

## Autismo infantil: despiste e prevenção\*

Bernard Golse

*A detecção mais precoce possível do autismo infantil condiciona em grande parte a qualidade do prognóstico, sobretudo o prognóstico cognitivo. Essa detecção precoce coloca, no entanto, uma série de questões clínicas, teóricas e éticas extremamente importantes.*

*O autismo infantil não pode ser reduzido a um déficit neuro-desenvolvimental, e é preciso concebê-lo, de preferência, como o fruto de um processo autistisante progressivo e de origem multifatorial.*

*Os sinais que permitem a detecção durante o segundo ano de vida são atualmente bem definidos, principalmente com a constituição do CHAT (Check list for autistic toddlers). Durante o primeiro ano de vida são descritas atualmente perturbações interativas precoces, mas talvez seja necessário sobretudo detectar as crianças que necessitam de cuidados, sem confiná-las dentro de uma predição autística que incorre no risco de fixar as coisas, privando o futuro de uma abertura evolutiva ainda possível. A questão do estudo dos filmes familiares foi recentemente retomada de maneira renovada e muito fecunda.*

**Palavras-chave:** Autismo, detecção precoce, processo autistisante, prevenção

\* Texto originalmente publicado na revista *Psychiatrie de l'Enfant*, Paris: Presses Universitaires de France, v. XLVI, fasc. 2, 2003.

Tradução de Regina Orth de Aragão.

O autismo infantil é uma questão cuja abordagem deve ser extremamente prudente, na medida em que se trata de uma patologia que induz, como sabemos, enormes sofrimentos, principalmente para os pais das crianças atingidas. Um excesso de polêmicas dolorosas falseou as reflexões, no passado, e é necessário manejar com o maior cuidado ético toda informação nova nesse campo.

O autismo infantil foi descrito em 1943 pelo psiquiatra americano Léo Kanner, por isso a expressão “autismo de Kanner” freqüentemente empregada para designar a forma dita pura. Esta, levando em conta todos os estudos existentes, atinge cerca de uma criança para 2.500 nascimentos, com uma nítida preponderância no sexo masculino (3 a 4 meninos para uma menina).

Na França, intensas discussões tiveram lugar para saber se o autismo infantil deveria ser considerado uma doença mental ou uma deficiência. Ninguém nega o fato de que o autismo infantil comporta uma dimensão de deficiência (no plano da desvantagem social, particularmente), mas o debate não é somente acadêmico, porque falar de doença mental ou somente de deficiência induz, sem dúvida, estratégias preventivas e terapêuticas distintas: o conceito de deficiência convocaria preferentemente medidas de readaptação ou de reabilitação face aos disfuncionamentos já constituídos, enquanto o conceito de doença mental conduziria talvez a se debruçar mais sobre os estados precursores e ainda plásticos anteriores ao quadro clínico completo.

De qualquer maneira, atualmente um certo consenso se formou quanto ao interesse da detecção precoce, porque o prognóstico, em particular o cognitivo, parece depender muito claramente da precocidade dos tratamentos realizados.

Há atualmente numerosas discussões sobre a existência – pelo menos em alguns casos – de um primeiro período, mais ou menos reversível, correspondente à fase da instalação dos distúrbios antes

da constituição do quadro autista completo (conceito de “processo autistisante” desenvolvido por J. Hochmann, na França), mas, de qualquer modo, a maioria dos autores concorda em invocar um modelo etiológico polifatorial na origem desta afecção provavelmente muito heterogênea e cuja abordagem deve ser hoje fundamentalmente pluridimensional. No plano genético, os pesquisadores orientam-se na direção da pesquisa de uma vulnerabilidade de base que, sem dúvida, não responderia a um modelo genético clássico e simples, mas muito mais a um modelo fazendo apelo a uma genética de traços complexos e a um processo de interações epistáticas<sup>1</sup> ainda mal conhecidas, de onde decorre a necessidade absoluta de conceber o autismo infantil como dando-se verdadeiramente na interface da parte pessoal da criança (seu equipamento neuro-bio-psicológico) e dos diversos efeitos de encontro com seu ambiente biológico, cognitivo e relacional.

### Evocação do quadro clínico completo

430

A detecção e a prevenção devem evidentemente intervir antes da constituição do quadro completo, do qual lembraremos esquematicamente os traços principais, no plano descritivo.

