração acerca da *abordagem terapêutica de crianças na faixa etária da 1.^a infância com o diagnóstico de autismo*, colocando particular ênfase nos seguintes pontos: 1) Importância do diagnóstico e início precoce do tratamento; 2) Reconhecimento da existência de défices regulatórios no processamento sensorial, os quais estariam na base das dificuldades de comunicação, em alguns casos; 3) Importância de promover modalidades terapêuticas que tenham em conta a globalidade do funcionamento psíquico da criança, o impacto da perturbação na relação pais-criança e o reestabelecimento do funcionamento interactivo.

São apresentados aspectos da experiência clínica com crianças do espectro autista, mediante a exposição

do caso clínico de uma criança com o diagnóstico de autismo, em seguimento terapêutico pela autora.

Palavras-chave: Autismo, interação, primeira infância, intervenção terapêutica.

ABSTRACT

The author presents an overview of the *therapeutic intervention with infants suffering from autism*, emphasizing the following issues: 1) Importance of

early diagnosis and treatment; 2) Existence of regulatory deficits in sensorial processing, which are in some cases the basis for communication difficulties; 3) Therapeutic modalities should take into consideration child's psychological functioning as a whole and also the impact of child's dysfunction on parent-child relationship and the re-establishment of interactive functioning.

Clinical experience with these children is presented through a case report.

Key words: Autism, interaction, infancy, treatment.