



A Terapia de Troca e Desenvolvimento (TED) apoia-se sobre uma concepção neurodesenvolvimental do autismo, segundo a qual os distúrbios do comportamento que caracterizam esta patologia seriam consequência de uma “insuficiência na modulação cerebral”. Esta disfunção do sistema nervoso central produz perturbações maiores que afetam todas as funções neuropsicológicas fundamentais, resultando em dificuldades em todos os domínios de funcionamento da criança.

A Terapia de Troca e Desenvolvimento*

Catherine Barthélémy

A TED, que visa à reeducação de funções psicofisiológicas de base à comunicação, foi progressivamente desenvolvida no Setor de Psicoterapia Infantil do Hospital Universitário Central (CHU) de Tours (Lelord, 1987). Num primeiro momento, ela foi aplicada a crianças portadoras de distúrbios autísticos severos, e posteriormente a crianças que apresentavam outros transtornos graves do desenvolvimento. Ela inscreve-se em uma perspectiva desenvolvimental: ela é aplicada em crianças muito jovens a fim de intervir no momento em que a plasticidade cerebral é mais importante.

As crianças autistas têm efetivamente dificuldades muito precoces que podem agravar-se rapidamente, frequentemente de maneira insidiosa. Reeducando as funções deficientes, tais como a atenção visual e auditiva, a percepção, a regulação, desde a idade mais precoce, permitimos à criança desenvolver as capacidades de base: comunicar, trocar com o outro, estar atento, imitar, adaptar-se ao ambiente, capacidades que ajudarão a aproveitar plenamente as intervenções educativas, pedagógicas e terapêuticas coordenadas que lhe serão dispensadas em seguida.

* Setor Universitário de Explorações Funcionais e Neurofisiológicas em Psiquiatria Infantil e INSERM 316, Universidade de Tradução livre do francês com autorização da autora por Camilla Teresa Martini Mazetto, PhD.

Dos princípios de base ...

As crianças autistas não percebem o ambiente de objetos e pessoas como as crianças normalmente adaptadas. Por exemplo, elas não ouvem os sons com a mesma intensidade, e principalmente a fala. Assim, enquanto parecem surdas à voz humana, elas reagem violentamente a certos ruídos comuns, mesmo que em intensidade baixa, ou podem ficar fascinadas por outros sons (Brunneau, Roux, Adrien et al., 1999). Elas não percebem sempre corretamente aquilo que está em movimento, objetos ou pessoas. Elas não sentem sempre as emoções como as outras pessoas. Elas têm frequentemente enormes dificuldades em tratar simultaneamente diferentes informações, em particular de modalidades sensoriais diferentes.

Este mau funcionamento perceptivo pode traduzir-se por reações de intolerância massiva ou de angústia, mas também por comportamentos de hipercompetência (a memorização de trajetos ou de detalhes aparentemente ínfimos dentro de um todo, por exemplo). Ele resulta sistematicamente em perturbações das interações sociais e do desenvolvimento psicológico (Adrien, 1996).

No entanto, essas crianças autistas são capazes e têm vontade de aprender, se colocadas em condições particulares e em um clima favorável (Schopler & Reichler, 1980). A TED é um tratamento psicoeducativo individual no curso do qual se busca reunir essas condições e esse clima. Três princípios guiam a criança e o terapeuta: a *tranquilidade*, a *disponibilidade* e a *reciprocidade*.

Tranquilidade: supõe que o cuidador esteja calmo e relaxado para acolher a criança na sala, onde reina o silêncio e onde todas as fontes de distração e de precipitação estão excluídas.

Disponibilidade permite que neste ambiente tranquilo, o terapeuta e a criança possam abrir-se um ao outro mais facilmente, mas também em direção ao exterior, o que facilita ao longo das brincadeiras compartilhadas, as aquisições e as associações livres, sensoriais e motoras.

Reciprocidade: a sociabilidade é suscitada pelas trocas e imitações livres de gestos, mímicas e da voz (Barthélémy, Hameury & Lelord, 1995).

...à intervenção

Durante a sessão de TED, a criança é solicitada e acompanhada em diferentes brincadeiras. As atividades propostas a cada criança são definidas após uma análise dos pontos fortes, capacidades e dificuldades, colocadas em evidência por uma avaliação pluridisciplinar. Elas também levam em conta os gostos e interesses.

A avaliação, realizada pela equipe em conjunto com a família, concerne diversos setores: os distúrbios de comportamento, o funcionamento cognitivo, a linguagem, a vida psicossocial da criança. Estas avaliações são capitais e necessitam a utilização de ferramentas clínicas específicas, adaptadas e multidimensionais (Dansart, Barthélémy, Adrien, Sauvage & Lelord, 1988; Lelord, & Barthélémy, 1989).

As observações clínicas podem ser complementadas por explorações neurofisiológicas tais como o eletroencefalograma e exames de neuroimagem. Estes exames permitem não apenas precisar o diagnóstico, mas podem também colocar em evidência as anomalias do tratamento da informação perceptiva e da regulação cerebral (Lelord, 1990). O projeto terapêutico personalizado é elaborado a partir do conjunto desses dados, compartilhados ao longo da reunião de equipe, que agrupa todos aqueles que conhecem a criança. Este projeto e as estratégias educativas e terapêuticas que daí decorrem serão reajustadas sistematicamente em função da evolução da criança.

Diversas sessões de TED de 20 a 30 minutos aproximadamente são propostas por semana. As brincadeiras têm por objetivo enriquecer as iniciativas de contato e de troca da criança com o adulto, exercitando as funções frágeis e reeducando os setores deficitários. As trocas são facilitadas pelo terapeuta e integradas em sequências perceptivas, motoras e sociais. Estas sequências, essenciais ao desenvolvimento das relações da criança com seu entorno, são encorajadas durante toda a sessão. As atividades propostas respondem aos objetivos terapêuticos: praticar este ou aquele domínio funcional anteriormente percebido como deficiente ou frágil. Por exemplo, para melhorar a atenção sustentada, repete-se regularmente de uma sessão a outra uma atividade que interesse particularmente a criança.

Dois terapeutas efetuam esta função em alternância: uma é a pessoa de referência da criança no pequeno grupo educativo onde ela é acolhida, a outra é menos implicada na sua vida cotidiana. Durante as sessões de terapia, aqueles que intervêm ocupam alternadamente dois papéis: um observa e o outro interage com a criança. Em uma mesma

sala, escolhida por esta pequena equipe, e sempre à mesma hora, a criança participa de sequências de brincadeiras em um ambiente de tranquilidade e disponibilidade, preservado de qualquer invasão sensorial do meio externo. A única fonte de interesse é, portanto, o adulto que solicita claramente a atenção da criança, convidando-a a compartilhar, de maneira estruturada e organizada, as diferentes atividades com ele.

Cada sessão é precedida da preparação dos brinquedos, escolhidos em função do nível de desenvolvimento e dos interesses da criança, colocados em um cesto e dispostos próximo ao adulto, mas inacessível à criança. O objetivo não é o do desempenho, mas principalmente o da participação da criança na realização de uma atividade que privilegia o bem-estar e o sucesso.

As atividades tornam-se mais e mais complexas de acordo com a evolução da criança, mas quando parecem difíceis, a criança é ajudada, acompanhada e sustentada. Tudo é feito para evitar o fracasso e o desencorajamento. O adulto procura perceber os comportamentos da criança que anunciam um relaxamento da sua atenção. A atividade pode então ser completada mais rapidamente. Se o terapeuta não pôde antecipar a ruptura, ele retoma a atividade com a criança para ajudá-la a terminar com um reforço mais intenso. As atividades são propostas uma a uma. A duração de cada atividade (de 1 a 5-6 minutos) deve ser adaptada continuamente às possibilidades de atenção e de concentração da criança, o objetivo sendo o de aumentar o tempo de atenção sustentada ao longo das sessões. Quando uma atividade é terminada, o terapeuta arruma o brinquedo que serviu de suporte, antes de propor o seguinte a fim de evitar a distração ou a perseveração.

A ordem de sucessão das atividades ao longo de uma sessão é cuidadosamente preparada em função das reações e comportamentos da criança. Esta ordem pode variar de uma sessão a outra, ou mesmo no interior de uma mesma sessão. Em geral, para evitar os momentos de indisponibilidade da criança, o tempo de expansão e as atividades mais sustentadas alternam. Fazer suceder as atividades em uma ordem anteriormente definida, mas variável, tem como objetivo introduzir a cada vez um interesse novo, sem inquietar a criança. Esta mudança na continuidade tem também a vantagem de reduzir uma instabilidade muito grande: a curiosidade da criança é suscitada por brincadeiras novas, o que sustenta seu interesse pela troca.

A mais discreta manifestação de atenção ou tentativa de resposta por parte da criança é encorajada. Quando sobrevêm momentos de agitação, o adulto não manifesta seu

desacordo, ignora os comportamentos desadaptados e segue a sequência de trocas continuando a solicitar a criança. Por sua calma e paciência, o terapeuta consegue assim facilitar os gestos mais adaptados.

Em direção à uma avaliação da eficácia

A evolução comportamental das crianças beneficiárias de uma TED é regularmente avaliada. Os terapeutas da criança são também os avaliadores, entretanto eles são assistidos por uma pessoa externa, que conhece a criança, e que serve de ponderador e conselheiro técnico. Trabalhos de pesquisa em curso visam estudar os progressos cognitivos e sócio-emocionais de crianças em terapia, os domínios de desenvolvimento e de comportamento que permanecem menos sensíveis e os fatores de evolução.

Uma diminuição dos comportamentos desadaptados foi colocada em evidência em diferentes domínios funcionais: a atenção, a imitação, o contato com o outro e a comunicação, e associada a uma clara melhora de suas capacidades cognitivas e sócio-emocionais (Adrien et al., 2002).

Graças a estas intervenções precoces, a criança torna-se mais apta a aproveitar as experiências educativas nas situações mais diversificadas, onde os princípios de base da TED são, por exemplo, retomados em um enquadre de atividades em pequenos grupos.

A TED inscreve-se em um programa global de cuidado centrado sobre a criança onde estão implicadas a família, a equipe de cuidadores, a equipe pedagógica, eventualmente em integração escolar, e o ambiente social. Facilita-se assim o desenvolvimento psicológico harmonioso da criança e sua integração familiar e social.

Referências

- Adrien, J-L. (1996). *Autisme du jeune enfant: développement psychologique et régulation de l'activité*. Paris : Expansion Scientifique Française.
- Adrien, J-L. , Bobet, R., Blanc, R., Bonnet-Brilhault, F. & Barthélémy, C. (2002). Psychopathologie et neuropsychologie de l'enfant. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'enfant (ANAE)*, 68, 181-186.
- Barthélémy, C., Hameury, L. & Lelord, G. (Orgs.). (1995). *L'autisme de l'enfant: la Thérapie d'Échange et de Développement*. Paris: Expansion Scientifique Française.
- Dansart, P. Barthélémy, C., Adrien, JL., Sauvage, D., Lelord, G. (1988) Troubles de la communication pré-verbale chez l'enfant autistique: mise en place d'une échelle d'évaluation. *Actualités Psychiatriques*, 4, 38-43.
- Lelord, G. (1990). Physiopathologie de l'autisme: Les insuffisances modulatrices cérébrales. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*.37, 550-556.
- Lelord, G, Barthélémy, C. (1989) *Échelle d'Évaluation des Comportements Autistiques*. Issy-les-Moulineaux: Éditions EAP.
- Martineau, J.; Adrien, JL.; Barthélémy, C.; Lelord, G. (1998). Association and regulation disorders in infantile autism. *Journal Psychophysiol.* 12, 275-285
- Martineau, J.; Garreau, B.; Roux, S.; Lelord, G. (1987). Auditory evoked responses and their modifications during conditioning paradigm in autistic children. *Journal Autism and Developmental Disorders*, 17, 525-539.
- Shopler, E., Reichler, RJ. (1980). Individualized assessment and treatment of autism and developmentally disabled children. *Teaching Strategies for parents and professionals*. vol 2, 2d ed University Park Press: Baltimore.
- Lelord, G. (1990). Physiopathologie de l'autisme: les insuffisances modulatrices cérébrales. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 38(1-2), 43-49.
- Brunneau, N.; Roux, S.; Adrien, JL.; Barthélémy, c. (1999) . Auditory associative cortex dysfunction in children with autism: evidence from late auditory evoked potentials. *Clinical Neurophysiology*. 110. 1927-1934.