

TRANSTORNOS ABRANGENTES DE DESENVOLVIMENTO

- Disciplina de pós graduação em Psicologia
Clínica –

3a. aula



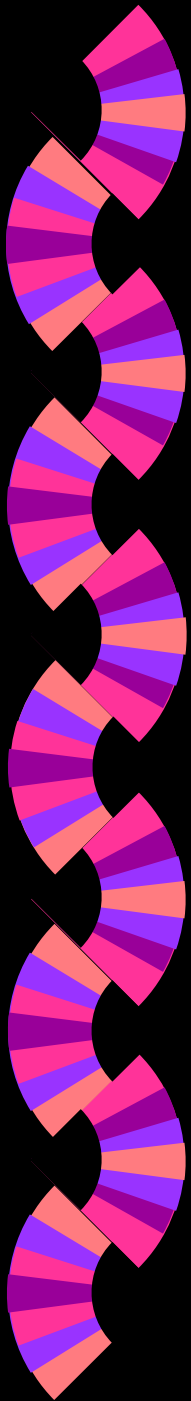
Francisco B. Assumpção Jr.
cassiterides@bol.com.br

Vocês, quando ouvem falar em Autismo, costumam imaginar algo extremamente complicado. Na verdade corresponde a um quadro descrito por Kanner e caracterizado basicamente por

CONCEITO E DIAGNÓSTICO

- 1. Isolamento Extremo**
- 2. Obsessividade**
- 3. Estereotipias**
- 4. Ecolalia**
(Kanner,L. - Autistic Disturbances of Affective contact; Nervous Child; 2:217-250; 1943)





A medida em que o tempo foi passando, os CONCEITOS E DIAGNÓSTICO forma se alterando visando-se melhor qualidade . Assim, em meados dos anos 60 temos

- 1. Retração frente a realidade; dificuldades no relacionamento com as pessoas;**
- 2. Sério retardo intelectual com pequenas ilhotas de normalidade ou habilidades especiais;**
- 3. Dificuldades na aquisição da fala ou na manutenção da já aprendida;**
- 4. Respostas anormais a estímulos sensoriais (sons);**
- 5. Maneirismos ou distúrbio de movimento (Excluindo tiques).**

(O'Gorman; 1967)



ou então

- 1. Deve ser psicótico;**
- 2. Deve ter sido previamente normal;**
- 3. Deve haver evidência de contato social perturbado;**
- 4. Não há sinal característico;**
- 5. Evidência de regressão ou deterioração;**
- 6. Elementos hereditários esquizofrênicos favorecem;**
- 7. Testes psicológicos dão informações as vezes;**
- 8. Tem sido descrita uma disritmia difusa ao EEG**
- 9. Pneumoencefalografia nos casos lesionais tem demonstrado utilidade nas pseudo-esquizofrenias, nos tumores e lesões parietotemporais;**
- 10. A ausência de sinais clínicos e neurológicos é compatível porém sua presença não exclui esquizofrenia;**
- 11. O diagnóstico deve ser baseado na história, no desenvolvimento e nos sintomas apresentados e não somente no na possível semelhança com os quadros do adulto.**

(Bradley)



**mas os critérios que mais foram adotados, continuando
A serem utilizados até hoje são estes:**

- 1. Grande dificuldade em agrupar-se;**
- 2. Age como se fora surdo;**
- 3. Resistência a situações novas;**
- 4. Ausência de medo frente a perigos reais;**
- 5. Resistência a novos aprendizados;**
- 6. Indicação das necessidades através de gestos;**
- 7. Ri sem motivo aparente;**
- 8. Não abraça afetivamente as pessoas;**
- 9. Hiperatividade física acentuada;**
- 10. Evita olhar de frente;**
- 11. Gira ou roda objetos incansavelmente;**
- 12. Afeto incomum a objetos especiais;**
- 13. Jogos ocasionais de forma repetitiva;**
- 14. Comportamento indiferente, isolado, retraído,
não participante.**

(Clancy, Dougall, Rendle-Short; 1969)



Assim, ao final dos anos 60, a idéia que se tinha era a incluir-se o autismo entre as PSICOSES DA PRIMEIRA E SEGUNDA INFÂNCIA

- 1. Autismo Infantil: considerado como problema primário, a ser distinguido do autismo secundário devido a dano cerebral ou retardo mental;**
- 2. Distúrbio Simbiótico Interacional: engloba as, assim chamadas, psicoses simbióticas, com dependência incomum a mãe, na forma de um prolongamento da ligação;**
- 3. Outras Psicoses: correspondem às crianças com desenvolvimento atípico, que exibem alguns comportamentos autísticos e indiferença emocional.**

(GAP; 1966)



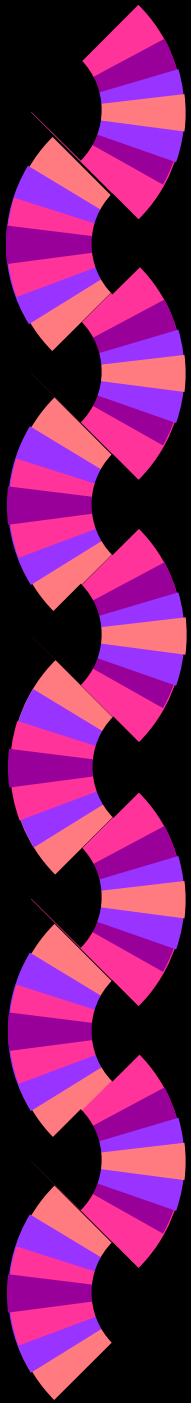


Na década de 70 alteram-se significativamente o CONCEITO e o DIAGNÓSTICO com o advento do trabalho de Rutter. Assim...

