



## Autismo: Atuais interpretações para antigas observações

*Cleonice Bosa*

Escrever sobre autismo tem sido, historicamente, um desafio para todos os profissionais envolvidos com essa questão. Penso que poucas patologias do desenvolvimento suscitaram tanto interesse e controvérsias, situação que tem se tornado aparente pelo volume crescente de artigos, livros e trabalhos apresentados em congressos sobre esse tema. Tal acúmulo de estudos reflete não apenas interesse mas, sobretudo, nossa ignorância sobre vários aspectos que ainda permanecem obscuros, e que serão o foco da presente discussão. Entre esses aspectos citam-se a questão da definição, etiologia, diagnóstico, avaliação e intervenção. Contudo, longe de ser o caos, são justamente as incertezas que permeiam essa condição que incitam os profissionais de diferentes áreas a realizarem um trabalho conjunto, que não seja apenas o somatório de suas experiências isoladas. Na prática, penso que avançamos pouco nessa tarefa.

Na década de 30, Leo Kanner, autor das primeiras publicações sobre autismo, já denunciava o monopólio de grupos que advogavam para si a propriedade sobre qualquer conhecimento relacionado ao autismo e o alarde precipitado de curas milagrosas (Kanner, 1968). Nesse mesmo artigo, ele chamava a atenção para o quanto o nosso conhecimento acerca da etiologia e tratamento do autismo era limitado, contando-se, predominantemente, com especulações teóricas. Ressaltava três aspectos sobre os quais deveriam fundamentar-se as especulações em torno do autismo: *modéstia, humildade e cautela*. Segundo ele, somente dessa forma nos resguardaríamos de uma atitude pseudo-científica e de “gritos prematuros de *Eureka*” (p. 140). Essas observações nunca me pareceram tão atuais e verdadeiras, pois foi com espanto que, em um recente evento de apresentação de trabalhos científicos, ouvi um estudante tomar o entusiasmo de uma criança com autismo diante de uma atividade qualquer, como sendo consequência da sua “intervenção salvadora” (como se antes dela tudo que houvesse fosse um vazio total!). Foi com o mesmo espanto que pude constatar que, às vésperas da virada do milênio, aproximadamente 30% dos professores que participaram do curso<sup>1</sup> de extensão universitária acreditavam que um indivíduo com autismo fosse incapaz de falar, sorrir, ou mostrar carinho pelos outros (no início do curso) – uma caricatura do autismo que a mídia encarrega-se de propagar.

Entre os tipos mais comuns de indagações e confusões acerca do autismo estão as seguintes questões: é uma doença psiquiátrica? É psicose? É de causa orgânica? Só ocorre em famílias de alto poder aquisitivo e cultural? Resulta de rejeição e falta de afeto parental? Tem cura? Qual o tipo de intervenção mais adequada? Uma escola especial? Uma clínica?

Uma revisão rápida da literatura permite-nos encontrar a palavra “autismo” escrita de diferentes formas - com “a” maiúsculo e minúsculo, com e sem artigo na frente da

---

<sup>1</sup> Curso de extensão promovido pela SEC/RS em convênio com a faculdade de Educação, Medicina e Psicologia da UFRGS.

palavra (o Autismo? ou o autismo?), como síndrome comportamental, síndrome neuropsiquiátrica//neuropsicológica, como transtorno invasivo do desenvolvimento, transtorno global do desenvolvimento, transtorno abrangente do desenvolvimento, transtorno *pervasivo* do desenvolvimento (essa palavra nem consta no Aurélio!), psicose infantil, precoce, simbiótica, etc. Ouve-se falar em pré-autismo, pseudoautismo e pós-autismo. E está instaurada a confusão. Paradoxalmente, estamos numa espécie de torre de Babel, discutindo os “problemas de linguagem e comunicação” dos autistas, quando nem mesmo nós estamos em condições de conceber o autismo de forma consensual por uma razão muito simples: a concepção do autismo passa pela própria concepção de cada profissional sobre a relação entre desenvolvimento e psicopatologia; num nível ainda mais básico, passa pela eterna discussão sobre a relação mente-corpo. Tampouco serei eu a ditar um denominador comum. Posso – e proponho-me – a tentar esclarecer parte das confusões, convidando o leitor a uma incursão acerca da histórica sobre os estudos nessa área.

### **Os primeiros relatos sobre autismo**

As primeiras publicações sobre autismo foram de autoria de Leo Kanner (1943) e Hans Asperger (1944) os quais, independentemente (o primeiro em Baltimore e o segundo em Viena), forneceram relatos sistemáticos dos casos que acompanhavam, e suas respectivas suposições teóricas para essa síndrome até então desconhecida.

Kanner (1943) constatou uma inabilidade no relacionamento interpessoal nas crianças que ele atendia, que as distinguiu de outras patologias como a esquizofrenia: “o distúrbio fundamental mais surpreendente, “patognômico”, é a incapacidade dessas crianças de estabelecer relações de maneira normal com as pessoas e situações desde o princípio de suas vidas” (p. 242.). Para Kanner, tal comprometimento se fazia evidenciar pela dificuldade em adotar uma atitude antecipatória que assinalasse ao adulto a vontade de ser pego no colo (ex: inclinar o rosto, estender os braços e após, acomodar-se ao colo); um “fechamento autístico extremo” que levava a criança a negligenciar, ignorar ou recusar tudo o que vinha do exterior.

Outra característica observada foi o atraso na aquisição da fala (embora não em todas) e uso não-comunicativo da mesma, isto é, a linguagem não era utilizada enquanto instrumento para receber e transmitir mensagens aos outros, dotadas de sentido, sendo que três das crianças permaneciam “mudas” até aquela data. A fala consistia principalmente de palavras para nomear objetos, adjetivos indicando cores, o alfabeto, canções, listas de animais, nomes de pessoas importantes; frases provenientes de poemas ou fragmentos de frases aprendidos de cor, combinações de palavras ouvidas e repetidas como um “papagaio”. Por vezes, as palavras eram repetidas imediatamente após ouvidas (ecolalia imediata), outras, posteriormente (ecolalia diferida); pronomes pessoais repetidos exatamente como eram ouvidos, portanto falando de si mesmo na terceira pessoa (pronome reverso). A entonação também nem sempre combinava com o contexto linguístico (ex: uma resposta dada com entonação interrogativa). Particularmente notório era o sentido literal dado às palavras as quais eram “coladas” a uma situação específica, tornando-se inflexíveis. Não foram observadas dificuldades quanto ao uso de plural e conjugação ou memória. Essa última era tida como excelente, principalmente a capacidade para recordar acontecimentos ocorridos há vários anos, decorar poemas e nomes, seqüências e esquemas complexos. Para Kanner (1943), essas habilidades “testemunham uma boa inteligência no sentido comumente aceito desse termo” (pp. 247-48) e acreditava no bom potencial cognitivo

dessas crianças, as quais mostravam fisionomias notadamente inteligentes. Assinala-se então que, para Kanner, essas crianças eram extremamente inteligentes embora não o demonstrassem. Chamou ainda a atenção para a ausência de comprometimento no plano físico na maioria das crianças.