De instalação mais ou menos progressiva, mas sempre antes dos 30 meses (CID-10), o autismo infantil associa distúrbios cognitivos, emocionais e sociais cujo agrupamento em uma tríade característica é atualmente clássico:

- distúrbios das interações sociais e da reciprocidade (*aleness*);<sup>2</sup>
- distúrbios da comunicação (dificuldades semióticas, particularidades da linguagem e de seu surgimento);
- caráter restrito e repetitivo dos comportamentos e dos interesses (*sameness*)<sup>3</sup> e estereotípias.

Além desta tríade que representa uma espécie de “via final comum” a situações etiopatogênicas provavelmente distintas, cada criança é de fato diferente e distinguimos especialmente os autistas com alto ou baixo nível de funcionamento (QI limite de aproximadamente 70), aqueles com altos níveis de funcionamento remetendo geralmente a modalidades de funcionamento psíquico bastante heterogêneas (Filipek et al., 1999).

1. Em genética, refere-se à dominância de um gene sobre outro de um par diferente. (N. da T.)

2. Em inglês no original. (N. da T.)

3. Idem.

## Detecção precoce

É evidente que saber detectar prontamente impõe a necessidade de se dotar de meios de intervenção terapêuticos precoces, sem o risco de se defrontar com uma posição puramente contemplativa. O contexto é, sem dúvida, nesse ponto, bastante diferente de um país para outro.

Faltam-nos ainda estudos controlados em número suficiente para afirmar com certeza que o destino das crianças autistas difere fundamentalmente segundo a data mais ou menos precoce do início das diversas medidas terapêuticas. (Howlin, 1998). Alguns trabalhos parecem, entretanto, demonstrar a utilidade das intervenções precoces quanto ao futuro psicológico e principalmente cognitivo das crianças concernidas (Howlin, 1997; Lovaas, 1987; Rogers, 1998) voltaremos a isso. É importante, no entanto, dizer que no momento atual não dispomos ainda de um recuo verdadeiramente suficiente na medida em que os tratamentos muito precoces são de uso relativamente recente e não generalizado, e porque as comparações entre os tratamentos permanecem ainda de metodologia muito delicada. Acrescentemos ainda que, de maneira geral, quanto mais um distúrbio psicopatológico é precoce, mais ele corre o risco de ser negado pelos familiares da criança, e até mesmo pelos profissionais.

A idade média da primeira preocupação dos pais situa-se em torno dos 19 meses, um pouco mais precocemente se um atraso intelectual, um atraso psicomotor ou uma patologia médica associada vêm se juntar à sintomatologia autista propriamente dita, e um pouco mais precocemente também se a criança não é o primeiro filho, isso sem dúvida em função da experiência parental (Fombonne, 2000). A idade média da primeira consulta situa-se em torno dos 24 meses nesse estudo inglês. Por ordem de frequência decrescente, os principais sinais de alerta observados são em geral os seguintes: distúrbios da fala e da linguagem; respostas sociais e emocionais anormais; um problema médico associado; um atraso psicomotor. Globalmente, no momento, 38% dos casos são notados em torno dos 12 meses, 41% entre 12 e 24 meses, 16% entre 24 e 36 meses e ainda 5% mais tarde.

A questão principal que se coloca hoje é saber se uma detecção precoce das crianças com risco de organização autista é possível desde o primeiro ano de vida (Stone et al., 1993). Nem todos os autores concordam sobre esse objetivo e é possível pensar que as crianças detectadas nessa idade possam ser somente crianças vulneráveis e necessitando sem dúvida de cuidados, mas cujo devir autista é então somente um devir possível entre outros (desarmônico, deficitário...). É todo o problema da predição que se encontra aqui colocado, e notadamente em sua dimensão ética, que reclama a máxima prudência no manejo das informações

a fim de mobilizar as famílias, mas sem dramatizar e sem fechar o futuro evolutivo das crianças.

Sobre um plano clínico, é preciso mencionar os trabalhos de D. Houzel e colaboradores que, a partir de sua experiência no campo da observação direta dos bebês (E. Bick), propuseram reagrupar como se segue os diferentes sinais de alerta possíveis:

- sinais psicomotores (ausência de ajustamento postural ou de “diálogo tônico”, ausência de antecipação mimética, hipertônias ou hipotônias paradoxais e sem causa pediátrica);
- anomalias do olhar (atraso na instauração de um olhar penetrante, prevalência do olhar periférico sobre o olhar central, condutas de desvio do olhar);
- anomalias do choro (excessivamente monocórdio e monótono sem aparecimento de especialização funcional);
- distúrbios do sono (insônias calmas ou “alegres” sobretudo, isto é, sem chamado e sem reivindicação de presença);
- distúrbios alimentares diversos (anorexia primária massiva, significativa mas rara);
- certas fobias variáveis e atípicas em relação à idade da criança.

Nenhum desses sinais é de fato específico da patologia autista e é somente o agrupamento e a persistência de alguns deles que devem chamar a atenção.

Alguns estudos foram feitos à procura de sinais de alerta nos filmes familiares realizados durante o primeiro ano de vida da criança, alguns autores insistindo sobre o surgimento das diversas competências com alternâncias de picos e de intervalos (socialização, comunicação e protosimbolização) antes do aparecimento de uma verdadeira quebra do desenvolvimento em torno dos 18 meses (Baranek). Os trabalhos de Massie foram pioneiros nessa matéria. Na França esses trabalhos foram retomados por Ph. Mazet e colaboradores em Paris, e também por Sauvage e colaboradores em Tours. Esta primeira fase das pesquisas mostrou-se um tanto decepcionante em razão de vários fatores: má qualidade das filmadoras domésticas, dificuldade para apreciar os efeitos fora do campo, dificuldade para cotar a qualidade do olhar adesivo ou penetrante das crianças, comportamento menos inquietante das crianças quando o olhar do observador é mascarado pela filmadora e “contratransferência” defensiva também por parte dos pais que têm frequentemente tendência a interromper a filmagem ou a desviar a câmera quando uma eventual dificuldade comportamental de sua criança aparece em primeiro plano. Eis por que é importante citar os trabalhos do grupo de Pisa (Maestro e Muratori), que não somente utiliza instrumentos mais modernos (câmeras digitais), mas que sobretudo privilegia o estudo da emergência das competências mais do que o aparecimento dos déficits ou dos disfuncionamentos.

Esses trabalhos parecem relativizar em muito as noções de autismos primários ou secundários, a maior parte dos quadros autistas parecendo de fato como de instauração progressiva, mesmo se insidiosa.

À luz dos estudos clínicos e de um certo número de escalas de detecção progressivamente construídas (tal como a escala do comportamento autista no lactente ou ECA-N, Tours) podemos resumir as coisas da seguinte maneira (Malvy et al., 1999): de 0 a 12 meses, são os disfuncionamentos interativos, os distúrbios da atenção e a pobreza das mímicas que predominam; de 12 a 24 meses, é o período da eficácia do CHAT (*Check-list for Autistic Toddlers*) que permite perceber os distúrbios da empatia, dos processos de atenção conjunta e da imitação graças aos três itens clássicos (convergência dos olhares, apontamento proto-declarativo e jogo de faz-de-conta), cujo fracasso sinalizaria o risco de organização autista ulterior; de 24 a 36 meses, dá-se a instalação progressiva do quadro completo, tal como descrito acima.

O CHAT, concebido dentro da perspectiva da “teoria da mente” parece atualmente ter uma especificidade bastante boa, mas uma sensibilidade relativamente fraca (38%). Um certo número de pesquisas está atualmente em curso na França (Strasbourg, Paris e Angers) visando preparar um equivalente do CHAT para o primeiro ano, mas como já dissemos, é possível que nessa época da vida não seja de fato viável perceber nada além de uma espécie de plataforma de vulnerabilidade global, sem que se trate de um risco autista propriamente dito.

Uma escala de cotação da reação de retraimento (ADBB, para “Alarme Détresse Bébé Brune”) foi criada e validada pela equipe de A. Guedeney no Instituto de Puericultura de Paris. Ela parece igualmente interessante no primeiro ano de vida, mesmo sabendo que não permite, sozinha, diferenciar entre os retraimentos autistas e os retraimentos depressivos, dolorosos ou ligados à existência de uma doença somática, o que sublinha de novo a importância da vivência do clínico, a qual permanece ainda difícil de ser levada em consideração pelos diferentes instrumentos de avaliação.

Certos autores enfim (Nelson et al.) orientam-se atualmente para a pesquisa de marcadores biológicos precoces do risco autista, tais como as perturbações de diferentes fatores de crescimento cerebral. Taxas sanguíneas de VIP (*Vasoactive Intestinal Peptide*), de CGRP (*Calcitonin Gene Related Peptide*), de BDNF (*Brain-Derived Neurotrophic Factor*) e de NT4/5 (*Neurotrophin 4/5*) foram assim assinaladas como significativamente mais elevadas nos recém-nascidos apresentando anteriormente distúrbios autistas ou distúrbios aparentados (espectro autista), assim como atrasos mentais não autistas, do que nos recém-nascidos com desenvolvimento ulterior normal. É claro, esses resultados ainda precisam ser confirmados e refletem provavelmente só um fator de risco, entre outros, mas se fossem confirmados sua importância seria evidentemente muito grande, pois

permitiriam talvez abrir caminho para uma prevenção dirigida de alguns riscos do desenvolvimento.

### **Alguns problemas específicos**

No estado atual das coisas, vamos somente assinalar as dificuldades que existem para distinguir precocemente os autismos de alto ou baixo nível de funcionamento cognitivo e para fazer a diferença (não admitida por todos os autores) entre mecanismos autistas e estruturas autistas propriamente ditas.

Vamos somente evocar a detecção precoce da síndrome de X frágil (Feinstein e Reiss) e aquela da síndrome de Rett (Carmagnat-Dubois et al.) que colocam problemas neuropediátricos e genéticos particulares e específicos.

Precisemos, enfim, que a síndrome de Asperger, que por definição supõe o acesso à linguagem e ao simbolismo, não coloca os mesmos problemas de diagnóstico precoce do autismo infantil (Eisenmajer et al., Volkmar et al.).

### **Implicações terapêuticas**

A detecção precoce dos distúrbios autistas tem por finalidade, evidentemente, permitir a proposição de medidas de intervenção precoces (consultas terapêuticas, observações diretas a domicílio, terapias familiares, orientações interativas, programas educativos e pedagógicos diversos...).

Clinicamente, parece bem claro que quanto mais a intervenção terapêutica é precoce, melhor é o futuro social, emocional e cognitivo da criança, ainda que, para um mesmo conjunto de medidas terapêuticas adotadas, seja hoje em dia muito difícil prever quais das crianças evoluirão favoravelmente e quais se mostrarão mais ou menos resistentes ao tratamento (a parte orgânica da equação etiológica primária entrando aqui provavelmente em questão).

O estudo aprofundado de monografias será aqui certamente útil a fim de precisar melhor a noção de períodos sensíveis que parecem ser, infelizmente, facilmente não percebidos e que, no entanto, comandam talvez em parte a trajetória evolutiva ulterior das crianças.

De todo modo, alguns trabalhos começam a surgir que vêm precisar o impacto benéfico das intervenções precoces (Anderson et al.; Fenske et al.; Howlin; Lovaas, McEachlin, Smith; Mundy e Crowson; Ozonoff e Cathart; Rogers; Rogers e Lewis; Sheinkopf e Siegel, por exemplo). Trata-se, por

enquanto, principalmente de programas anglo-saxões de tipo comportamental, educativo e pedagógico cujos efeitos positivos foram sobretudo avaliados com base na evolução dos índices de desenvolvimento intelectual e sobre o surgimento da linguagem, assim como, mais parcialmente, sobre a evolução das competências cognitivas, emocionais e sociais.

Muito resta, portanto, a fazer cuja importância é evidentemente considerável sobre o plano da estratégia dos cuidados e da pesquisa (sem mesmo falar do diálogo dos clínicos com suas diversas instâncias de tutela e de financiamento).

### Conclusão

Para concluir, lembraremos somente a preocupação ética que deve animar a detecção precoce das crianças autistas ou com risco de evolução autista – o que supõe uma formação particular das pessoas implicadas – e, por outro, lado a importância de desenvolver as modalidades de intervenção terapêutica precoce cuja eficácia parece de todo modo, hoje em dia, cada vez mais clara.

Não são os psiquiatras infantis que encontram inicialmente as crianças com risco autista, mas sim sobretudo os pediatras e todos os profissionais presentes nos diferentes lugares de acolhimento e de cuidado das crianças muito pequenas (creches, brinquedotecas, centros de proteção materno-infantil, cuidadoras a domicílio...). Todas essas pessoas (assim como os estudantes de medicina) devem ser progressivamente informadas e sensibilizadas para essa questão da detecção precoce dos distúrbios autistas.

O objetivo central, repetimos, é de prevenção e não um objetivo de predição cujas consequências podem ser muito nefastas.

De maneira geral, e nunca insistiremos o suficiente sobre isso, quanto mais as possibilidades de detecção precoce aumentam, mais se deve refletir sobre uma formação particular e específica em matéria de manejo (ético) das informações recolhidas pelas novas técnicas de detecção.

*Primavera de 2002*

### Referências

ADRIEN, J.-L.; LENOIR, P.; MARTINEAU, J.; PERROT, A.; HAMEURY, L.; LARMANDE, C.; SAUVAGE, D. Blind ratings of early symptoms of autism based upon family home movies.



*Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, n. 32, p. 617-26, 1993.

ADRIEN, J.-L.; BARTHÉLÉMY, C.; PERROT, A.; ROUX, S.; LENOIR, P.; HAMEURY, L.; SAUVAGE, D. Validity and reliability of the Infant Behavioural Summary Evaluation (IBSE): A rating scale for the assessment of young children with autism and developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, n. 22, p. 375-94, 1992.

ANDERSON, S. R.; AVERY, D. L.; DIPIETRO, E. K.; EDWARDS, G. L.; CHRISTIAN, W. P. Intensive home based early intervention with autistic children. *Education and Treatment of Children*, v. 10, n. 4, p. 352-66, 1987.

BAIRD, G.; CHARMAN, T.; BARON-COHEN, S.; COX, A.; BAIRD, G.; SWETTENHAM, J.; WHEELWRIGHT, S.; DREW, A. A screening instrument for autism at 18 months of age: A 6 year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, n. 39, p. 694-702, 2000.

BARANEK, G. T. Autism during infancy: A retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9-12 months of age. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 29, n. 3, p. 213-24, 1999.

BARON-COHEN, S.; ALLEN, J.; GILLBERG, C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, n. 161, p. 839-43, 1992.

BARON-COHEN, S.; COX, A.; BAIRD, G.; SWETTENHAM, J.; NIGHTTINGALE, N.; MORGAN, K.; DREW, A.; CHARMAN T. Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. *British Journal of Psychiatry*, n. 168, p. 158-63, 1996.

BARTHÉLÉMY, C.; ROUX, S.; ADRIEN, J.-L.; HAMEURY, L.; GUÉRIN, P.; GARREAU, B.; LELORD, G. Validation of the revised Behavior Summarized Evaluation (BSE-R). *Journal of Autism & Developmental Disorders*, v. 27, n. 2, p. 139-53, 1997.

BIRNBAUER, J. S. & LEACH, D. J. The Murdoch early intervention program after 2 years. *Behaviour Change*, v. 10, n. 2, p. 63-74, 1993.

BUITELAAR, J. K. Early detection in autism. Communication au XI Congrès International de l'ESCAP, Hambourg, 15-19 septembre 1999.

BURSZTEJN, C. & DANION-GRILLIAT, A. Peut-on dépister l'autisme avant trois ans? *J. pédiatr., puériculture*, n. 13, p. 478-81, 2000.

CARMAGNAT-DUBOIS, F.; DESOMBRE, H.; PERROT, A.; ROUX, S.; LE NOIR, P.; SAUVAGE, D.; GARREAU, B. Syndrome de Rett et autisme. Évaluation comparative précoce des signes d'autisme à l'aide de films familiaux. *L'Encéphale*, n. XXIII, p. 273-9, 1997.

CHARMAN, T.; SWETTENHAM, J.; BARON-COHELL, S.; COX, A.; BAIRD, G.; DREW, A. Infants with autism: An investigation of empathy, pretend play, joint attention and imitation. *Developmental Psychology*, v. 33, n. 5, p. 781-9, 1997.

COX, A.; KLEIN, K.; CHARMAN, T.; BAIRD, G.; BARON-COHEN, S.; SWETTENHA, J.; DREW, A.; WHEELWRIGHT, S. Autism spectrum disorders at 20 and 42 months of age: Stability of clinical and ADI-R diagnosis. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, v. 40, n. 5, p. 719-32, 1999.

DAHLGREN, S. O. & GILLBERG, C. Symptoms in the first two years of life. A preliminary population study of a infantile autism. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, n. 238, p. 169-74, 1989.

DELION, P. & BULLINGER, A. Aspects tonico-posturaux dans le développement du bébé à risque autistique. Communication au Congrès international du jubilé de l'Association mondiale de psychiatrie, Paris, 26-30 juin 2000.

DE GIACOMO, A. & FOMBONNE, E. Parental recognition of developmental abnormalities in autism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, v. 7, n. 3, p. 131-6, 1998.

DILAVORE, P. C.; LORD, C.; RUTTER, M. The pre-linguistic autism diagnostic observation schedule. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, n. 25, p. 355-79, 1995.

EISENMAJER, R. et al. Comparison of clinical symptoms in autism and asperger's disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, v. 35, n. 11, p. 1523-31, 1996.

FEINSTEIN, C. & REISS, A. L. Autism: The point of view from fragile X studies. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, v. 28, n. 5, p. 393-405, 1998.

FENSKE, E. C.; ZALENSKI, S.; KRANTZ, P. J.; McCLANNAHAN, L. E. Age at intervention and treatment outcome for autistic children in a comprehensive intervention program. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, n. 5, p. 49-58, 1985.

FILIPEK, P. A.; ACCARDO, P. J.; BARANEK, G. T.; COOK, E. H. JR.; DAWSON, G.; GORDON, B.; GRAVEL, J. S.; JOHNSON, C. P.; KALLEN, R. J.; LEVY, S. E.; MINSHEW, N. J.; PRIZANT, B. M.; RAPIN, I.; ROGERS, S. J.; STONE, W. L.; TEPLIN, S.; TUCHMAN, R. F.; VOLKMAR, F. R. The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, n. 29, p. 439-84, 1999.

FOMBONNE, E. & DE GIACOMO, A. La reconnaissance des signes d'autisme par les parents. *Devenir*, v. 12, n. 3, p. 49-64, 2000.

GILLBERG, C.; EHIERS, S.; SCHAUMANN, H.; JAKOBSSON, G.; DAHLGREN, S.; LINDBLORN, R.; GABENHOLM, A.; TJUUS, R.; BLIDNER, E. Autism under age 3 years: A clinical study of 28 cases referred for autistic symptoms in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, n. 31, p. 921-34, 1990.

GILLBERG, C.; NORDIN, V.; EHLERS, S. Early detection of autism. Diagnostic instruments for clinicians. *European Child and Adolescent Psychiatry*, n. 5, p. 67-74, 1996.

GUEDENEY, A. De la réaction précoce et durable de retrait à la dépression chez le jeune enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n. 47, p. 63-71, 1999.

\_\_\_\_\_ Dépression et retrait relationnel chez le jeune enfant. Analyse critique de la

littérature et propositions. *La Psychiatrie de l'enfant*, v. XLII, n. I, p. 299-331, 1999.

HOCHMANN, J. L'autisme infantile: déficit ou défense? In: PARQUET, PH.-J.; BURSZTEJN, CI. & GOLSE, B. *Soigner, éduquer l'enfant autiste?* Paris: Masson, 1990. p. 33-55. (Médecine et Psychothérapie).

HOWLIN, P. Prognosis in autism: Do specialist treatments affect long-term outcome? *European Child and Adolescent Psychiatry*, n. 6, p. 55-72, 1997.

\_\_\_\_\_. Practitioner review: Psychological and educational treatment for autism. *J. Child Psychol. Psychiat.*, v. 39, n. 3, p. 307-22, 1998.

JOHNSON, M. H.; SIDONS, F.; FRITH, U. & MORTON, J. Can autism be predicted on the basis of infant screening tests? *Developmental Medicine and Child Neurology*, n. 34, p. 316-20, 1992.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, n. 2, p. 217-50, 1943.

LELORD, G.; BARTHÉLÉMY, C.; ADRIEN, J.-L.; LANCRENON, S.; SAUVAGE, D. L'échelle ERC. In: GRÉMY, F.; TOMKIEWICZ, S.; FERRARI, P.; LELORD, G. (éds.). *Autisme infantile*. Paris: INSERM, 1987. p. 311-6.

LESLIE, A. M. & FRITH, U. Prospects for a cognitive neuropsychology of autism: Hobson's choice. *Psychol. Rev.*, n. 97, p. 122-31, 1990.

LORD, C.; STOROSCHUK, S.; RUTTER, M.; PICKLES, A. Using the ADI-R to diagnose autism in preschool children. *Infant Mental Health Journal*, v. 14, n. 3, p. 234-52, 1993.

LORD, C.; RUTTER, M.; LE COUTEUR, A. Autism Diagnostic Interview-Revised? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, n. 24, p. 659-86, 1994.

LORD, C. Follow-up of two-year-olds referred for possible autism. *Child Psychology and Psychiatry*, v. 36, n. 8, p. 1365-82, November 1995.

LORD, C.; RISI, S.; LAMBRECHT, L.; COOK, E. H.; LEVENTHAL, B. L.; DILAVORE, P. C.; PICKLES, A.; RUTTER, M. The autism diagnostic observation schedule-generic a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 30, n. 3, p. 205-23, 2000.

LOVAAS, O. I. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 55, n. 1, p. 39, 1987.

MAESTRO, S.; CASELLA, C.; MILONE, A.; MURATORI, F.; PALACIO-ESPASA, F. Study of the onset of autism through home movies. *Psychopathology*, v. 32, n. 6, p. 292-300, 1999.

MALVY, J.; ADRIEN, J.-L.; SAUVAGE, D. Signes précoces de l'autisme et films familiaux. *La Psychiatrie de l'enfant*, n. 1, p. 175-98, 1997.

MALVY, J.; ROUX, S.; RICHARD, C.; ADRIEN, J.-L.; BARTHÉLÉMY, C.; SAUVAGE, D. Analyse des profils cliniques d'enfants "pré-autistiques" de moins de 3 ans. *Neuropsychiatrie*

*de l'enfance*, n. 45, p. 749-54 (Abstract), 1997.

MALVY, J.; DUCROQ-DAMIE, D.; ZAKIAN, A.; ROUX, S.; ADRIEN, J.-L.; BARTHÉLÉMY, C.; SAUVAGE, D. Signes précoces de l'autisme infantile et approche clinique: revue des travaux de recherche (1989-1999). *Ann. méd. psychol.*, v. 157, n. 9, p. 585-93, 1999.

MASSIE, H. The early natural history of childhood autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, n. 14, p. 683-707, 1975.

MASSIE, H. & ROSENTHAL, J. *Childhood psychosis in the first 4 years of life*. New York: McGraw-Hill, 1984.

MAZET, PH.; HOUZEL, D.; BURSZTEJN, CL. (2000). Autisme infantile et psychoses précoces de l'enfant. *Encycl. méd. chir.* (Paris: Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, tous droits réservés), "Psychiatrie", 37-201-G-10, 28 p.

MCEACHLIN, J. J.; SMITH, T.; LOVAAS, O. I. Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal of Mental Retardation*, n. 97, p. 359-72, 1993.

MUNDY, P. & CROWSON, M. Joint attention and early social communication: Implications for research on intervention with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 27, n. 6, p. 653-75, 1997.

NELSON, K. B.; GREYER, J. K.; CROEN, L. A.; DAMBROSIA, J. M.; DICKENS, B. F.; JELLIFFE, L. L.; HANSEN, R. L.; PHILLIPS, T. M. (2001). Neuropeptides and neurotrophins in neonatal blood of children with autism or mental retardation. *Annals of Neurology*, v. 49, n. 5, p. 597-606, 2001.

OSTERLING J. & DAWSON, G. Early recognition of children with autism: A study of birthday home videotapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, n. 24, p. 247-58, 1994.

OZONOFF, S. & CATHCART, K. Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, n. 28, p. 25-32, 1998.

PARQUET, PH.-J.; BURSZTEJN, CL.; GOLSE, B. (1990). *Soigner, éduquer l'enfant autiste?* Paris: Masson, 1990. (Médecine et Psychothérapie).

ROGERS, S. J. & LEWIS, H. An effective day treatment model for young children with pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, n. 28, p. 207-214, 1989.

ROGERS, S. J. Brief report: Early intervention in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, n. 26, p. 243-246, 1996.

ROGERS, S. J. & DILALLA, D. L. Age of symptom onset in young children with pervasive developmental disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, v. 29, n. 6, p. 863-72, 1990.

ROGERS, S. J. & DILALLA, D. L. A comparative study of the effects of a developmentally based instructional model on young children with autism and young children with other disorders of behavior and development. *Topics in Early Childhood Special Education*, v. 11, n. 2, p. 29-47, 1991.

ROGERS, S. J. Empirically supported comprehensive treatments for young children with autism. *Journal of Clinical Child Psychology*, v. 27, n. 2, p. 168-79, 1998.

ROUX, S.; MALVY, J.; BRUNEAU, N.; GARREAU, B.; GUÉRIN, P.; SAUVAGE, D.; BARTHÉLÉMY, C. Identification of behaviour profiles within a population of autistic children using multivariate statistical methods. *European Child and Adolescent Psychiatry*, v. 4, n. 4, p. 249-58, 1995.

SAUVAGE, D.; HAMEURY, L.; ADRIEN, J.-L.; BEAUGERIE, A.; LARMANDE, C.; LEDDET, I. Diagnostic de l'autisme avant 2 ans. Méthodes d'observation et formes cliniques. In: GRÉMY, F.; TOMKIEWICZ, S.; FERRARI, P.; LELORD, G. (éds.). *Autisme infantile*. Paris: INSERM, vol. 146, p. 47-54, 1987.

SAUVAGE, D. *Autisme du nourrisson et du jeune enfant (0-3 ans), signes précoces et diagnostic*. Paris: Masson, 1984.

SHEINKOPF, S. J. & SIEGEL, B. Home-based treatment of young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, n. 28, p. 15-23, 1998.

STONE, W. L. & HOGAN, K. L. A structured parent interview for identifying young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 23, n. 4, p. 639-52, 1993.

STONE, W. L.; HOFFMAN, E. L.; LEWIS, S. E.; OUSLEY, O. Y. Early recognition of autism: Parental reports vs clinical observation. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, v. 148, n. 2, p. 174-9, 1994.

STONE, W. L.; LEE, E. B.; ASHFORD, L.; HEPBURN, S. L.; COONROD, E. E.; WEISS, B. H. Can autism be diagnosed accurately in children under 3 years? *J. Child Psychol. Psychiat.*, v. 40, n. 2, p. 219-26, 1999.

TEITELBAUM, P.; TEITELBAUM, O.; NYE, J.; FRYMAN, J.; MAURER, R. G. Movement analysis in infancy may be useful for early diagnosis of autism. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, v. 95, n. 23, p. 13982-7, 1998.

VOLKMAR, F. R.; KLIN, A.; PAULS, D. Nosological and genetic aspects of asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 28, n. 5, p. 457-63, 1998.

VOSTANIS, P.; SMITH, B.; CHUNG, M. C.; CORBETT, J. Early detection of childhood autism: A review of screening instruments and rating scales. *Child: Care, Health & Development*, v. 20, n. 3, p. 165-77, May-Jun, 1994.

ZEANAH, C. H.; DAVIS, M. S.; SILVERMANN, M. The question of autism in an atypical infant. *American Journal of Psychotherapy*, n. 42, p. 135-50, 1988.

## Resumos

*La detección lo más precoz posible del autismo infantil condiciona en gran parte la calidad del pronóstico, sobretodo del pronóstico cognitivo. Esa detección precoz levanta también una serie de interrogantes clínicos, teóricos y éticos extremadamente importantes.*

*El autismo infantil no puede ser reducido a un déficit de neuro-desarrollo, es preciso concebirlo preferentemente, como el fruto de un proceso autistizante progresivo y de origen multifactorial.*

*Las señales que permiten la detección durante el segundo año de vida son actualmente bien definidas, principalmente con la constitución del CHAT (Check list for autistic toddlers). Durante el primer año de vida son descriptas actualmente perturbaciones de la interactividad precoces, pero tal vez lo más necesario sea detectar los niños que necesitan de cuidados, sin confinarlos dentro de una predicción de autismo que corre el riesgo de fijar las cosas, privando el futuro de una abertura evolutiva todavía posible. La cuestión del estudio de los filmes familiares fue recientemente retomada de manera renovada y muy fecunda.*

**Palabras claves:** Autismo, detección precoz, proceso autistizante, prevención

*Le dépistage précoce le plus précoce possible de l'autisme infantile conditionne en grande partie la qualité du pronostic, et notamment cognitif. Ce dépistage précoce pose cependant toute une série de questions cliniques, théoriques et éthiques extrêmement importantes.*

*L'autisme infantile ne peut être réduit à un handicap neuro-développemental, et il faut plutôt le concevoir comme le fruit d'un processus autistisant progressif et d'origine multifactorielle.*

*Les signes de dépistage en deuxième année de vie sont désormais bien précisés, avec notamment la mise au point du CHAT (Check-list for autistic toddlers). En première année de vie, des dysfonctionnements interactifs précoces sont désormais décrits, mais peu-têtre faut-il savoir seulement dépister des enfants en nécessité de soin sans les enfermer dans une prédiction autistique qui risquerait de figer les choses en privant l'avenir d'une ouverture évolutive encore possible. La question de l'étude des films familiaux a été récemment reprise de manière renouvelée et très féconde.*

**Mots clés:** Autisme, dépistage précoce, processus autistisant, prévention

*The detection, as early as possible, of the infantile autism conditions, to a large extent, the prognostic's quality, especially the cognitive prognostic. This early detection brings a series of extremely important clinical, theoretical and ethical questions.*

*The infantile autism cannot be reduced to a neuro-developmental deficit, and it*

*is necessary to conceive it, preferably, as a fruit of a progressive autistic-ating process of a multi-factorial origin.*

*The signs that permit the detection during the second year of life are actually well defined, principally with the constitution of CHAT (check list for autistic toddlers). During the first year of life one can describe early interactive disturbances, but maybe it is necessary to detect the children that need care, without confining them inside an autistic prediction that incurs in the risk of fixating things, stopping the future from a still possible developmental opening. The issue of the study of family movies was recently retaken in a renewed and prolific manner.*

**Key words:** Autism, early detection, autistic-ating process, prevention