- 1. Distúrbios de Percepção;**
- 2. Distúrbios de Desenvolvimento;**
- 3. Distúrbios de Relacionamento;**
- 4. Distúrbios de Linguagem;**
- 5. Distúrbios de Motilidade.**

(Ritvo,E.R. Diagnosis, current research and management; NY; Spectrum Pub.Inc.; 1976)





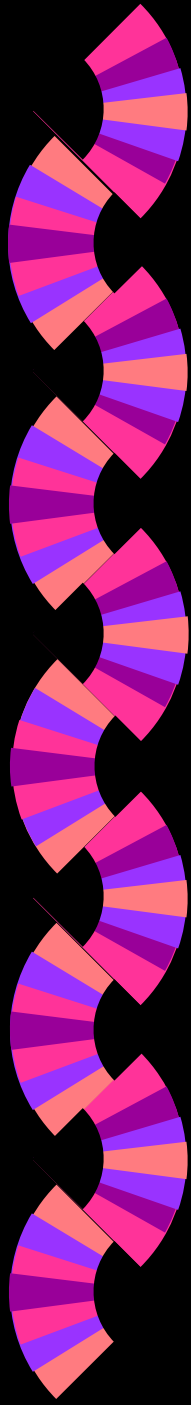
Paralelamente se estrutura o DSM IV já dentro dessa nova concepção que pressupõe um modelo cognitivo. Temos assim que considerá-lo como

Prejuízo severo e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento:

habilidades de interação social recíproca;

habilidades de comunicação;

presença de comportamento, interesses e atividades estereotipados.



**Assim sendo, passa a incluir Transtornos
outros, a saber**

299.00 Transtorno Autista

299.80 Transtorno de Rett

299.10 Transtorno Desintegrativo

299.80 Transtorno de Asperger

299.80 Transtorno Invasivo não especificado



Dentro do seguintes critérios

299.00 Transtorno Autista

A - Um total de 6 (ou mais) ítems de (1),(2) e (3) com pelo menos 2 de (1), um de (2) e um de (3):

(1) Prejuízo qualitativo na interação social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes aspectos:

- (a) prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não verbais;**
- (b) fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento;**
- (c) falta de tentativa espontânea de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas;**
- (d) falta de reciprocidade social ou emocional.**

(2) Prejuízos qualitativos na comunicação, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:

(a) atraso ou ausência total no desenvolvimento da linguagem falada;

(b) em indivíduos com fala adequada, acentuado prejuízo na capacidade de iniciar ou manter conversação;

(c) uso estereotipado e repetitivo de linguagem ou linguagem idiossincrática;

(d) falta de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos apropriados ao nível de desenvolvimento.





(3) Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:

(a) preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesses, anormais em intensidade e foco;

(b) adesão, aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não funcionais;

(c) maneirismos motores estereotipados e repetitivos;

(d) preocupação persistente com partes de objetos.





299.80 Transtorno de Rett

A - Todos os quesitos abaixo:

- (1) Desenvolvimento pré natal e peri natal aparentemente normal;**
- (2) Desenvolvimento psicomotor aparentemente normal durante os primeiros cinco meses após o nascimento;**
- (3) circunferência craniana normal ao nascer**

B - Início de todas as seguintes características após o período de desenvolvimento normal:

- (1) Desaceleração do crescimento craniano entre os 5 e 48 meses de idade;**
- (2) perda de habilidades manuais voluntárias anteriormente adquiridas entre 5 e os 30 meses de idade, com o desenvolvimento subsequente de movimentos estereotipados das mãos;**
- (3) perda do envolvimento social ocorre no curso do transtorno;**
- (4) aparecimento de marcha ou movimentos do tronco fracamente coordenados;**
- (5) desenvolvimento das linguagens expressiva ou receptiva severamente prejudicado, com severo retardo psicomotor.**



299.10 Transtorno Desintegrativo

A - Desenvolvimento aparentemente normal, pelo menos durante os 2 primeiros anos após o nascimento, manifestado pela presença de comunicação verbal e não verbal, relacionamentos sociais, jogos e comportamento adaptativo apropriados a idade;

B - Perda, clinicamente significativa, de habilidades já adquiridas (antes dos 10 anos) em pelo menos 2 das seguintes áreas:

- (1) linguagem expressiva ou receptiva;**
- (2) habilidades sociais ou comportamento adaptativo;**
- (3) controle intestinal ou vesical;**
- (4) jogos;**
- (5) habilidades motoras.**

C - Anormalidades do funcionamento em pelo menos duas das seguintes áreas:

- (1) prejuízo qualitativo na interação social;**
- (2) prejuízos qualitativos na comunicação;**
- (3) padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, incluindo estereotipais motoras e maneirismos.**

D - A perturbação não é melhor explicada por um outro Transtorno Invasivo de Desenvolvimento ou por Esquizofrenia.



