

A TERAPIA DE SISTEMA DILUIÇÃO CORRESPONDENTE - FLORAIS NA INTERVENÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

RESUMO:

Os fatores que concorrem para a etiologia das dificuldades e transtornos de aprendizagem e linguagem são diversos, tanto podem ser emocionais, intelectuais ou cognitivos e orgânicos. Existem relações estreitas entre determinados transtornos e a linguagem. Trataremos neste artigo especificamente do Transtorno do Espectro Autista – TEA, contudo, podemos destacar a dislexia, dislalia, discalculia, epilepsia e demais afasias. A diminuição da capacidade da linguagem escrita ou oral resultante de qualquer distúrbio cerebral é denominada afasia. Uma intervenção possível é via florais, que é inserida como prática integrativa de harmonização e de modulação nas variáveis de desequilíbrio e perturbações sociais e comportamentais da pessoa no TEA.

PALAVRAS-CHAVE: TERAPIA. TEA/AUTISMO. LINGUAGEM. FLORAIS

ABSTRACT

The factors that contribute to the etiology of learning and language difficulties and disorders are diverse, whether they be emotional, intellectual or cognitive and organic. There are close relationships between certain disorders and language. In this article we will deal specifically with Autistic Spectrum Disorder - ASD, however, we can highlight dyslexia, dyslalia, dyscalculia, epilepsy and other aphasias. The decrease in the ability of written or oral language resulting from any brain disorder is called aphasia. A possible intervention is via flowers, which is inserted as an integrative practice of harmonization and modulation in the variables of imbalance and social and behavioral disturbances of the person in the TEA.

KEYWORDS: THERAPY. AUTISM. LANGUAGE. FLORALS

APRESENTAÇÃO

Os transtornos de Neurodesenvolvimento são de etiologia diversa e há uma multiplicidade de avaliações para classificar os tipos e identificar formas de intervenção nestes transtornos, sendo prioridade que isto aconteça nos primeiros anos de vida da criança. No geral, percebem-se as afasias que são sistematizadas em sensorial e motora, a última ainda recebe a denominação de expressiva, porque está intimamente conectada à dificuldade na produção da fala, prejudicando quanto ao ritmo, cadência e fluência.

A afasia receptiva ou também denominada sensorial, na maioria das vezes, se refere a prejuízos e dificuldades na compreensão da fala e linguagem, prejudicando a

leitura e a escrita nos pacientes afásicos. Como parte constitutiva da síndrome de afasia, temos a apraxia de fala. Nestes pacientes, mais do que compreensão, leitura e escrita, são percebidos prejuízos motores, como por exemplo deficiência especializada nos movimentos orofaciais.

Sendo a natureza linguística o que marca definitivamente a afasia, a incapacidade de desenvolvimento motor é a desordem que produz ineficiência na condição prosódica, com lacunas, espaços e fluência lenta, causando equívocos na articulação. As alterações de ordem muscular, tais como prosódia, articulação fonação e ressonância, que envolvem também a respiração, são características do distúrbio de fala denominado disartria.

Estes sintomas têm casuística nas lesões do SNC ou Periférico, com fixidez ou paralisia nos músculos da fala, ou seja, falta de coordenação no controle muscular. Mesmo sendo a apraxia e a disartria desordens motoras da fala, os prejuízos são diferentes em nível de produção. A fixidez/paralisia, lentificação, tônus dos músculos não são elementos significativos nos pacientes apráxicos. Já a ataxia, hipertônus ou hipotônus, movimentação restritiva dos músculos da fala são específicos da disartria.

A avaliação de linguagem do paciente em vários níveis de complexidade de atividades de fala, repetição, descrição, compreensão e demais elementos constitutivos de comunicação e linguagem, além da avaliação dos elementos que constituem e concorrem para a fala e os movimentos e tarefas que envolvem a programação motora.

A ONU – Organização das Nações Unidas, ao declarar o dia 2 de abril – o Dia Mundial da *Conscientização do Autismo*, viabilizou uma discussão macro que coincide com o objetivo desta pesquisa que é a articulação entre educação, linguagem e transtorno de espectro autista. A estrutura quaternária é a articulação entre elementos do *setting* psicanalítico: associação livre; dimensionamento e redimensionamento do sintoma, demanda, transferência e contratransferência e processo de cura. A análise destes elementos associados ao contexto clínico do TEA possibilita a compreensão de uma clínica sistêmica e uma aproximação transferencial entre Psicanálise e Neurociências do Comportamento. Até onde esta aproximação pode nos levar é o objeto deste trabalho.