Dificuldades na atividade motora global, contrastando com uma surpreendente habilidade na motricidade fina (evidenciada, por exemplo, na habilidade para girar objetos circulares), também foram identificadas por Kanner. Entretanto, para esse autor, a insistência obsessiva na manutenção da rotina, levando a uma limitação na variedade de atividades espontâneas, era uma das características-chaves no autismo. A isso se somava a inabilidade no relacionamento interpessoal: “há nelas uma necessidade poderosa de não serem perturbadas. Tudo o que é trazido para a criança do exterior, tudo o que altera o seu meio externo ou interno representa uma intrusão assustadora” (p.244). Os medos e as fortes reações a ruídos e objetos em movimento, objetos quebrados ou incompletos, as repetições nas atividades, chegando a rituais altamente elaborados, o brinquedo estereotipado e privado de criatividade e espontaneidade, a introdução de novos alimentos, provêm desse medo de mudança. Se algo é mudado, mesmo em um mínimo detalhe, a situação deixa de ser idêntica, não podendo então ser aceita. Por outro lado, Kanner assinalava que tudo que não era alterado quanto à aparência e posição, ou seja, aquilo que conservava a sua identidade e não ameaçava o isolamento da criança, não somente era bem tolerado por ela como passava a ser objeto de interesse com o qual poderia passar horas brincando, pois, segundo o autor, conferiam à criança uma sensação gratificante de onipotência e controle. Ilustrou essa noção com exemplos de estados de êxtase dessas crianças diante da habilidade de fazer rodar objetos e permanecer observando-os girar sobre si mesmos - poder que experimentavam em seu próprio corpo, balançando-se e fazendo movimentos rítmicos. Essas observações do autor representam o embrião das noções contemporâneas de que o senso de previsibilidade e controle sobre as situações facilita a adaptação e a aprendizagem de indivíduos com autismo e têm implicações para intervenções. O próprio autor registra o interesse de um de seus pacientes por fotografias de pessoas e animais, em contraste com o desinteresse ou medo por elas “ao vivo”, assinalando que fotos, no final das contas, não “perturbam” como as pessoas. De forma similar, observou o regozijo de uma criança diante dos ruídos de objetos jogados ao chão (por ela própria, mas não por outras pessoas) ou da insistência em alinhar bolas, cubos e bastões, por grupos de diferentes séries de cor. Outro relato interessante do ponto de vista de intervenção é o da assistente social que acompanhava o caso de um dos pacientes de Kanner: Donald. Ela relata o quão surpresa ficou ao visitar Donald na casa de fazendeiros, onde seus pais o haviam colocado. Segundo ela, o casal de camponeses era “gentilmente firme” com Donald e criaram objetivos para as suas intensas estereotipias e rituais (ao invés de simplesmente tentar eliminá-las); transformaram suas preocupações obsessivas com as medidas, números em geral e datas, em atividades adaptativas. Assim, Donald ficou responsável pela mensuração da profundidade de um poço e pela construção de um “cemitério” para animais, isso em função da sua incontrolável necessidade de recolher animais mortos. Foram confeccionadas placas contendo o nome dos animais recolhidos, data de nascimento (desconhecida) e morte (dia em que fora encontrado) e outros detalhes. As repetidas contagens das fileiras de trigo foram encorajadas se acompanhadas pelo cultivo simultâneo à contagem, enquanto andava a cavalo – atividade que era realizada de forma hábil. Conforme o relato da assistente social, seus progressos eram evidentes porque suas “esquisitices” eram aceitas na escola que freqüentava no campo.

Finalmente, uma questão que levantou intensa polêmica nos anos subsequentes foi a observação de Kanner (1943) acerca das famílias das crianças que observara. Destacou que, entre os denominadores comuns a elas, estavam o alto nível de inteligência e sócio-cultural dos pais, além de uma certa frieza nas relações, não somente entre os casais mas também entre pais e filhos. Também salientou aspectos obsessivos do ambiente familiar evidenciado, por exemplo, pelo nível de detalhe de relatórios e diários. Entretanto, nesse mesmo artigo, Kanner já questionava a natureza causal entre os aspectos familiares e a patologia da criança: “a questão que se coloca é saber se, ou até que ponto, esse fato contribuiu para o estado da criança. O fechamento autístico extremo dessas crianças, desde o princípio de suas vidas, torna difícil atribuir todo este quadro exclusivamente ao tipo de relações parentais precoces de nossos pacientes” (p. 250). Conclui o seu trabalho, postulando que o autismo origina-se de uma capacidade inata de estabelecer o contato afetivo habitual e biologicamente previsto com as pessoas, chamando a atenção para a necessidade de estudos que forneçam “critérios concretos” acerca dos componentes constitucionais da reatividade emocional.

### **Diferenças e similaridades entre as descrições de Kanner e Asperger**

As descrições de Asperger (1944) são na verdade mais amplas que as de Kanner, cobrindo características que não foram levantadas por Kanner, além de incluir casos envolvendo comprometimento orgânico. Ressaltou a questão da dificuldade das crianças que observava em fixar o olhar durante situações sociais, mas também fez ressalvas quanto à presença de olhar periférico e breve; chamou a atenção para as peculiaridades dos gestos - carentes de significado e caracterizados por estereotípias - e da fala, a qual podia apresentar-se sem problemas de gramática e com vocabulário variado, porém monótona. Salientou não tanto o extremo retraimento social, tal qual Kanner fizera, mas a forma ingênua e inapropriada de aproximar-se das pessoas. Notou ainda, a dificuldade dos pais em constatar comprometimentos nos três primeiros anos de vida da criança.