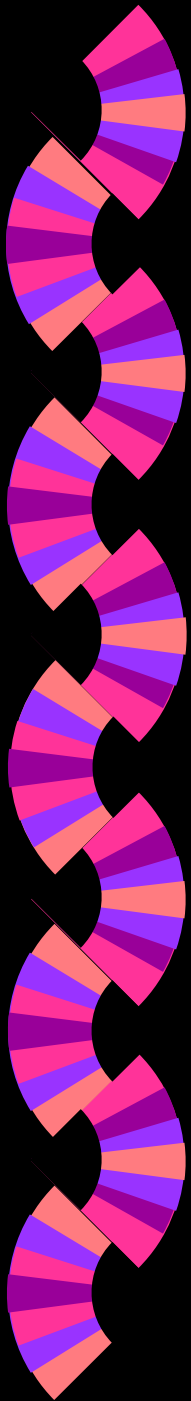
299.80 Transtorno de Asperger

A - Prejuízo qualitativo na interação social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes quesitos:

- (1) prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não verbais;**
- (2) fracasso para desenvolver relacionamentos apropriados ao nível de desenvolvimento de seus pares;**
- (3) ausência de tentativa espontânea de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas;**
- (4) falta de reciprocidade social ou emocional.**

B - Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes quesitos:

- (1) insistente preocupação com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesses, anormal em intensidade ou foco;**
- (2) adesão, aparentemente inflexível, a rotinas e rituais específicos e não funcionais;**
- (3) maneirismos motores estereotipados e repetitivos;**
- (4) insistente preocupação com partes de objetos.**



C - A perturbação causa prejuízo clinicamente significativo nas áreas social e ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento.

D - Não existe atraso geral clinicamente significativo na linguagem.

E - Não existe um atraso clinicamente significativo no desenvolvimento de habilidades de auto-ajuda apropriadas a idade, comportamento adaptativo e curiosidade acerca do ambiente na infância.

F - Não são satisfeitos os critérios para um outro Transtorno do Desenvolvimento ou Esquizofrenia.

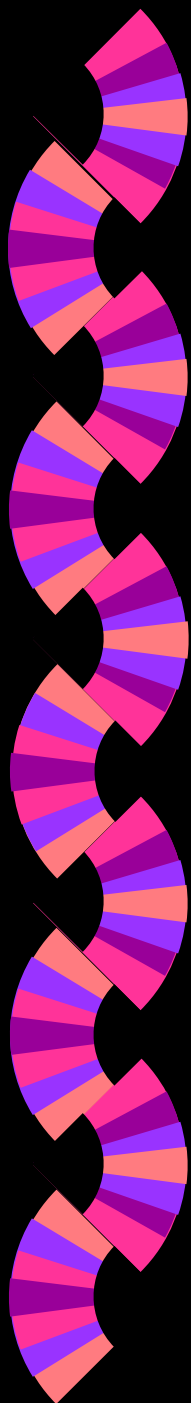
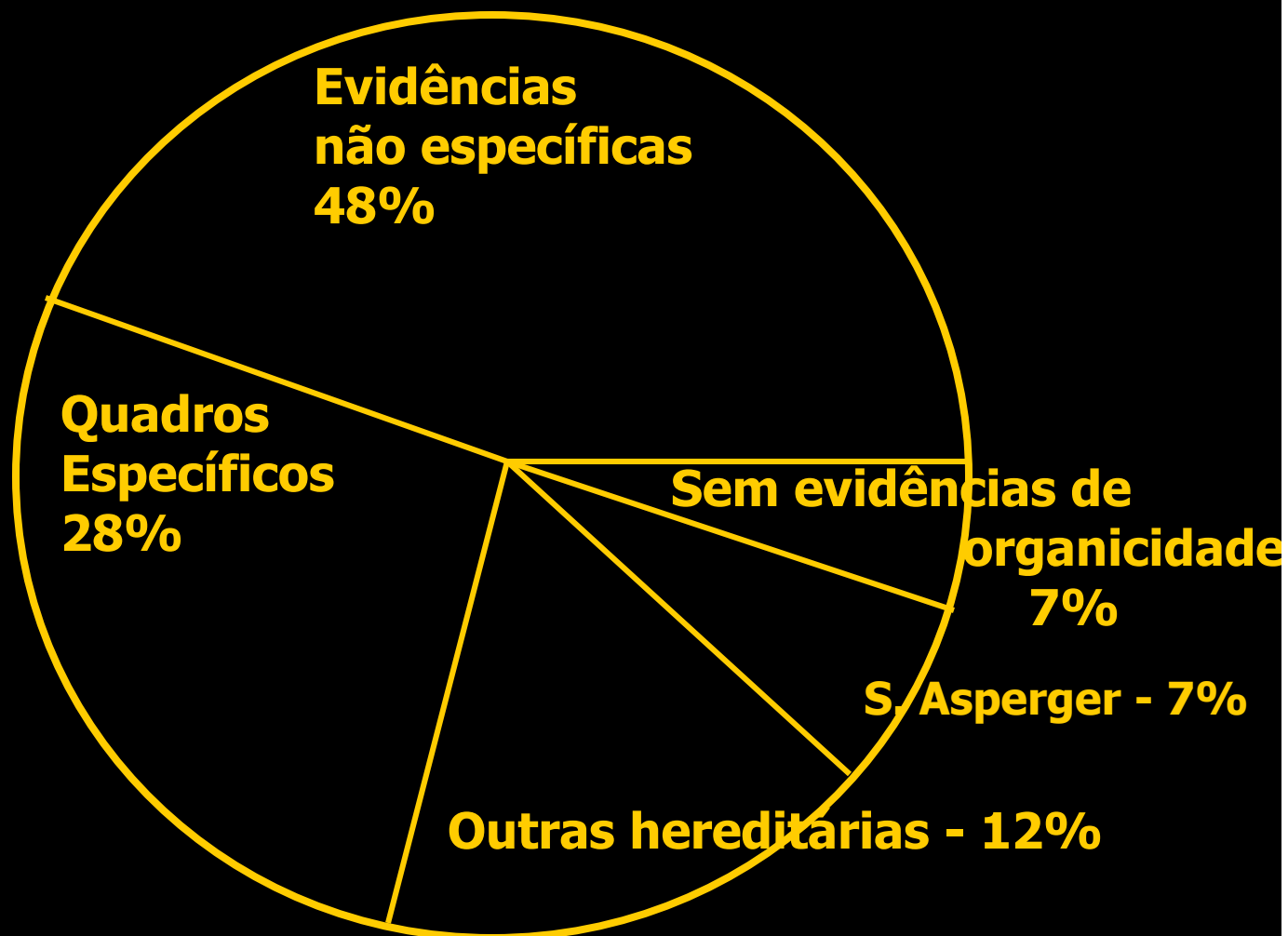