Em 1943, Leo Kanner apresentou pela primeira vez as características de ecolalia, obsessividade, estereotípias e autismo extremo para o termo descrito por ele denominado como Transtorno Autístico do Contato Afetivo. Notam-se já nestes escritos uma relação com a intensidade da vida imaginativa, o alheísmo e ausência de respostas a estímulos da exterioridade. Este termo (autismo) é caudatário dos estudos de Bleuler, que por meio dos AA/4A, apresentava que, para a Esquizofrenia, deveriam ser identificados os sintomas inerentes à orientação para a vida subjetiva que altera a percepção do mundo (autismo na concepção de E. Bleuler), falta de unidade de consciência, presença de sintomas característicos, evolução com inevitável deterioração e uma construção multidimensional.

A importância desta pesquisa está na estimativa de prevalência de que o TEA incide em 1% da população, 70 milhões de pessoas no mundo, sendo 2 milhões de pessoas no Brasil. Em 2016, em todos os 11 locais, a prevalência de TEA foi de 18,5 por 1.000 (uma em 54) crianças com 8 anos e o TEA foi 4,3 vezes mais prevalente entre

meninos do que entre meninas. A prevalência de TEA varia de acordo com o local, segundo a Rede de

Monitoramento de Autismo e Deficiências do Desenvolvimento (ADDM)/CDC/EUA/2016.

MÉTODO E METODOLOGIA

A pesquisa é predominantemente qualitativa, com traços quantitativos, pelos dados e análise de dados, sendo que ao analisar como uma desordem neurológica, de causas imprecisas, e, por conta disso, não existir escalas normatizadas e no Brasil, não existir um estudo completo de prevalência, bem como a mudança na classificação e diagnóstico ser bem recente, a partir da quinta revisão do DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, é viável a pesquisa proposta.

A Lei 12.764, de 27 de dezembro de 2012, discorre sobre a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo. As Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo, (TEA), de abril de 2013, do Ministério da Saúde, apresenta as orientações à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Ainda há, como parte deste arcabouço legal, o Decreto nº 8.368, de 2 de dezembro de 2014, que regulamenta a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

A CID 10 – Classificação Internacional de Doenças, em sua décima edição, tem na classificação F 84 – Transtornos Globais de Desenvolvimento – aproximando nesta rubrica nove transtornos relacionais. Como referência, apresentam-se sintomas tais como a aversão social, dificuldades no desenvolvimento da imaginação, estereotípias motoras, linguagem com significativos desvios, sendo estas manifestações sintomáticas observadas antes do terceiro ano de vida infantil.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na sua quinta edição, o DSM-V, mudou de forma significativa os critérios diagnósticos para o autismo. A apresentação de sintomas precocemente e o comprometimento da capacidade do indivíduo praticar as suas atividades no seu cotidiano são dois referenciais fortemente destacados pela nova revisão do DSM acerca do Transtorno do Espectro Autista.

A apresentação de problemas de interação social ou emocional alternativo, graves problemas para manter relações ou desenvolver atividades de engajamento social, bem como apresentar dificuldades de comunicação não-verbal, incluindo, assim, o gestual, o vocal, o postural, anormalidade nos movimentos dos olhos e nas expressões faciais e o não reconhecimento das expressões faciais, como sinais, nas outras pessoas. Ainda nesta orientação sintomática, percebem-se a resistência a mudanças e apego à rotina e às atitudes e ações padronizadas, sem comportamentos de estímulos sensoriais. Todos estes elementos são característicos da pessoa que pode ser diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista, TEA.

DISCUSSÃO

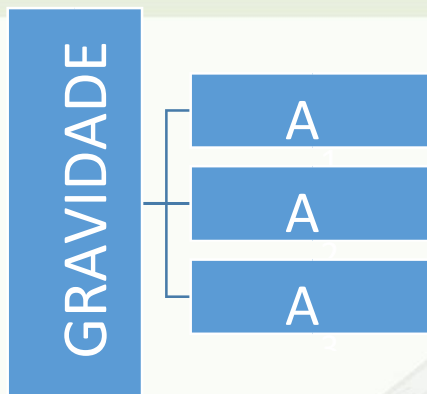
É importante ressaltar a eficácia das terapias integrativas na reintegração da criança e ativação de sistemas que potencializam atividades cotidianas e viabiliza melhor qualidade de vida às crianças que estão no Transtorno do Espectro Autista, assim como a família, que se vê envolvida nesses processos psicossomáticos, como mecanismo de formação de doença. É preciso ampliar o olhar clínico que ultrapasse o diagnóstico psicopatológico e lancemos à luz, sombra e penumbra nos processos psicossomáticos de atuação clínica.

O diagnóstico psicopedagógico do Transtorno do Espectro Autista – TEA, a análise se baseia na explicação e associação ao ambiente, comportamento e aprendizagem, como um processo de articulação sistemática das atividades da criança. A associação tem como parametrização os critérios estabelecidos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5 (APA, 2013).

Os sinais e sintomas do Transtorno do Espectro Autista – TEA devem aparecer nos primeiros anos de vida, comprometendo tanto suas habilidades sociais quanto linguísticas e motoras. Estas habilidades estão relacionadas a suas competências cognitivas: linguagem, pensamento, percepção, memória, raciocínio. Então, por ser um transtorno neurobiológico que compromete o córtex pré-frontal é importante ressaltar que esta área está amadurecida aproximadamente após os 25 anos de idade.

A capacidade desta criança de relacionar-se com o ambiente estará bastante prejudicada e é a partir desta associação entre ambiente, comportamento humano e aprendizagem que as atividades de intervenção serão aplicadas. É importante nesta conjuntura compreender a extensão de sentido da denominação espectro. Existe um efeito guarda-chuva na constituição semântica desta palavra, alcançando por ampliação da classificação F.84 para F.84.9/CID 10 (Artmed, 2013). Os critérios psicodiagnósticos presentes nos Transtornos do Neurodesenvolvimento (299.00/F84.0) com déficits que são persistentes em vários contextos presentes na comunicação social e na interação, com prejuízos motores.

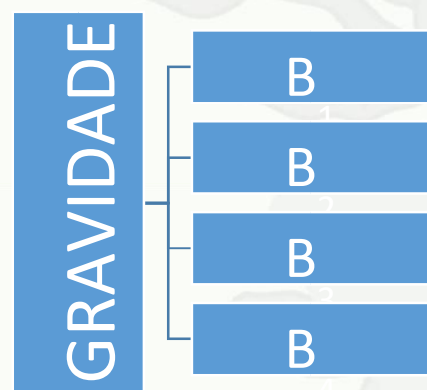
Os comportamentos apresentam padrões restritivos e repetitivos com rituais nos temas de interesse ou na atividade selecionada.



Fonte: Associação Brasileira de Medicina Psicossomática-MT

RECIPROCIDADE SOCIOEMOCIONAL	COMPORTAMENTO COMUNICATIVO	COMPREENSÃO DE RELACIONAMENTOS
Abordagem social anormal	Prejuízo na comunicação não verbal	Déficit de adequação a contextos sociais
Respostas sociais prejudicadas	Variação do déficit de comunicação verbal e não verbal pouco integrada à anormalidade	Prejuízo no compartilhamento de brincadeiras imaginárias
Compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto	Déficit na compreensão de gestos e expressões faciais	Desinteresse por pares e enturmação
Critérios diagnósticos A1	Critérios diagnósticos A2	Critérios diagnósticos A3

Fonte: Associação Brasileira de Medicina Psicossomática-MT



Fonte: Associação Brasileira de Medicina Psicossomática-MT

MOVIMENTOS MOTORES	INSISTÊNCIA NA MESMICE	INTERESSES FIXOS	HIPER OU HIPORREATIVIDADE
--------------------	------------------------	------------------	---------------------------

Uso de objetos de forma inadequada	Adesão inflexível a rotinas	Interesses restritos	Estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais
Fala estereotipada ou repetitiva, ecolalia e frases idiossincráticas	Padrões ritualizados de comportamento verbal	Anormalidade e intensidade e foco	Indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas
Esterotipia motora simples, alinhar brinquedos ou girar objetos	Padrões rígidos de pensamento e ingerir os mesmos alimentos diariamente	Apego a objetos incomuns, interesses circunscritos ou perseverativos	Fascinação visual por luzes ou movimento
Critérios diagnósticos B1	Critérios diagnósticos B2	Critérios diagnósticos B3	Critérios diagnósticos B4

Fonte: Associação Brasileira de Medicina Psicosomática-MT

A palavra “espectro” indica que, quando se fala no transtorno do autismo, queremos dizer que existem graus ou níveis diferentes deste transtorno para cada criança. Ou seja, as crianças diagnosticadas com autismo podem apresentar dificuldades maiores ou menores dependendo do grau do transtorno manifestado. O DSM-V prevê três níveis de comprometimento (níveis 1, 2 e 3). O Nível 1 é o nível de menor comprometimento e o Nível 3 é o de maior severidade dos sinais.

Sintomas presentes precocemente	Prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social e profissional.	Especificar: com ou sem comprometimento intelectual concomitante, com ou sem comprometimento da linguagem concomitante, com catatonia.
Critérios diagnósticos C	Critérios diagnósticos D	Critérios diagnósticos E

Fonte: Associação Brasileira de Medicina Psicosomática-MT

SINAIS	SINTOMAS	FLORAL	SUGESTÃO
Fragilidade no self, insegurança, desconfiança e incapacidade de interagir com os outros.	Reciprocidade socioemocional	Violet	Abordagem social anormal.
Desatenção e dificuldade de recepção e expressão na produção de linguagem.	Comportamento comunicativo	Cosmos	Variação do déficit de comunicação verbal e não verbal.
Ansiedade e resistência ao novo.	Hiper ou hiporreatividade	Aspen	Anormalidade, intensidade e foco.
Padrões de comportamento repetitivos e ritualizados.	Insistência na mesmice	Filaree	Insistência na mesmice/fixidez.

Insegurança e medo das atividades cotidianas já internalizadas ou conhecidas. Autoconhecimento, autoavaliação e sentimento de pertencimento.	Prejuízo no funcionamento social. Interesses fixos	Mimulus Water violet	Adequação do pensamento e planejamento concreto. Apego a objetos incomuns, interesses circunscritos ou perseverativos.
Insegurança e fragilidade na proatividade na realização das ações planejadas.	Compartilhamento reduzido de interesse.	Cerato	Prejuízo na compreensão de relacionamentos.
Dificuldades na linguagem e na fala.	Movimentos motores	Trumpet vine	Fala estereotipada ou repetitiva e frases idiossincráticas.
Bloqueio e prejuízos na interação e relacionamentos sociais.	Prejuízo na compreensão de relacionamentos.	Sunflower	Respostas sociais prejudicadas.
Prejuízo social e comportamento inadequado.	Insegurança, medo e interesses incomuns.	Rescue Remedy	Estímulos sensoriais ou interesses incomuns.

Fonte: Associação Brasileira de Medicina Psicossomática-MT

A etiologia dos distúrbios da linguagem oral e escrita se refere às alterações de déficit auditivo, cognitivo, autístico, casuística ambiental ou de influência do meio, a atraso constitucional ou isolado da linguagem expressiva e as demais alterações específicas da linguagem. A análise descritiva destes distúrbios se fundamenta, respectivamente:

1. Influência a aquisição de linguagem após 6-9 meses, observadas as alterações de perda de qualidade vocal, consoantes suprimidas e modificação da sonoridade das vogais. Os sons guturais e primitivos ainda persistem.
2. O atraso de desenvolvimento na evolução da linguagem na criança é parcialmente similar ao da criança normal, em um ritmo de involução.
3. Ocorrência de ecolalia, persistência inapropriada do mesmo tema (perseveração), alterações da comunicação não-verbal, comportamentos estereotipados e repetitivos, interesses restritivos e prejuízo da sociabilidade.
4. Elementos que envolvem riscos sociais e emocionais.
5. Prejuízo e atraso relacionado à pragmática e à compreensão. No caso das demais alterações específicas de linguagem, é um diagnóstico diferencial de exclusão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante destacar que a terapia dos florais não é a descoberta de um novo caminho da área clínica é apenas a retomada de uma prática complementar que tem na sua prática um *modus operandi* relacional entre o ideal do corpo e da alma nos estudos que se orientam na busca da minimização dos sintomas eminentemente psicopatológicos e de estrutura somática no Transtorno do Espectro Autista. A terapia de florais não vem com o objetivo de cura, o que temos com os florais é a possibilidade de uma prática que

seja integrativa e complementar, possibilitando a harmonização e equilíbrio, proporcionando qualidade de vida e bem-estar com o mínimo de impacto na constituição física e psicológica das pessoas acometidas por este espectro.

REFERÊNCIAS

Associação Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição (DSM-V). Arlington, VA: Associação Americana de Psiquiatria, 2013.

Bach E. Os remédios florais do Dr. Bach, - Cura-te a ti Mesmo. São Paulo: Pensamento; 1990.

Bontempo M. Medicina Natural. São Paulo: Nova Cultural, 1992.

Dalgalarondo, P Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre, 2000. Editora Artes Médicas do Sul.

OMS. Classificação Internacional de Doenças Décima Revisão - CID – 10.