O trabalho de Asperger foi publicado na língua alemã, no final da guerra mundial, dificultando a sua difusão. Dessa forma, seus trabalhos só tornaram-se conhecidos nos últimos anos, com a sua publicação em inglês. Asperger acreditava que a síndrome por ele descrita diferia da de Kanner, embora reconhecesse similaridades, uma vez que ambos identificaram as dificuldades no relacionamento interpessoal e na comunicação como as características mais intrigantes do quadro. Asperger também sugeriu a hipótese de um transtorno profundo do afeto ou “instinto”. Coincidentemente, ambos empregaram o termo autismo (inicialmente na forma de adjetivo - distúrbio *autístico* do contato afetivo para Kanner e psicopatia *autística* para Asperger, e mais tarde na de substantivo - autismo infantil precoce; Kanner, 1944) para caracterizar a natureza do comprometimento. Isso foi uma tentativa de enfatizar os aspectos de intenso retraimento social observado em seus pacientes. Esse termo, na verdade, deriva do grego (*autos* = si mesmo + *ismos* = disposição/orientação) e foi tomado emprestado de Bleuler (o qual por sua vez subtraiu o “eros” da expressão *autoerotismus*, cunhada por Ellis, de acordo com Fedida, 1991) para descrever os sintomas fundamentais da esquizofrenia: “Os sintomas fundamentais consistem em transtornos da associação e da afetividade, a predileção por fantasias em oposição à realidade e a inclinação para divorciar-se da realidade (autismo)” (Bleuler, 1955, p. 14).

Tanto Kanner quanto Asperger empregaram o termo para chamar a atenção sobre a qualidade do comportamento social que perpassa a simples questão de isolamento físico, timidez ou rejeição do contato humano, mas caracteriza-se, sobretudo, pela dificuldade em manter contato afetivo com os outros de modo espontâneo e recíproco. No meu ponto de vista, é a questão da reciprocidade - ou melhor, a falta de - que permanece como um dos marcadores significativos no autismo. Com isso, quero dizer que a noção de uma criança não-comunicativa, fisicamente isolada e incapaz de mostrar afeto, não corresponde às observações atuais nos estudos nessa área, conforme discutiremos mais adiante. De qualquer modo, até mesmo Kanner chamou a atenção para as diferenças individuais entre os casos observados por ele: “As onze crianças (oito meninos e três meninas), cujas histórias foram rapidamente apresentadas, oferecem, como era de se esperar, diferenças individuais nos graus de seus distúrbios, nas manifestações familiares e em sua evolução ao longo dos anos” (Kanner, 1943, pp. 241-42).

No final da década de 60, o quadro “clássico” descrito por Kanner era largamente difundido entre os profissionais. Entretanto, logo tornou-se evidente que havia grupos de crianças que apresentavam características similares às identificadas por Kanner, mas que ainda assim não correspondiam exatamente às suas descrições. Era notório que o tipo de necessidades, em termos de intervenção era, contudo, igualmente semelhante. Tal constatação levou a criação da primeira associação formada por familiares e profissionais na área de autismo, fundada na Inglaterra, em 1962 – a *National Autistic Society*. Os debates cresceram, criando demandas pela investigação sobre a questão da relação entre autismo e outros transtornos do desenvolvimento, em especial o da deficiência mental e os de problemas de linguagem e comunicação. Acirra-se a polêmica quanto a etiologia do autismo, sendo polarizada em torno das questões da causalidade parental x fatores biológicos como ressonância das primeiras observações de Kanner sobre a frieza nas relações parentais. Intensificam-se as controvérsias acerca da definição de autismo, refletidas na própria história dos dois sistemas de classificação de transtornos mentais e do comportamento: a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento – CID (*The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD*), publicado pela Organização Mundial da Saúde e o Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais – DSM (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disease*) da Associação Psiquiátrica Americana (APA). Nesse ponto, torna-se necessário rever brevemente esse histórico para se compreender as diferentes terminologias comumente empregadas para designar os transtornos relacionados ao autismo.

### **O conceito de autismo: Psicose, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Transtorno Global do Desenvolvimento**

Historicamente, a inclusão do autismo na categoria de psicose ou de esquizofrenia varia conforme as escolas psiquiátricas consideradas, na análise de Assumpção Júnior (1997). Por “psicose” compreende-se, de um modo geral, um distúrbio maciço da realidade, envolvendo uma desorganização (ou a não organização) da personalidade (Houzel, 1991). Já as primeiras definições do termo esquizofrenia (inicialmente denominada de demência precoce por Kraepelin) referiam-se a alterações específicas no pensamento, sentimentos e relações com o mundo externo, cujo curso é por vezes crônico ou marcado por ataques intermitentes. Pode estacionar ou regredir em qualquer época da vida do paciente (Bleuler, 1955). Considerando-se que tanto o autismo

quanto a esquizofrenia envolvem comprometimento no relacionamento interpessoal e estereotípias, não é surpreendente o fato da síndrome de Kanner ter sido agrupada na categoria de esquizofrenia no passado. Ao discutir o seu conceito de autismo, Kanner reconhece semelhanças entre a sua síndrome e a esquizofrenia infantil, mas defende a idéia de que deveria ser separada da mesma, definindo-a claramente como psicose em diferentes trabalhos ao longo dos anos (1968, 1973).

Os trabalhos das psicanalistas Margareth Mahler e Melanie Klein auxiliam na compreensão das raízes históricas acerca da aplicação dos termos psicose e esquizofrenia ao autismo. Mahler (1975), cujos trabalhos foram considerados por Kanner como de grande importância na investigação clínica, propõe a existência de dois tipos básicos de psicose infantil: o autismo infantil (onde a mãe não é percebida como representante do não-eu) e a psicose simbiótica (onde a mãe não é percebida como distinta do self mas se confunde com ele). A não diferenciação entre self e não-self também é ressaltada por Klein (1989), sendo a psicose considerada como uma regressão à “posição esquizoparanóide”, característica de uma fase do desenvolvimento “normal”. Pode-se resumir, considerando-se a psicose como uma falha em estabelecer relações objetais (distorções no relacionamento mãe-bebê), que são vitais para o desenvolvimento emocional, social e cognitivo. A consequência seria a não estruturação do ego, enquanto na esquizofrenia haveria uma “quebra” da estrutura egóica inicialmente estabelecida, embora de forma rudimentar e frágil. Portanto, a gravidade do quadro psicótico dependeria do estágio evolutivo em que houve a ruptura do processo de estabelecimento de relações objetais: quanto mais precoce (como no caso do autismo) mais grave.