299.80 Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outra especificação

Deve ser usada quando existe prejuízo severo e invasivo no desenvolvimento da interação social recíproca ou de habilidades comunicacionais verbais e não verbais, ou quando comportamento, interesses e atividades estereotipadas estão presentes, mas não são satisfeitos os critérios para um Transtorno Invasivo de Desenvolvimento, Esquizofrenia, Transtorno de personalidade Esquizotípica ou Transtorno de Personalidade esquiva.

DISTRIBUIÇÃO DE QUADROS ASSOCIADOS

Steffenburg; 1988





QUADROS ASSOCIADOS

- 1. Infecções pré natais**
 - a. Rubéola congênita**
 - b. Sífilis congênita**
 - c. Toxoplasmose**
 - d. Citomegalovirose**
- 2. Hipóxia neo-natal**
- 3. Infecções pós natais - herpes simplex**
- 4. Déficits sensoriais**
- 5. Espasmos Infantis - S. West**
- 6. Doença de Tay Sachs**
- 7. Fenilcetonúria**
- 8. Esclerose Tuberosa**



QUADROS ASSOCIADOS

- 9. Neurofibromatose**
- 10. S. Cornélia De Lange**
- 11. S. Williams**
- 12. S. Moebius**
- 13. Mucopolissacaridoses**
- 14. S. Down**
- 15. S. Turner**
- 16. S. Fra-X**
- 17. Hipomelanose de Ito**



QUADROS ASSOCIADOS

18. S. Zunic

19. S. Aarskog

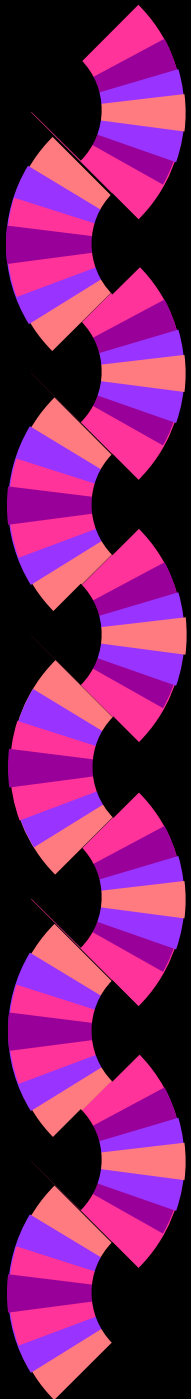
**20. Outras alterações estruturais
(cr. 1;2;3;5;8;11;15;16;17;18;XYY;dpl.Xp; 21;22)**

21. Intoxicações

Como já falamos antes, as mudanças conceituais, teóricas, afetam a visão do autismo, sob o ponto de vista prático.

Assim temos...

- 1. Mudanças conceituais**
de doença a síndrome
de causa afetiva a cognitiva
de base psicogênia a base biológica
- 2. Mudanças na prevalência**
de quadros raros a 4:10.000
- 3. Mudanças Terapêuticas**
de tratamentos anti-psicóticos ao tratamento de
sintomas-alvo
de psicoterapia de base analítica a abordagens
pedagógicas com base cognitivo-comportamental





Teorias explicativas

- ✦ Teoria da Mente
- ✦ Teoria da Coerência Central
- ✦ Teoria da Disfunção Executiva



FALHA INATA NA HABILIDADE
DE INTERAGIR COM OS OUTROS

FALHA NO RECONHECIMENTO DOS ESTADOS MENTAIS DE OUTRAS PESSOAS

FALHA NAS HABILIDADES PARA ABSTRAIR E SIMBOLIZAR

Déficits no reconhecimento de emoções

Déficits pragmáticos

Déficits nos padrões de jogo social

TEORIA AFETIVA

DÉFICIT NA CAPACIDADE INATA DE META REPRESENTAÇÃO

FALHA NA TEORIA DA MENTE

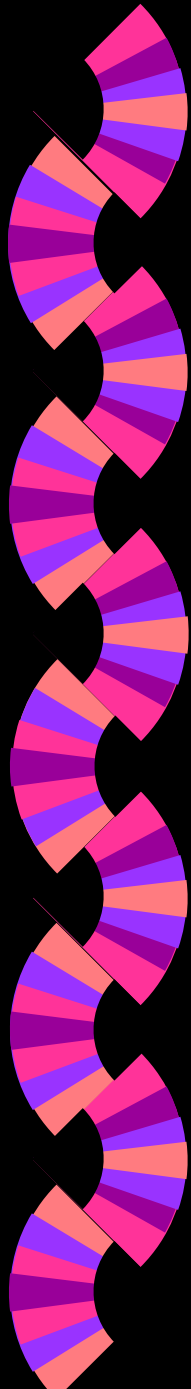
DÉFICIT NOS PADRÕES DE SIMBOLIZAÇÃO

Padrões específicos comprometidos.

Déficits no pragmatismo

Déficits nos padrões de jogo social

TEORIA COGNITIVA





Teoria da Coerência Central

Processamento da informação dentro de um contexto em que se capta o essencial

Autistas- “fraca” coerência central

(Frith, 1989)



Teoria da Coerência Central

Autistas- melhor performance

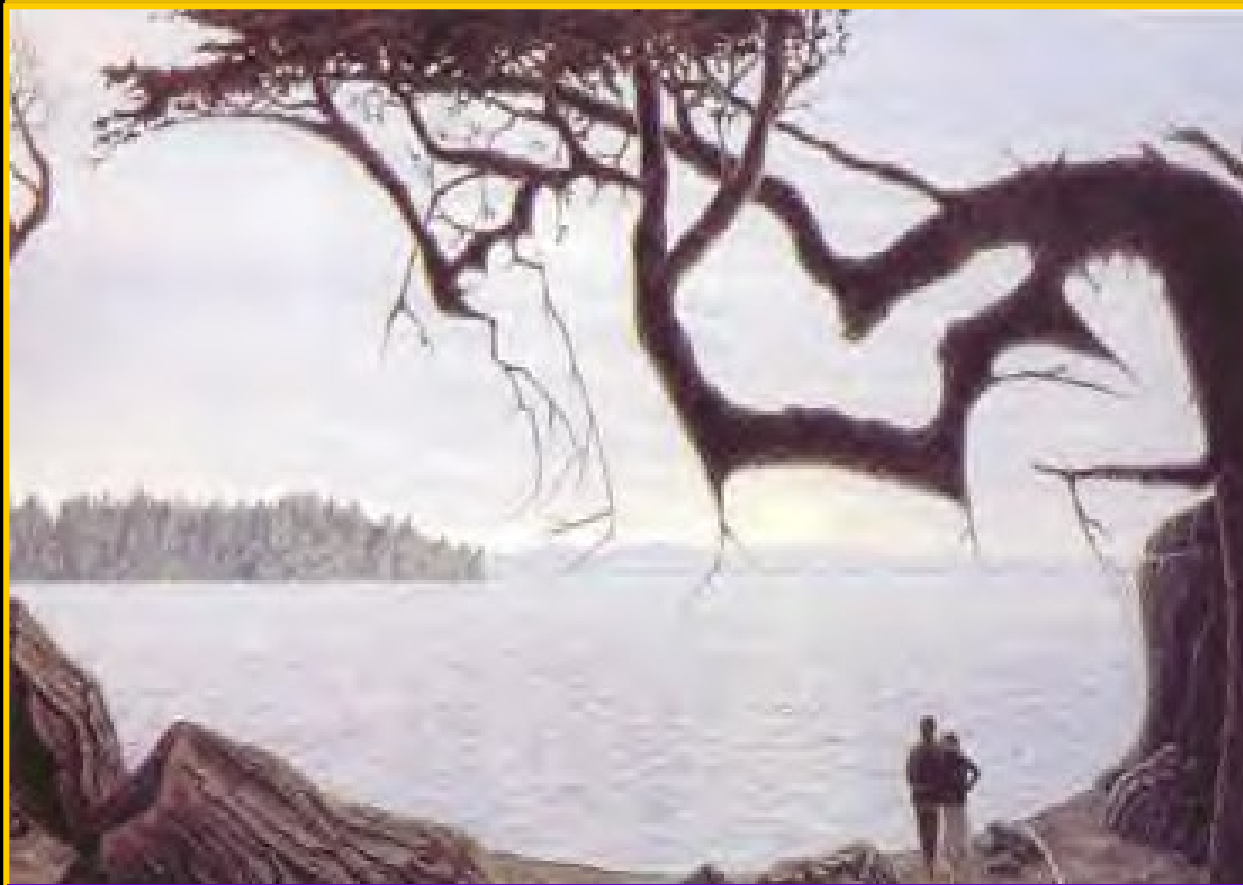
- Reunião e classificação de imagens por séries (Happé, 1994)
- Localização de figuras escondidas (Shah & Frith, 1993)
- Memorização de uma série de palavras sem nexos ao invés daquelas providas de significado (Hermelin & O'Connor, 1970)

Teoria da Coerência Central



<http://mozenas.sites.uol.com.br/cantinho/otica.html>

Teoria da Coerência Central



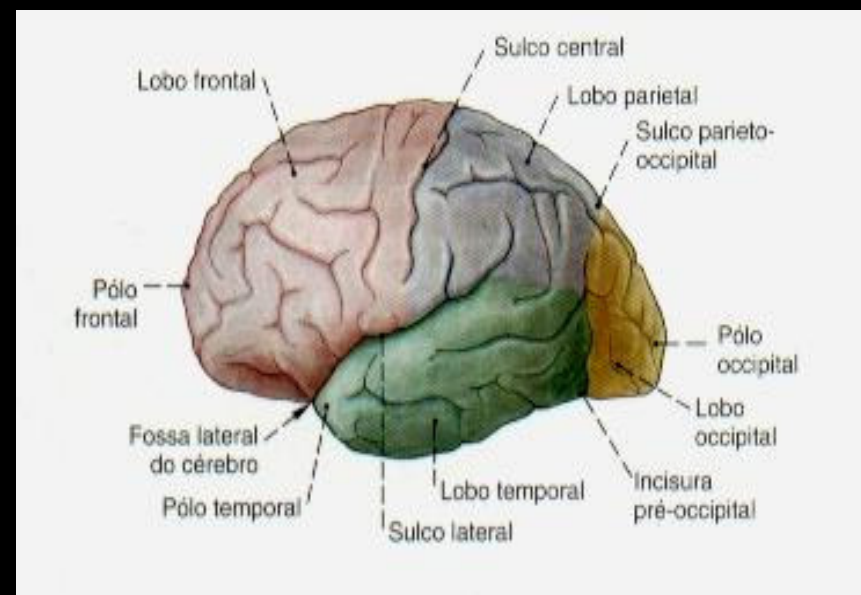
<http://mozenas.sites.uol.com.br/cantinho/optica.html>

Teoria da Disfunção Executiva

Função executiva:

- planejamento
- memória de trabalho
- inibição de respostas
- flexibilidade cognitiva

(Hughes et al., 1994; Ozonoff, 1998)

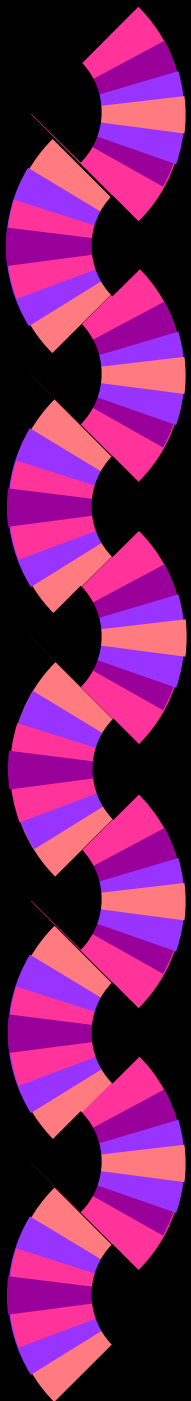




Teoria da Disfunção Executiva

Autistas

- Déficits no planejamento e flexibilidade cognitiva
(Hughes & Russel, 1993; Ozonoff et al., 1994)



Com todas essas possibilidades diagnósticas, falar que alguém é, simplesmente "autista", não tem o menor significado. Para ajudar em alguma coisa, necessitamos fazer um diagnóstico multiaxial ou multidisciplinar, como quiserem, que envolve diferentes aspectos. Por exemplo:





PROTOCOLO DIAGNÓSTICO

- 1. História cuidadosa com fatores hereditários, pré, peri e pós natais, bem como problemas associados;**
- 2. Estudo neuropsiquiátrico - Desenvolvimento**
 - Ex. Pediátrico**
 - Ex. neurológico**
 - Ex. psiquiátrico**
 - Avaliação psicométrica**
- 3. Testes de Audição**
- 4. Exame oftalmológico**
- 5. Exame cromossômico e de DNA**



PROTOCOLO DIAGNÓSTICO

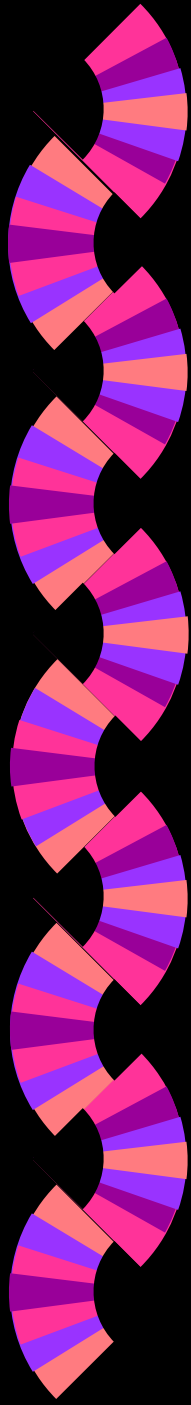
6. TAC e/ou Ressonância magnética de cérebro

7. EEG

8. Respostas Evocadas

9. LCR

10. "Screenings" metabólicos para fenilcetonúria e mucopolissacaridoses



PROTOCOLO DIAGNÓSTICO AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA

Avaliação de Desenvolvimento

Desenvolvimento Psicomotor - Escala Brunet-Lézine

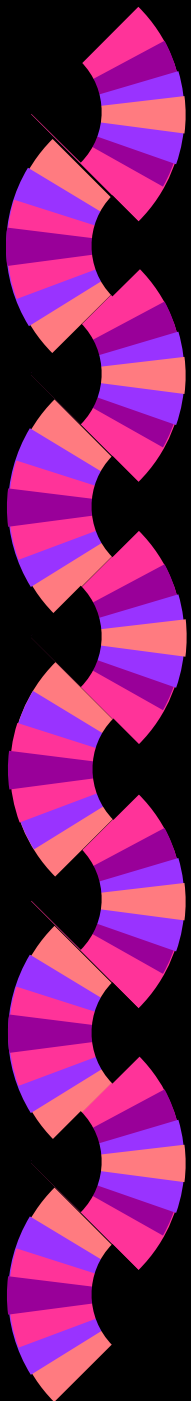
**Desenvolvimento Mental não verbal - Teste de Borel
Maisonni**

Eficiência Intelectual - WISC-R

Cognição Sensório-Motora - Uzgiris-Hunt

Sociabilidade - Vinneland

Comunicação - Escala de Seibert-Hogan



Bem, e aí você não vai vir com aquela história de que “ como uma criança tão pequenininha toma tanto remédio?...”

Assim, antes de você começar a falar bobagens, preste atenção...





Ao fazer a escolha de uma droga pense na

1. História de medicação anterior

**2. Condições particulares da criança
(p.ex. obesidade)**

3. Comodidade da posologia

4. Apresentação da droga





A seguir saiba que para usá-las faz-se necessário:

1. Identificação dos sintomas alvo;

2. Escolha da melhor droga;

3. Explicar aos pais e, quando possível, a criança, as razões do uso da medicação;

4. Informar dos possíveis efeitos colaterais;

5. Informar que a dosagem inicial é baixa e que deve ser aumentada gradativamente;

6. Seguimento a intervalos breves;

7. Não iniciar outros tratamentos simultâneos.





Existem ainda algumas condições que você precisa saber prá não falar bobagens:

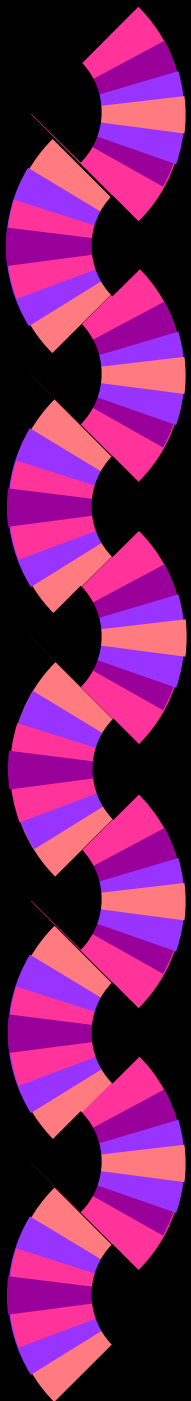
1. Meio estomacal menos ácido na criança fazendo absorção mais lenta de anfetaminas, anticonvulsivantes e antidepressivos;

2. Menor quantidade e menos diferenciada flora intestinal justificando menor absorção das fenotiazinas;

3. Menor proporção de gordura corporal que o adulto justificando menor presença de drogas lipofílicas no plasma;

4. Proporção de água extra celular é maior na criança que no adulto justificando baixas concentrações plasmáticas de drogas distribuídas através da água corporal (lítio);





Quando se usa um psicofármaco temos que saber que as reações catalisadas por enzimas essas passam por

FASE I revelam por oxidação, redução ou hidrólise, um grupo funcional que serve como um sítio para a reação de conjugação da

FASE II, com agentes como sulfato, acetato, ácido glicurônico, glutatíão e glicina, aumenta a polaridade do intermediário metabólico promovendo a excreção renal.



Assim, as enzimas da FASE I são

CYP2D6 - baixa ou ausente no fígado fetal, presente 1 semana de idade. Competência igual a do adulto com cerca de 3-5 anos de idade. (amitriptilina, clozapina, imipramina, propranolol, tioridazina, trifluoperidol)

CYP2C19, CYP2C9 - não aparente no fígado fetal, baixa atividade na 1ª. Semana, pico de atividade entre 3-4 anos, valores do adulto (menores) na puberdade. (fenitoína, diazepam, imipramina, propranolol)

CYP1A2 - não presente no fígado fetal, níveis do adulto ao redor dos 4 meses, pico entre 1-2 anos, declinam novamente para os níveis do adulto na puberdade. (imipramina)

CYP3A7 - atividade fetal cerca de 30-75% do adulto

CYP3A4 - baixa atividade no 1º. mês, níveis do adulto entre 6-12 meses, excedido entre 1-4 anos, retorno na puberdade. (carbamazepina, diazepam, imipramina)



E as da FASE II são

NAT2 - atividade fetal com 16 semanas. Aos 2 meses fenótipo metabolizador lento. Fenótipo adulto 4-6 meses, atividade entre 1-3 anos. (nitrazepan, clonazepan)

TPMT - níveis fetais de 30%. RN com atividade de 50% mais alta que adultos. Atividade do adulto ao redor dos 7-9 anos. (adrenalina, noradrenalina, serotonina, dopamina)

UGT - Atividade do adulto alcançada entre 6-18 meses. (ácido Valpróico)

ST - Atividade excede níveis adultos durante lactência e primeira Infância. (Dopamina)



Podemos utilizar então, segundo Karace; 1989

Neurolépticos -

resposta geral boa com redução dos sintomas e melhoria do aprendizado.

Sedação excessiva, reação distônica, efeito parkinsoniano, distonia

Anfetaminas

decréscimo da hiperatividade e melhoria da atenção.

Irritabilidade, excitação motora, diminuição do apetite, sedação.





Ou ainda

Fenfluramina -

Descrições conflitantes.

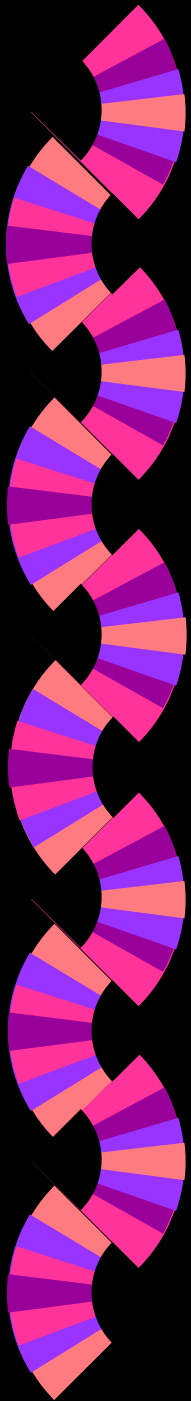
Sedação, irritabilidade, perda de peso.

Naltrexone

Tranquilização, diminuição da hiperatividade, da impulsividade, das estereotipias e da agressividade.

Hipoatividade.

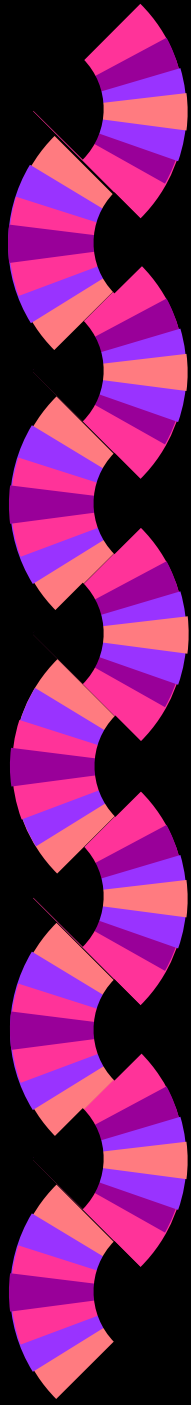




Finalmente, considerando-se

- 1. Mudanças conceituais
de doença a síndrome
de causa afetiva a cognitiva
de base psicogênia a base biológica**
- 2. Mudanças na prevalência
de quadros raros a 4:10.000**
- 3. Mudanças Terapêuticas
de tratamentos anti-psicóticos ao tratamento de
sintomas-alvo
de psicoterapia de base analítica a abordagens
pedagógicas com base cognitivo-comportamental**





Passamos então para o modelo de **REABILITAÇÃO** no qual podemos ter diferentes abordagens do **AUTISMO**:

1. **Modificação de Comportamento - Funções**
2. **Holding - Controle dos ambientes pelo terapeuta**
3. **"Approach" - Aproximação direta**
4. **Comunicação facilitada - Técnicas de auto-expressão**
5. **Integração sensorial - Utilização dos diferentes sentidos de maneira integrada**
6. **Treino auditivo - Redução da sensibilidade**

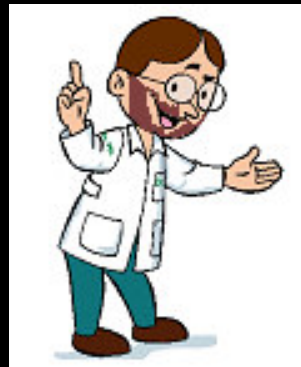
(D. Williams; 1997)



E assim, o primeiro passo é verificar as **FUNÇÕES A SEREM AVALIADAS**

1. Atenção - focalização
2. Percepção - conhecimento de objetos
3. Associação - resposta associada a novo estímulo
4. Intenção - iniciar a ação
5. Tônus - reações tônicas elementares
6. Motricidade - posturas e gestos
7. Imitação - capacidade de reproduzir ações
8. Emoção - reações afetivas fundamentais
9. Instintos - sono, alimentação, sexualidade
10. Contato - estar atento ao outro
11. Comunicação - linguagem oral ou gestual
12. Regulação - sequência de ações
13. Cognição

(Barthelémy; 1995)



REABILITAÇÃO

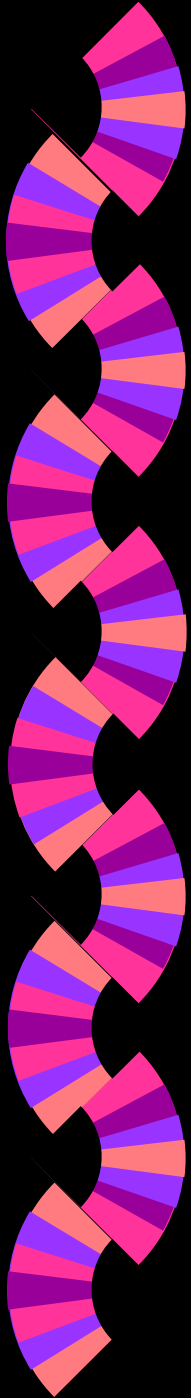
ESTRUTURA GERAL

**Capacidade
Inteligência
Adaptabilidade**

**Ambiente
Lar - Trabalho
Escola - Comunidade**

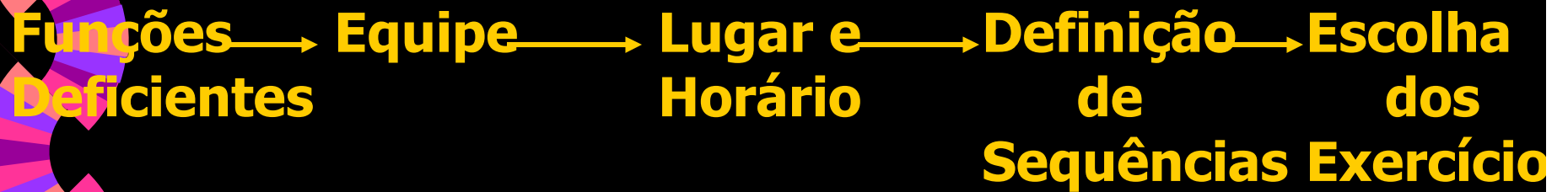
**Funcionamento
Suportes**

(AAMR; 1992)



REABILITAÇÃO

ELABORAÇÃO DO PROJETO

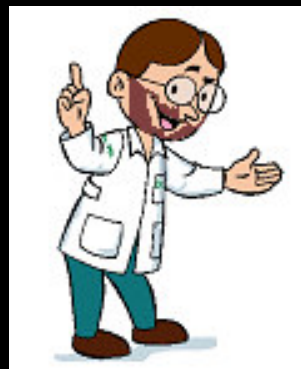


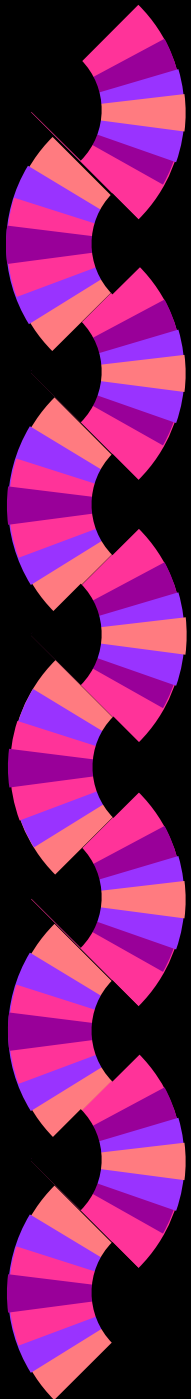


Finalmente, chegamos a ESTRATÉGIA TEACCH, que deverá ser desenvolvida posteriormente e que visa:

- 1. