



CONSIDERAÇÕES ACERCA DA ESQUIZOFRENIA E TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO NA INFÂNCIA

Rosanita Moschini - UFSM
Carlo Schmidt - UFSM

Resumo: Pensar em Autismo exige uma revisão histórica que possibilite o conhecimento das diversas modificações em torno de suas definições, proferidas por autores ao longo de décadas. Com base na revisão de literatura podemos destacar a relação entre Psicoses da Infância e os Transtornos Globais do Desenvolvimento, mais especificamente o Autismo. O presente artigo visa elucidar as aproximações e diferenças entre essas condições, mais especificamente em relação aos critérios diagnósticos, uma vez que as atuais políticas públicas ainda baseiam-se em uma definição anterior à atual.

Palavras-chave: Autismo. Esquizofrenia. Educação Especial.

Breve Histórico

Frente à revisão de literatura sobre Autismo, encontramos o primeiro registro datado em 1800, em que o médico Jean Itard descreve suas experiências médico-pedagógicas com um menino encontrado nas florestas do sul da França, em 1799. O menino convivia com uma manada de lobos, isolado de contato com humanos, desde muito pequeno (KUPFER, 2000). Ficando conhecido, posteriormente como “Victor de Aveyron”. Com base na descrição de Itard, o menino teria diagnóstico de autismo, sendo o primeiro caso descrito na literatura específica.

Na primeira década do século XX, houve a introdução do adjetivo autista na literatura psiquiatra por Plouller que na época estudava o processo do pensamento de pacientes que tinham diagnóstico de demência precoce, modificando para esquizofrenia (GAUDERER, 1997). Posteriormente, Bleuler, notável por suas contribuições no entendimento da esquizofrenia, foi o primeiro a difundir o termo autismo como sintoma central da esquizofrenia (CAMARGOS, 2005). A diferença é que o termo autismo por Bleuler se referia ao que é atualmente conhecido como “embotamento afetivo”, ou seja, a inibição social patológica.

Pioneira no reconhecimento e tratamento de psicoses em crianças, Melaine Klein, em 1930, descreveu o caso de uma criança de quatro anos de idade que apresentava um quadro sugestivo de autismo (KLEIN, 1965). Em seus estudos, Klein percebeu que havia diferenças

que caracterizavam as crianças com autismo, reconhecendo que se tratava de um caso distinto dos quais tratava, diagnosticando de *demetia praecox* (BOSA; CALLIAS, 2000).

Em 1943, finalmente Leo Kanner publica *Affective disturbances of affective contact*, onde descreve um grupo de onze crianças que apresentavam um quadro clínico único (KANNER, 1943). Observou como principal sintoma (patognomônico) a inabilidade nas relações com outras pessoas e situações desde o início da vida. Destacou, entre outros, a ausência de movimento antecipatório, falta de aconchego no colo e alterações importantes na linguagem, como: ecolalias e falas descontextualizadas. Estas crianças apresentavam distúrbios na alimentação, atividade e movimentos repetitivos e desejo ansioso para a manutenção da mesmice (*sameness*). No artigo, Kanner inclui descrições dos pais, relatando como altamente intelectualizados, emocionalmente frios e com pouco interesse nas relações humanas da criança (KANNER, 1943).

Kanner refere que é difícil atribuir toda complexidade etiológica do fechamento autístico, principalmente por sua precocidade, exclusivamente a qualidade das relações parentais. Portanto, destaca que a má qualidade da parentabilidade pode influenciar, mas não é fator determinante (KANNER, 1943).

Kanner não define fatores etiológicos para o autismo, mas hipóteses que consideram tanto a qualidade das relações parentais (fatores ambientais) quanto questões inatas (fatores biológicos).

Coincidentemente, um ano depois da publicação de Kanner, Hans Asperger, psiquiatra austríaco, descreve crianças que tinham dificuldades de integrar-se socialmente, mas diferentes das descritas por Kanner (ASPERGER, 1966). Estas se diferenciavam por sua sintomatologia não tão severa e por apresentarem peculiaridades, como fala extremamente gramatical e a ausência de sintomas antes do terceiro ano de vida. Asperger denominou essa condição como Psicopatia Autística. Este autor se tornou conhecido apenas na década de 80 com a tradução de seu artigo em alemão para o inglês, realizada por Lorna Wing (1981).

Entre os primeiros psicanalistas a interessarem-se pelo autismo, Margareth Mahler, definiu esta condição como psicose simbiótica, atribuindo como causa o mau relacionamento entre mãe e filho (MAHLER, 1968). A partir de sua teoria desenvolvimentista, esta autora desenvolveu suas ideias sobre os autismos infantis, caracterizando o autismo como um subgrupo das psicoses infantis que ocorre por meio de uma regressão ou fixação a uma fase inicial do desenvolvimento de não diferenciação perceptiva, ou seja, esta condição derivaria de dificuldades de integrar sensações vindas do mundo externo e interno, e em perceber a mãe na qualidade de representante do mundo exterior (BOSA; CALLIAS, 2000).

Mahler ainda identificou diferentes fases no processo de desenvolvimento psicológico do bebê (MAHLER, 1968; 1975), sendo dela a hipótese de que o estágio mais primitivo da infância é um estado autístico normal. Para Mahler, ocorrem dois tipos de psicose infantil distintas: 1) *psicose autística infantil* ou *síndrome autística* (semelhante à de Kanner), a qual se caracteriza por um distúrbio no estágio autístico normal da primeira infância; e 2) *psicose simbiótica infantil* ou *síndrome da psicose simbiótica*, resultante de distúrbios do estágio simbiótico normal, com manifestações mais tardias, por volta do terceiro ao quarto ano de vida (MAHLER, 1983). A psicose simbiótica foi considerada por muitos autores como uma possível condição pré-esquizofrênica. (MAHLER, 1983; TUSTIN, 1990).

Em 1975 outros autores seguiram estudando o autismo também na perspectiva psicanalítica. Meltzer (1975) não infere uma origem psicogênica para o autismo, mas acredita que os fatores de origem são intrínsecos (orgânicos) à criança. Descreve um funcionamento psíquico que associa o autismo à psicose, afirmando que os processos autísticos criam um estado psíquico não-integrativo, portanto, estabelecendo um divorciamento da realidade. Também supõe um erro primário na função continente¹ da mãe, ou seja, que a ausência de um objeto interno confiável (seio bom) determina a ausência de um espaço interno ao eu e ao objeto. Portanto, os processos autísticos e o “desmantelamento da mente”, ao impedirem a possibilidade de desenvolvimento desse espaço interior, também desordenam os processos introjetivos e projetivos, inviabilizando o desenvolvimento da simbolização.

No ano seguinte, uma das mais influentes psicanalistas no estudo do autismo e seguidora da escola Kleiniana, Frances Tustin (1975), classificou o autismo em quatro tipos: 1) Autismo primário normal; 2) Autismo primário anormal; 3) Autismo secundário encapsulado, e 4) Autismo secundário regressivo. Tustin pensava que ao nascer a criança seria inserida em uma matriz social que criaria condições para que ela vivesse a “ilusão de continuidade com a mãe” (simbiose). Postulava que, se por algum motivo, precocemente, a criança tivesse percepção dessa ilusão, ocorreria, o que chamou de *catástrofe*, por não ter um ego suficientemente desenvolvido, íntegro, a criança poderia sofrer de *depressão psicótica* (ARAÚJO, 2000).

Logo em seguida, Lorna Wing (1976) conclui que os indivíduos com autismo apresentariam déficits específicos em três áreas: imaginação, socialização e comunicação, o que ficou conhecido como “Tríade de Wing”. Neste estudo, a autora chama atenção para o

¹ Donald Winnicott criou o termo “mãe suficientemente boa” para diferenciar-se da terminologia Kleiniana de “seio bom e seio mau”. Ele observa que a maternagem bem feita nos primeiros meses de vida é fator essencial para o bom desenvolvimento do bebê, exercendo assim a “função continente”.

fato de o autismo ser uma desordem que envolve um prejuízo intrínseco (orgânico) relativo ao desenvolvimento do engajamento na interação social recíproca, tanto isoladamente quanto associado a prejuízos de outras funções psicológicas, o que denomina de *continuun* ou *spectrum* do autismo. Assim, passa a representar um conceito consideravelmente complexo, sendo muito mais que uma simples escala que vai do mais “severo” ao mais “leve”. É apresentada uma ideia de relação do autismo com a existência de alterações comportamentais que se apresentam em graus variados de tipo e severidade, podendo muitas vezes estar combinadas com outros prejuízos observados na criança. (FACION, 2005).

Na busca de uma uniformização para o autismo

Dada a multiplicidade de modelos explicativos para o autismo, no final dos anos 70 e início dos 80, observa-se um esforço iniciado na área da saúde para uniformizar o diagnóstico do autismo. Ganha força os manuais de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID-9 (OMS, 1978) e o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais - DSM-III (APA, 1980). Com isso, os critérios diagnósticos do DSM-III foram os mais utilizados na literatura internacional até 1993 (SCHWARTZMAN, 1994).

Com isso, a partir dos anos 80, não somente os psicanalistas, mas teóricos cognitivistas também passaram a se interessar pelo autismo, oferecendo explicações epistemologicamente diferenciadas. De acordo com estes novos modelos (FRITH, 1984; BARON-COHEN et al, 1985), os aspectos cognitivos tomam relevo sobre os afetivos nas explicações sobre um possível déficit primário responsável pela tríade das crianças com transtorno Autista. Surgem contribuições como a teoria da mente (BARON-COHEN, 1985), teoria da coerência central (FRITH, 1989), entre outras.

No início dos anos 1990, o psiquiatra suíço Christopher Gillberg, complementa a visão de espectro do autismo, anteriormente descrita por Lorna Wing (1981) Este autor mostra que as desordens do autismo podem variar desde severos prejuízos sociais específicos, associado à severa deficiência mental (síndrome de Kanner), passando por prejuízos sociais específicos, associados a retardo mental moderado, até a inteligência quase normal ou normal – Síndrome de Asperger. Além disso, poderiam incluir também aqueles déficits sociais mais sutis, como os vistos nas crianças com *Déficit na atenção, no controle motor e na percepção* - DAMP (ARAUJO, 2000).

Ainda na década de 90, o termo *Pervasive Developmental Disorder* (PDD), traduzido para o português como Transtorno Invasivo (pervasivo) do Desenvolvimento, incluso no

DSM-III (APA, 1980), passou a ser questionado. Autores como Utah Frith e Francesca Happé (1991), entre outros, passam a criticar a classificação do autismo como PDD, mostrando que as desordens do *continuum* não afetavam todas as funções em todos os níveis (biológico, cognitivo, comportamental e adaptação social). Com isso, foi sugerido que se deixasse a classificação categórica PDD e se enfatizasse a visão dimensional; ASD - *Autistic spectrum disorder*, traduzido para o português como Transtorno do Espectro Autístico. Nesse caso observa-se a concordância entre as perspectivas de Wing (1979), Frith (1984) e Happé (1991), preferindo a abordagem categórica à dimensional no diagnóstico do autismo.

Frente às pesquisas e descrições do autismo ao longo dos anos, observa-se que todas partem do estudo original de Kanner (1943), divergindo quanto às interpretações individuais, pois são derivadas de vertentes teóricas distintas, envolvendo principalmente abordagens de psicanalistas e cognitivistas.

Entretanto, as mais recentes reformulações em termos de classificação e compreensão dessa síndrome têm sido permeadas por controvérsias quanto à etiologia do autismo, desvinculando-se de uma assertiva linear e reducionista (BOSA, 2002). Desde os anos 70 e 80 passou-se a questionar à respeito do autismo como psicose por meio das pesquisas desenvolvidas por, entre outros, Michael Rutter (1979;1983) Lorna Wing (1979), Edward Ornitz e Edward Ritvo (1976).

Para Rutter (1979; 1983), o autismo passou a ser definido como uma síndrome comportamental de quadro orgânico. A criança apresenta uma dificuldade central na compreensão do significado emocional ou social de estímulos tendo, portanto, dificuldades em fornecer respostas a pistas dessa modalidade. Assim, iniciou-se uma mudança na abordagem do autismo, o qual até então era classificado como uma psicose infantil (FACION, 2002).

A prevalência dessa condição começou a ser dada aos déficits cognitivos, ao invés dos afetivos, denominando uma tríade de comprometimentos: 1) social: dificuldades no manejo de pistas sociais e emocionais; 2) linguagem: dificuldades na comunicação tanto verbal como não verbal; 3) atividades imaginativas: dificuldades em simbolizar, substituídas pelo comportamento estereotipado.

Destaca-se aqui que os estudos de Rutter (1979; 1983) foram fundamentais para uma nova abordagem em relação ao autismo, passando a ser visto como um Transtorno do Desenvolvimento e deixando de ser concebido, definitivamente, como psicose infantil. Esta modificação foi um marco, pois influenciou a definição da síndrome no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM III), em 1980.

O processo de pesquisa histórico do Autismo está diretamente interligado aos Manuais, pois a partir dos estudos realizados deram-se as atualizações, modificações de nomenclaturas e critérios diagnósticos.

Nas primeiras edições do DSM (APA, 1952; 1968), por exemplo, apenas a esquizofrenia infantil descrevia condições semelhantes das crianças autistas. Somente a partir do DSM – III (APA, 1980) que o autismo passou a fazer parte da nova classe de transtornos com início na infância, os Transtornos Globais do Desenvolvimento. Esse termo foi criado por dois objetivos: primeiro, especificar que os pacientes que apresentassem esse diagnóstico tinham comprometimento do desenvolvimento em múltiplas áreas do funcionamento e, segundo, para evitar pressuposições teóricas sobre fatores etiológicos (CAMPOS, 1999).

Na CID – 9 (OMS, 1979) o autismo ainda era associado à esquizofrenia infantil e tinha como nomenclatura Psicose Infantil ou Síndrome de Kanner. Atualmente, na CID-10 (OMS, 1993), o autismo faz parte dos Transtornos Globais do Desenvolvimento, sob o código F-84.5.

Em 1994, os sistemas de classificação do DSM-IV e CID-10 foram tornados equivalentes a fim de evitar equívocos entre pesquisadores clínicos que trabalham em diferentes partes do mundo, guiados por um ou outro sistema nosológico. A confiabilidade entre os avaliadores foi medida para o autismo, indicando um acordo de boa a ótimo, principalmente entre clínicos experientes (KLIN, 2006).

Atualmente, cabe salientar, o autismo deixa de estar vinculado com a esquizofrenia infantil.

Embora termos como "psicose" e "esquizofrenia da infância" já tenham sido usados com referência a indivíduos com essas condições, evidências consideráveis sugerem que os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento são distintos da Esquizofrenia (entretanto, um indivíduo com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ocasionalmente pode, mais tarde, desenvolver Esquizofrenia). (DSM-IV,1994)

No DSM-IV-TR (APA, 2003), houve alterações textuais, entre elas a modificação do termo usado para classificar o autismo, sendo ele nomeado como Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGDs), os quais se caracterizam pelo comprometimento severo e invasivo em três áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação, e presença de comportamentos e interesses estereotipados. Nessa classificação estão incluídas cinco categorias diagnósticas: Transtorno Autista, o Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra Especificação, sendo o autismo o transtorno protótipo desta categoria.

Portanto, é imperativo considerar que o autismo não pode mais ser confundido com a Esquizofrenia, dadas suas marcantes diferenças. Enquanto a esquizofrenia Infantil é manifestada tardiamente, o autismo é manifestado antes dos 30 meses. As características do autismo se manifestam de maneira grave por toda a vida, enquanto a Esquizofrenia ocorre em surtos com espaços curtos de tempo.

É pertinente salientar que a Esquizofrenia também pode desenvolver-se em indivíduos com autismo, ou seja, um diagnóstico de Esquizofrenia em indivíduos com autismo é indicado apenas se alucinações ou delírios estiveram presentes por pelo menos um mês. (APA, 2003).

Integrando Concepções

Atualmente o autismo não é concebido como um quadro único e sim, concebido como um transtorno complexo do desenvolvimento, definido de um ponto de vista comportamental, com etiologias múltiplas que se manifesta em graus variados de gravidade (GILLBERG, 1990), caracterizando-se pelo comprometimento grave e invasivo em três áreas do desenvolvimento: 1) habilidades de interação social recíproca; 2) habilidades de comunicação; e 3) comportamentos, interesses e atividades estereotipadas.

A avaliação compreende a observação dos comportamentos desviantes em comparação com aqueles presentes no curso normal do desenvolvimento infantil, em especial nas dimensões de orientação e comunicação social, e não ser apenas uma checagem da presença ou ausência de sintomas (KLIN, 2006). Com isso, é fundamental que crianças com suspeita de autismo sejam avaliadas por profissionais que tenham conhecimento a respeito do desenvolvimento infantil típico.

Convém esclarecer também que a afirmação de que os indivíduos observados por Kanner (1943) seriam “secretamente inteligentes” não corresponde com estudos epidemiológicos atuais, que comprovaram que 70% dos indivíduos com autismo apresentavam alguma deficiência mental (BOSA, 2002) e que talentos especiais foram observados em menos de 10% de pessoas com autismo (PRING ET AL, 1997).

Apesar de Kanner considerar a classe econômica, cultura ou etnia como associada ao transtorno, sabe-se que isso se deve apenas ao fato deste médico ser renomado e atender famílias com alto poder econômico, com pais culturalmente intelectualizados pertencentes a uma classe econômica abastada.

Além disso, a hipótese da depressão materna como etiologia do autismo pode ser entendida hoje através da ocorrência maior de transtornos afetivos, obsessivo-compulsivos e

tiques familiares, assim como problemas de linguagem em pais e irmãos. Portanto o autismo pode ser explicado como possível consequência de um conjunto de fatores (genéticos) que levam a determinada geração à vulnerabilidade, não desconsiderando como primordiais as influências do ambiente ou relacionais (RUTTER ET AL, 1994).

Do mesmo modo, a observação de que autistas não toleram contato físico ou fixam o olhar é imprecisa. Há estudos que comprovam que nem todos os autistas mostram aversão ao toque ou isolamento (TREVARTHEN ET TAL, 1996).

Quanto à importância atribuída aos comportamentos estereotipados estima-se que estereotípias são as características que menos distinguem as pessoas com autismo das com outras deficiências, ou seja, comprometimentos isolados não definem o autismo.

Portanto, o sujeito autista é único em suas particularidades e trajetória de vida. Há características que assemelham um sujeito ao outro, mas o conjunto destas é único em cada indivíduo. Haverá os que terão sua linguagem mais desenvolvida, os que estabelecerão vínculos afetivos e até aqueles que por obsessão terão maior conhecimento em relação à eletrônica, matemática, zoologia, etc. Mas todos únicos, singulares.

Conclusões

A revisão acima buscou descrever os diferentes lugares que o autismo ocupou desde seu surgimento na literatura internacional, em 1943, até a atualidade. Justifica-se a retomada desta trajetória porque se percebe que ainda persistem confusões sobre a diferenciação entre as psicoses infantis e o autismo.

Apesar de parecer claro que o lugar do autismo atualmente é distinto daquele em que se encontram as psicoses da infância e esquizofrenia, ainda encontramos documentos oficiais, como o da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008), que caracterizam os alunos com Transtorno Global do Desenvolvimento juntamente com as psicoses infantis, como pode ser observado na citação abaixo:

“[...] aqueles que apresentam alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e na comunicação, um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Incluem-se nesse grupo alunos com autismo, síndromes do espectro do autismo e psicose infantil”². (BRASIL, 2008).

Porém, comparativamente, outro documento oficial que tem por objetivo “[...] disponibilizar subsídios teóricos necessários à compreensão dos transtornos globais do desenvolvimento” (BRASIL, 2010), publicado dois anos depois do anterior, apresenta o autismo de outra forma, diferenciando-o das psicoses infantis:

² Grifo nosso.

“Posteriormente, as pesquisas fundamentadas em dados estabeleceram importantes modelos explicativos. O autismo passa a ser estudado e compreendido enquanto um transtorno do desenvolvimento. Deixa de ser apontado como uma psicose infantil³ para ser entendido como um Transtorno Global (ou Invasivo) do Desenvolvimento” (2010, p.11)

Com base nesses documentos, questionam-se quais as fronteiras dessa condição que a política nomeia como autismo ou TGDs? Acredita-se que o antagonismo entre conceitos oriundos da mesma fonte informativa prejudica o entendimento sobre a caracterização deste sujeito e conseqüentemente interfere na interpretação das Políticas Públicas, Censos e no próprio fazer inclusivo.

Apesar das inevitáveis divergências entre concepções do autismo, derivadas de diferentes vertentes teóricas, urge uma compreensão unívoca e consensual a respeito desta condição. Independentemente da abordagem utilizada, os sujeitos com autismo, definidos como psicose ou TGDs, apresentam características específicas que os constituem como um grupo único. O reconhecimento desta unidade é *mister* para que seja possível contextualizá-lo no âmbito educacional, e assim definir suas políticas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. A. *O Processo de Individualização do autismo*. São Paulo: Memnon, 2000.

ASPERGER, H. *Pedagogia curativa*. Barcelona: Editorial Luis Miracle, 1966.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *DSM-III: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. São Paulo: Manole, 1980.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *DSM-III-R: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. São Paulo: Manole, 1987.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *DSM-IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4 Ed. Rev. Porto Alegre: Artmed, 1994.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *DSM-IV-TR: Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4 Ed. Rev. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BARON-COHEN, S.; LESLIE, A. M.; FRITH, U. Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition*, New York, v. 21, n. 37, p. 37-46, Oct. 1985.

BOSA, C. CALLIAS, M. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.13, n.1, p. 167-177, 2000.

BOSA, C. Autismo: atuais interpretações para antigas observações. In: BAPTISTA, C. R. &

³ Grifo nosso.

BOSA, C. *Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRASIL, Ministério da Educação Secretaria de Educação Especial. *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. Brasília: MEC/SEESP, 2008.

BRASIL, Ministério da Educação. *A Educação Especial na Perspectiva da Inclusão Escolar: transtornos globais do desenvolvimento*. José Ferreira Belisário Filho, Patrícia Cunha. Brasília: Secretaria de Educação Especial; Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2010.

CAMARGOS JR, W (coord.). *Transtornos Invasivos do desenvolvimento: 3º Milênio. 2ª Ed.* Brasília, DF: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, CORDE, 2005.

CAMPOS, M. C. R. Das psicoses da infância aos transtornos globais do desenvolvimento (TGD). *Infanto - Revista Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, v. 7(1), p. 8-41, 1999.

FACION, J. R.. *Transtornos invasivos do desenvolvimento e transtornos de comportamento disruptivo*. Curitiba: IBPEX, 2005.

FRITH, U. A new perspective in research on Autism. (In:) ARAPIS (Eds.). *Contributions à la recherche scientifique sur autism: aspects cognitifs*. Paris: Association pour la Recherche sur l'Autisme et les Psychoses Infantiles, 1984.

FRITH, *Autism: Explaining the enigma*. Oxford: Blackwell, 1989.

GAUDERER, C. *Autismo e Outros Atrasos do Desenvolvimento – Guia Prático Para Pais e Profissionais*. 2ª ed. revista e ampliada. Revinter, 1997.

GILLBERG, C. Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, p. 99-119, 1990.

HAPPE, F.G.E. Theory of Mind and Communication in Autism. *Unpublished Ph.D. thesis, University of London*, 1991.

KANNER, L. *Affective disturbances of affective contact*. *Nervous Child*, 2, p. 217-250, 1943.

KLEIN, M. On early infantile psychosis: the symbiotic and autistic syndromes. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, v.4, p. 554-568, 1965.

KLIN, A. *Autismo e a Síndrome de Asperger: uma visão geral*. v. 23 (2-3), p. 143 -152, 2006.

KUPFER, M. C. Educação: Especial? (In:) KUPFER, M. C. (Org) *Tratamento e escolarização de crianças com distúrbios globais do desenvolvimento*. Coleção Psicanálise de Criança. Salvador: Ágalma, v. 1, n. 11, p. 89-99, 2000.

MAHLER, M. S. *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation: Infantile psychosis*. New York: International Universities, 1968.

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

MAHLER, M. **As Psicoses Infantis e Outros Estudos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

MELTZER, D. et al. *Explorations in autism: A psycho-analytical study*. Strath Tay: Clunie, 1975.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-9*. Classificação de transtornos mentais e de comportamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10*. 10ª. Rev. Classificação de transtornos mentais e de comportamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORNITZ, E. M.; RITVO, E. R. The syndrome of autism: a critical review. *The American Journal of Psychiatry*, v.133, p.609 – 621, 1976.

PRING, L. et al. Native savant talent and acquired skill. *Autism*, v.1, p. 199-214, 1997.

RUTTER, M. Diagnosis and definition. (In:) RUTTER, M; SCHOPLER, E. (Orgs). *Autism: a reappraisal of concepts and treatment*. New York: Plenum Press, 1979.

RUTTER, M. Cognitive deficits in pathogenesis of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v.24, p.513-531, 1983.

RUTTER, M; LORD, C. Autism and pervasive developmental disorders. (In:) RUTTER, M; TAYLOR, E.; HERVOV, L. (Orgs). *Child and adolescents psychiatry: modern approaches*. Oxford: Blackwell, p.569-615, 1994.

SCHWARTZMAN, J. S. *Autismo Infantil*. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1994.

THEVARTHEN, C.; AITKEN, K.; PAPOUDI, D.; ROBERTS, J. *Children with autism diagnosis and intervention to meet their needs*. London: Jessica Kingsley, 1996.

TUSTIN, F. *Autismo e Psicose Infantil* (Trad.) Isabel Casson. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

TUSTIN, F. *The protective shell in children and adults*. London: Karnac, 1990.

WING, L. Diagnosis, clinical description and prognosis. In: *Early Childhood Autism* (ed. L.Wing),15-48. Pergamon: Oxford, 1976.

WING, L.; GOULD, J. Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v.9, p. 11–29, 1979.

WING, L. Asperger syndrome: a clinical account. *Psychol Med*, v.11 (1), p. 115–29, 1981.