Kanner (1968) enfatizou a questão do diagnóstico diferencial entre deficiência mental e transtornos da linguagem do tipo afásico e ressaltou as falhas quanto à produção de evidências neurológicas, metabólicas ou cromossômicas no autismo. Cabe aqui chamar a atenção de que esse reconhecimento de Kanner sobre a carência de marcadores biológicos no autismo não o levou a atribuir a etiologia da síndrome à psicopatologia parental, conforme ele mesmo frisou mais tarde, denunciando a ocorrência de má interpretação de suas idéias (1968). O ressentimento de Kanner foi tal que ele sentiu-se impelido a escrever um livro onde “defende” os pais da associação entre qualidade da parentalidade e psicopatologia infantil em geral (ex: enurese) e não especificamente sobre autismo. Contudo, é necessário pontuar que ao adotar-se essa atitude, a questão da relação entre aspectos familiares e autismo torna-se polarizada e não compreendida como um todo complexo, com mútua influência, conforme discutiremos mais tarde.

Retomando a questão do conceito de autismo, verifica-se na história uma grande controvérsia com relação à distinção entre autismo, psicose e esquizofrenia. As primeiras edições do CID não fazem qualquer menção ao autismo. A oitava edição o traz como uma forma de esquizofrenia e a nona o agrupa como psicose infantil. A partir da década de 80, assiste-se à uma verdadeira revolução paradigmática no conceito, sendo autismo retirado da categoria de psicose no DSM-III e DSM-III-R e no CID-10, passando a fazer parte dos Transtornos Globais do Desenvolvimento. Já o DSM-IV traz o transtorno autista como integrando os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (*Pervasive Developmental Disorder*), encontrando-se também na tradução para o português o termo “abrangente” em substituição a invasivo (ex: Assumpção Junior, 1995), juntamente com os transtornos desintegrativos, Síndrome de Rett e Síndrome de Asperger. Tanto o CID-10 quanto o DSM-IV estabelecem como critério para o transtorno autista, o comprometimento

em três áreas principais: alterações qualitativas das interações sociais recíprocas; modalidades de comunicação; interesses e atividades restritos, estereotipados e repetitivos.

Tal mudança reflete os seguintes aspectos: acúmulo de conhecimento produzido por pesquisas em diferentes partes do mundo, incluindo os epidemiológicos, buscando identificar tanto as características clínicas comuns como suas especificidades e delinear aspectos diferenciais de outras condições (ex: deficiência mental, transtornos de linguagem e esquizofrenia). A psiquiatra inglesa Lorna Wing critica a divisão em subgrupos proposta por esses sistemas (autismo típico, atípico, não especificado, etc., chamando a atenção para as diferenças entre as demandas da clínica e da pesquisa. Do ponto de vista de investigação científica, é importante a identificação de subgrupos e seus possíveis perfis sociais, cognitivos, etc. Contudo, em termos de intervenção, é de pouco valor para os pais receber um diagnóstico de, por exemplo, “autismo não especificado”, importando a compreensão do funcionamento do indivíduo, nas diferentes áreas do desenvolvimento. Dessa forma, a autora propôs a noção de “espectro autista”, no final da década de 70, a qual é adotada pela National Autistic Society britânica para designar déficits qualitativos na denominada tríade de comprometimentos (linguagem/comunicação, social imaginação)(Wing & Gould, 1979).

Já a classificação francesa (Misés, 1988) define autismo como psicose, diferenciando o chamado autismo infantil “tipo Kanner” (com aparecimento dos primeiros sintomas dentro do primeiro ano de vida e quadro completo até os três anos) das “outras formas de autismo infantil” (com aparecimento tardio dos sintomas, após os três anos, incluindo também algumas formas de psicose do tipo simbiótica), da deficiência mental, demência e distúrbios complexos da linguagem oral. De forma similar, o grupo para o Avanço da Psiquiatria (GAP, 1990) enquadra autismo em transtornos psicóticos, sendo denominada de “autismo infantil precoce”. Com isso, quero demonstrar que a concepção de autismo como psicose ou como transtorno de desenvolvimento depende do sistema de classificação empregado o qual, por sua vez, traz implícito concepções teóricas diferentes sobre desenvolvimento infantil. Ainda que a preocupação em estabelecer critérios rigorosos e padronizados no CID e do DSM a fim de possibilitar uma “linguagem comum” entre a comunidade científica seja à princípio “ateórica”, há posicionamentos contrários a essa situação. Assumpção Junior (1995) avalia que esses sistemas de classificação enfatizam os déficits cognitivos do desenvolvimento, enquanto a classificação francesa e o GAPA, fundamentam seus critérios nos déficits afetivos e adotam uma abordagem mais compreensiva do que descritiva. Concordo com esse autor no que diz respeito a pretensão do CID-10 e do DSM-IV em ser um sistema ateórico, mas acredito que a suposta dicotomia cognitivo x afetivo deva ser melhor discutida. Penso que o termo “afetivo” não pode ser tomado como privativo das abordagens psicodinâmicas, como a psicanálise, ou que o termo “cognitivo” implique exclusão dos fatores afetivos. Parece-me claro que na base dos critérios, pelo menos do GAP, está a abordagem psicanalítica, atribuindo o comprometimento no autismo a um distúrbio básico no funcionamento do ego, afetando o desenvolvimento de funções básicas da personalidade no que diz respeito ao processo de individuação e relações interpessoais. A literatura psicanalítica enfatiza o papel da função materna e paterna no aparecimento e cristalização da psicose, embora, historicamente, haja divergências quanto a afirmação de que a psicose (e por conseguinte, autismo, segundo essa abordagem) *resulta* de problemas nessa relação (ver Alvarez, 1995 para maiores detalhes). Por outro lado, embora o termo “cognitivo” remeta-nos às noções de desenvolvimento dos processos básicos do comportamento (percepção, memória, linguagem, etc.) e sua relação com a organização cerebral, não podemos esquecer a tendência atual em compreender os

processos cognitivos inseridos num contexto social e afetivo. Na área do desenvolvimento sócio-cognitivo, conforme postulado por teóricos como, por exemplo, Vygotsky, Bruner e Trevarthen, não há como separar o desenvolvimento cognitivo do afetivo e seu substrato biológico, com especial destaque ao papel da cultura nesse processo. A conclusão que emerge dessa reflexão é que existe um comprometimento precoce que afeta o desenvolvimento *como um processo* e, conseqüentemente, a personalidade (através da interação entre o self e as experiências com o ambiente que possibilita o desenvolvimento das noções de si, do outro e do mundo ao seu redor), seja a síndrome do autismo classificada como psicose ou como transtorno do desenvolvimento. Na verdade, existe a falta de um modelo teórico suficientemente abrangente para dar conta das diferenças entre as duas formas de classificação. Conclui-se dessa discussão que as diferenças recaem na ênfase seja dos aspectos neurobiológicos na gênese do transtorno autista (e sua relação com os aspectos sócio-cognitivos e afetivos -visão “organicista”), seja dos processos emocionais (visão psicodinamicista). O que vale a pena ressaltar é que, seja qual for o sistema de classificação ou abordagem teórica adotada, a noção de que crianças com autismo apresentam déficits no relacionamento interpessoal, na linguagem/comunicação, na capacidade simbólica e ainda, comportamento estereotipado (atentando-se para as diferenças individuais), não tem sido desafiada. As diferenças encontram-se fundamentalmente nos mecanismos explicativos acerca da etiologia. Constata-se também quão fundamental foram as observações iniciais de Kanner e Asperger, muitas das quais têm sido confirmadas por estudos.

Finalmente, cabe ressaltar a mudança na forma de conceber o autismo, passando da condição de “doença” com identidade definida e distinta dos quadros envolvendo problemas orgânicos para a de “síndrome” (conjunto de sintomas). Dessa forma, quando se fala em transtornos ou síndromes autísticas, quer-se designar a “tríade de comprometimentos” independentemente da sua associação com aspectos orgânicos. Em outras palavras, a síndrome do autismo identifica um perfil comportamental com diferentes etiologias (Gillberg, 1990).

Tendo-se rastreado os aspectos históricos cabe agora revisarmos o que a pesquisa contemporânea tem apoiado ou transformado em relação à ocorrência da síndrome do autismo na população geral (prevalência) e a suas características clínicas.

## **Estudos atuais sobre autismo**

### *Prevalência*

De acordo com Wing (1996) há uma variação nas taxas de prevalência obtidas a partir de estudos epidemiológicos sendo esta de aproximadamente 2-3, até 16 em cada 10,000 crianças. No Reino Unido, a prevalência de crianças com autismo típico, por exemplo, é de 4-5 em cada 10,000 crianças (Wing & Gould, 1979) mas aumenta para 15-20 em cada 10,000 se forem incluídas aquelas crianças que mostram características autistas no que se refere à ‘tríade’ de comprometimentos (social, comunicação, e atividades restritas/repetitivas). No Brasil calcula-se que existam, aproximadamente, 600 mil pessoas afetadas pela síndrome do autismo (Associação Brasileira de Autismo, 1997), se considerarmos somente a forma típica da síndrome.

A prevalência é quatro vezes maior em meninos do que em meninas (Rutter, 1985; Wing, 1981) e há alguma evidência de que as meninas tendem a ser mais



severamente afetadas (Wing, 1996), embora isso possa ser explicado pela tendência de meninas com autismo apresentarem QI mais baixo do que os meninos (Lord & Schopler, 1985). Conclui-se, portanto, que os transtornos autísticos são relativamente raros na população geral se comparados a outros transtornos (ex: Síndrome de Down) o que acarreta uma diminuição na oferta de centros de atendimento e, conseqüentemente, longas filas de espera nos poucos espaços especializados disponíveis.

### **Características clínicas**

Conforme visto anteriormente, Kanner acreditava que as crianças com autismo eram inteligentes, porém não o demonstravam. Tal noção levou ao mito da criança “secretamente inteligente”. A implicação imediata dessa noção é o perigo de se superestimar as potencialidades da criança, criando demandas sociais e intelectuais acima das suas capacidades, com desastrosas conseqüências. Muitas vezes a ausência de respostas das crianças deve-se à falta de compreensão do que está sendo exigido e não de uma atitude de isolamento e recusa proposital. A contínua falta de compreensão do que se passa ao redor, aliada à escassa oportunidade de interagir com crianças “normais” é que conduziria ao isolamento, criando dessa forma, um círculo vicioso.

Estudos epidemiológicos têm apontado que 70% dos indivíduos com autismo apresentam deficiência mental (Gillberg, 1990). Somente 30% apresentam um perfil cognitivo caracterizado por uma discrepância entre as áreas verbal e não-verbal em testes padronizados. Nesses indivíduos, geralmente não se identificam problemas na área não-verbal (ex: habilidades visuomotoras), podendo esta inclusive estar acima do esperado para a idade cronológica. Um exemplo disso é o desempenho superior de algumas crianças com autismo em tarefas de encaixe de figuras geométricas, em relação a crianças com desenvolvimento “normal”, da mesma idade, ou na montagem de um quebra-cabeças, que pode ser executado pelo “avesso” (desprezando a figura e guiando-se apenas pela forma das peças).

O cinema encarregou-se de divulgar a noção de que indivíduos com autismo apresentam talentos especiais (capacidades para decorar listas telefônicas, realizar mentalmente cálculos complexos, desenhar com perfeição, etc.). Na verdade, tais habilidades estão presentes em menos de 10% dos indivíduos diagnosticados como apresentando autismo e tem sido explicadas pela combinação de comportamentos obsessivos e interesse sociais limitados ou ainda, pela tendência em processar informações do ambiente de forma específica e não global (Pring, Hermelin, Buhler & Walker, 1997). Cabe lembrar a interpretação dada por Kanner a esses comportamentos: ele acreditava que recitar inúmeros poemas, passagens religiosas, etc., seria uma forma dessas crianças “agradarem” e corresponderem às altas expectativas de suas famílias.

### **Aspectos Familiares**

#### **Nível sócio-econômico**

Kanner observou que muitas das crianças que ele acompanhava provinham de ambientes culturalmente favoráveis e alto poder aquisitivo. É comum observar-se, ainda hoje, a idéia de que a ocorrência de autismo é maior “em famílias ricas”. Atualmente, sabe-se que o autismo pode ocorrer em qualquer tipo de cultura, raça e nível sócio-econômico. A

observação de Kanner pode ser atribuída ao seu status, na época. Por ser um médico renomado, por certo atraía uma clientela em condições de pagar por seus serviços.

### **Características familiares**

Kanner notou ainda, conforme já descrito no início dessa capítulo, a presença de comportamentos “obsessivos” na família das crianças autistas. Em geral, eram pessoas extremamente preocupadas com detalhes e sistemáticas em suas atividades. Chamou a atenção ainda, para as dificuldades no casamento e nas relações interpessoais em geral. Para ele, os relacionamentos entre os cônjuges e entre esses e os filhos eram pouco calorosos. A partir daí, surgiram várias teorias ligando a etiologia do autismo à pouca afetividade familiar e sensibilidade às necessidades e sinais do bebê. Entretanto, o psiquiatra inglês M. Rutter e sua equipe ocuparam-se dessa questão, realizando vários estudos nessa área. Entre os achados mais importantes está a ocorrência maior de transtornos afetivos, obsessivo-compulsivo e tiques, em familiares de autistas, comparados à população geral. Problemas de linguagem em pais e irmãos também foram comuns, assim como dificuldades no comportamento social (Bolton e cols., 1994). A partir desses resultados, os autores explicaram o autismo como sendo, possivelmente, uma consequência de um conjunto de fatores, provavelmente genéticos, que levam determinada geração à maior vulnerabilidade para desenvolver autismo.

Essa questão é extremamente complexa de ser discutida aqui. Minha posição é de que ela não deve ser compreendida numa cadeia linear – de causa e efeito - mas como um sistema, onde vários aspectos interatuam, influenciando-se mutuamente. Dessa forma, ainda que tomemos por base os aspectos genéticos ou biológicos, não podemos esquecer que o desenvolvimento infantil processa-se dentro de um contexto sócio-cultural. Venho demonstrando, em estudos diferentes, o alto nível de estresse, especialmente em mães de crianças com autismo (Bosa, 1998, 2000). A sobrecarga de tarefas (o cuidado da criança, administração da casa, responsabilidade pelo deslocamento aos locais de atendimento), listas de espera para os atendimentos, despesas com múltiplos profissionais e pouco espaço pessoal para cuidar de si e das suas relações interpessoais, são alguns aspectos que aparecem em qualquer relato. A dificuldade em compreender o que acontece com as crianças, em especial a falta de linguagem com finalidades comunicativas (naquelas que falam), os rituais e estereotípias (que “denunciam” a condição da criança, já que na maioria, nada pode ser identificado pelo seu aspecto físico), são uma das fontes freqüentes de queixa e dor. Essa mesma dificuldade leva ao isolamento social, inclusive do convívio com os próprios parentes e amigos. Sendo assim, como diz Trevarthen (1996), é bem possível que o estresse ou depressão possam ser uma decorrência e não a causa do autismo. Obviamente, faz sentido supor que, quanto maior o nível de estresse familiar, maior a cristalização ou escalonamento das dificuldades da criança, que por sua vez, ressoa na família, num círculo interminável.

### **Comportamento**

Durante muito tempo prevaleceu a noção de pessoas com autismo como sendo alheias ao mundo ao redor, não tolerando o contato físico, não fixando o olhar nas pessoas, e interessando-se mais por objetos do que por outras pessoas ou ainda, nem mesmo discriminando seus pais de um estranho na rua. A mídia e a literatura debruçaram-se sobre

a imagem do “gênio” disfarçado, engajado em balanços do corpo e agitação repetitiva dos braços.

A troca de conhecimento propiciada pelo avanço da pesquisa e da facilidade de comunicação entre pesquisadores do mundo inteiro, auxiliou a transformar esse quadro. Apesar de mencionar a “tríade de comprometimentos” no espectro autista (adotando a expressão de Lorna Wing para me referir aos comprometimentos existentes nas áreas do comportamento social, linguagem e comunicação, rituais, interesses restritos, e estereotípias - motora e na linguagem), ressalto a observação da autora de que esses aspectos não são “separáveis”, como leva a crer o termo. Na verdade, a expressão resultou de mensurações estatísticas, demonstrando que os comprometimentos que apareciam nessa áreas não ocorriam “ao acaso”; apresentavam-se juntos, embora com intensidades e qualidades variadas. Enfatizou, então, enormes diferenças individuais existentes. No que se refere ao comportamento social, linguagem e comunicação, não é difícil fazer sentido teórico desse achado estatístico, já que a linguagem abarca as outras “duas áreas”, de maneira que, sob o ponto de vista da interação social (comprometimento básico no autismo), fica difícil conceber a interação sem estar falando-se, *ao mesmo tempo*, em linguagem e comunicação (verbal ou gestual, através do olhar, etc.). Um desafio para a pesquisa tem sido o de se estabelecer relações entre essa e as estereotípias (embora, dependendo da teoria, essas também possam ser vistas como uma “forma” de linguagem e comunicação).

Estudos recentes têm comprovado o que os profissionais envolvidos com a criança já sabem: nem todos os autistas mostram aversão ao toque ou isolamento (Trevorthen (1996). Alguns, ao contrário, podem buscar o contato físico, inclusive de uma forma intensa, quando não “pegajosa”, segundo pais e professores. Também existem evidências de que crianças com autismo desenvolvem comportamentos de apego em relação aos pais (mostram-se angustiados quando separados deles, buscam sua atenção quando machucados, aproximam-se deles em situações de perigo), de uma forma diferenciada (Capps, Sigman & Mundy, 1994). Minha opinião é de que a forma como comunicam suas necessidades e desejos não são imediatamente compreendidos, se adotarmos um sistema de comunicação *convencional*. Um olhar mais cuidadoso e uma escuta atenta, permitem-nos descobrir o grande esforço que essas crianças parecem desprender para lançar mão de ferramentas que as ajudem a serem compreendidas. Assim, uma criança empregava a expressão, “Maria amarela”, para referir-se à residência de uma pessoa querida, a qual é pintada de amarelo (bem se pode prever o que acontecerá se a casa for pintada de outra cor!); outra levou vários meses tentando fazer com que sua mãe repetisse a palavra “banheiro”, sem sucesso, pois era incompreensível para ela. A mãe arriscava: baleiro, carteiro...e nada! Até que um dia, a palavra “banho” serviu de pista para que sua mãe associasse a palavra desejada. Muitas vezes essa tarefa parece ser tão exaustiva que a solução encontrada termina sendo a de se retirar, momentaneamente, de uma situação de demanda social. Na verdade, uma interessante explicação para essa “retirada”, parte dos trabalhos de Dawson (1989), ao demonstrar que essa “quebra” no ciclo da interação social com outras pessoas pode ser atribuída a uma espécie de resposta à sobrecarga de estimulação (sendo o ser humano com seus cheiros, barulhos e gestos, uma das fontes mais intensas!). Da mesma forma, os estudos de observações minuciosas de crianças autistas (utilizando filmagens) mostram que os olhares são mais freqüentes do que se imagina. O que ocorre é que são breves e, por isso, muitas vezes imperceptíveis. Na verdade, a freqüência do olhar muda com o contexto, e este é mais comum e tende a ser

mais longo naquelas situações em que a criança necessita da assistência do adulto do que naquelas em que está, por exemplo, brincando com o adulto. Nesse caso, as teorias sócio-cognitivas ajudam-nos a compreender a pouca frequência do olhar: não olham porque *não sabem a função comunicativa do olhar para compartilhar experiências* com as pessoas – uma habilidade que se desenvolve ao longo do 1º ano de vida do bebê. Essa suposição parece trivial mas faz uma diferença quando aplicada num contexto de intervenção com os pais: não olhar porque não compreende a extensão das propriedades comunicativas do afeto e do olhar é diferente de *não querer* olhar. Com isso, não quero dizer que a criança não procure evitar o olhar (por exemplo, dando as costas para o parceiro) mas aí está uma situação onde a pessoa como um todo é evitada e não somente o olhar – a típica “retirada” mencionada anteriormente. Em outras palavras – uma necessidade de pausa da interação ou uma forma de protesto contra uma demanda a qual não está conseguindo responder.

Em relação ao rituais (rotinas rígida e altamente elaboradas, como por exemplo, percorrer sempre o mesmo caminho, estender o lençol na cama sempre da mesma forma ou exigir que esse seja sempre da mesma cor) e estereotípias motoras (balanço do corpo, agitação dos braços ou movimento repetitivo das mãos em frente ao rosto), percebe-se que é a área de pesquisa que menos tem sido investigada. Por outro lado, observa-se que as estereotípias são os comportamentos que menos distinguem as pessoas com autismo daquelas com outras deficiências, sem traços de autismo (ex: deficiência mental, sensorial, etc.). Já os rituais, por outro lado, tendem a ser mais característico do autismo (se acompanhados dos comprometimentos sociais). O que vale a pena ressaltar é que tanto um quanto o outro comprometimento, sozinho, não é específico do autismo, incluindo o tão clássico e conhecido “balanço do corpo”. As estereotípias têm diferentes funções, dependendo da situação. Dessa forma, um mesmo comportamento pode servir a diferentes funções: extravasamento de tensão, comunicação de desejos e necessidades, formas de protesto ou mesmo de resposta a demandas sociais, na ausência de outro comportamento mais apropriado. Por exemplo, uma criança pode apresentar uma fala contínua, mas incompreensível (ou palavras que ela própria inventa) em resposta à “conversa do adulto”. Pais e profissionais são muito familiarizados com a ocorrência de estereotípias em situações de medo, cansaço e tédio, com tendência a aumentar nas situações em que a pessoa não está ativa (ex: vendo televisão). Situações inesperadas e que, portanto, fogem ao controle, podem também desencadear tais comportamentos acompanhados de grande agitação e aflição: uma simples chuva, um objeto que se quebra, um acidente qualquer como um pneu furado, um desvio de percurso, uma ponta do tapete que “teima” em ficar dobrado. Os indivíduos com autismo são ainda muito sensíveis a mudanças no humor das pessoas com as quais convivem, talvez porque estejam atentos a mudanças sutis tais como: o tom de voz, a expressão facial ou a pressão do toque, mesmo que não saibam “interpretar” o significado de toda essa gama de comportamento não-verbal. Um professor notou a grande agitação de um adolescente no dia em que o professor recebera a notícia do adoecimento de um familiar seu. Um outro aspecto digno de nota, é o suposto desligamento do mundo ao redor. Um pai contou os momentos de constrangimento que passou ao devolver uma fita de vídeo à locadora e ouvir seu filho repetir o comentário que ele (o pai) havia feito anteriormente: o de que o dono da locadora era “um ladrão”, já que havia aumentado excessivamente o preço da locação. Esse comentário havia sido feito à esposa, enquanto o filho manipulava o vídeo, repetidamente, a fim de ver e rever o seu trecho preferido da fita. Nesses momentos, os pais julgavam que a criança permanecia alheia ao que se passava ao redor. Penso que essa observação é de fundamental importância pelas suas implicações para intervenções.

Julgar que a criança realmente fica alheia, restringe a motivação para aproximar-se dela e investir no seu potencial para “registrar” o que ocorre ao seu redor. Eis porque é tão importante que a criança conviva com outras com desenvolvimento típico, ainda que esquive-se delas. Uma criança que fugia constantemente das outras numa pré-escola surpreendeu os pais, poucos meses depois, ao reproduzir, em casa, o brinquedo de esconder uma boneca debaixo da blusa, simulando uma gravidez – brincadeira que se sucedia com frequência, entre os colegas de escola. Mesmo que para ela essa brincadeira possa ter carecido do significado do “faz-de-conta que está grávida”, ainda sim é inegável a importância de estar exposta a modelos saudáveis. A pesquisadora americana C. Lord já chamava a atenção para o questionamento sobre até que ponto o retraimento social de pessoas com autismo é inerente à síndrome ou resultado da falta de oportunidades sociais oferecidas (Lord & Magill, 1989).

Como explicar essa complexidade toda? Existem várias teorias, desde a psicanálise, ocupando-se do mundo interno da criança, passando pelas teorias da linguagem, sócio-cognitivas, explicando a dificuldade em colocar-se no ponto de vista do outro, em refletir sobre estados mentais até as teorias neuropsicológicas dando conta das dificuldades de dividir a atenção entre os eventos sociais e não-sociais, habilidade de extrair significado de um contexto perceptivo, capacidade de organização, flexibilidade e planejamento, enquanto função dos lobos frontais. Porém, foge ao objetivo desse capítulo aprofundar esses aspectos. De qualquer forma, antecipo que nenhum modelo teórico, sozinho, explica de forma abrangente e satisfatória a complexidade dessa síndrome - eis porque a necessidade do trabalho em equipe e o respaldo da pesquisa. A experiência clínica, segregada da pesquisa, corre o risco de gerar mitos, pois tende a cristalizar pré-conceitos. Da mesma forma, a pesquisa, desvinculada da clínica, aprisiona o conhecimento cuja produção pode e deve trazer benefícios à comunidade.

Enfim, o autismo é uma síndrome intrigante porque desafia nosso conhecimento sobre a natureza humana. Compreender o autismo é abrir caminhos para o entendimento do nosso próprio desenvolvimento. Estudar autismo é ter nas mãos um “laboratório natural” de onde se vislumbra o impacto da privação das relações recíprocas desde cedo na vida. Conviver com o autismo é abdicar de uma só forma de ver o mundo – aquela que nos foi oportunizada desde a infância. É pensar de formas múltiplas e alternativas sem, contudo perder o compromisso com a ciência (e a consciência!) – com a ética. É percorrer caminhos nem sempre equipados com um mapa nas mãos, é falar e ouvir uma outra linguagem, é criar oportunidades de troca e espaço para os nossos saberes e ignorância. Se a definição de autismo passa pela dificuldade de se colocar no ponto de vista afetivo do outro (um comprometimento da capacidade empática, como diz Gillberg, 1990) é no, mínimo curioso, pertencer a uma sociedade em que raros são os espaços na rua para cadeiras de roda, poucas são as cadeiras escolares destinadas aos “canhotos” e bibliotecas equipadas para quem não pode usar os olhos para ler. Torna-se então difícil identificar quem é ou não “autista”.

## Referências

Alvarez, A. (1995). *Companhia viva*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Asperger, H. (1991). Autistic psychopathy in childhood. Em U. Frith (Org.), *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University. (Originalmente publicado em 1944)

Associação Brasileira de Autismo (1997). Política nacional de atenção à pessoa portadora da síndrome do autismo. Em C. Gauderer (Org.), *Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: Guia prático para pais e profissionais* (pp. 31-34). Rio de Janeiro: Revinter.

Assumpção Junior, F. (1997). *Transtornos invasivos do desenvolvimento*. São Paulo: Lemos.

Assumpção Junior, F. B. (1995). Conceito e classificação das síndromes autísticas. Em J. S. Schwartzman, F. B. Assumpção Junior & cols., *Autismo Infantil* (pp. 3-16). São Paulo: Memnon.

Bleuler, E. (1955). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities.

Bolton, P., MacDonald, H., Pickles, A., Rios, P., Goode, S., Crowson, M., Bailey, A. & Rutter, M. (1994). A case-control family history study of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35 (5), 877-900.

Bosa, C. (1998). *Affect, social communication and self-stimulation in children with and without autism: A systematic observation study of joint attention and requesting behaviours* Unpublished doctoral dissertation, Institute of Psychiatry, London.

Bosa, C. (2000). Interação mãe-criança, estresse materno e comportamento sócio-comunicativo em crianças com e sem autismo [Resumos]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento (Org.), *Anais do III Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento* (p. 66). Niterói, RJ: SBPD.

Capps, L., Sigman, M., & Mundy, P. (1994). Attachment security in children with autism. *Development and Psychopathology*, 6, 249-261.

Dawson, G. & Lewy, A. (1989). Arousal, attention, and socioemotional impairments of individuals with autism. Em G. Dawson ( Org.), *Autism: New perspectives on nature, diagnosis, and treatment* (pp.3-21). New York: Guilford.

Fédida, P. (1991). *Nome, figura e memória: A linguagem na situação psicanalítica*. São Paulo: Escuta.

Gillberg, C. (1990). Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 99-119.

Group for the Advancement of Psychiatry (1974). *Psychopathological disorders in childhood: theoretical implications and a proposed classification*. New York: Jason Aronson.

Houzel, D. (1991). Reflexões sobre a definição e a nosografia das psicoses infantis. Em P. Mazet, & S. Lebovici (Orgs.), *Autismo e psicoses da criança* (pp. 31-50). Porto Alegre: Artes Médicas.

Kanner, L. (1943). Affective disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.

Kanner, L. (1968). Early infantile autism revisited. *Psychiatry Digest*, 29, 17-28.

Kanner, L. (1973). Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943. Em L. Kanner (Org.), *Childhood psychosis: initial studies and new insights*. New York: John Wiley & sons.

Klein, M. (1989). *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (originalmente publicado em 1932)

Lord, C. & Magill, J. (1989). Methodological and theoretical issues in studying peer-directed behaviour and autism. Em G. Dawson (Org.), *Autism: Nature, Diagnosis & Treatment* (pp. 327-345). New York: Guilford.

Lord, C. & Schopler, E. (1985). Differences in sex ratio in autism as a function of measured intelligence. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15 (2), 185-193.

Mahler, M. S. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.

Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM-III-R, 1989). São Paulo: Manole.

Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM-IV, 1994). Porto Alegre: Artes Médicas.

Misés, R. (1990). Classification française des troubles mentaux de l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 38, 523-539.

Pring, L., Hermelin, B., Buhler, M. & Walker, I. (1997). Native savant talent and acquired skill. *Autism*, 1(2), 199-214.

Rutter, M. (1985). Infantile autism. Em D. Shaffer, A. Erhardt & L. Greenhill (Orgs.), *A clinician's guide to child psychiatry* (pp. 48-78). New York: Free-Press.

Trevarthen, C. (1996). Communicating and playing with an autistic child. Em C. Trevarthen, K. Aitken, D. Papoudi & J. Robarts, *Children with autism: Diagnosis and interventions to meet their needs* (pp. 98-115). London: Jessica Kingsley.

Wing, L. & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-29.

Wing, L. (1981). Language, social, and cognitive impairments in autism and severe mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11, 31-41.

Wing, L. (1996). *The autistic spectrum: A guide for parents and professionals*. London: Constable.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization, Geneva.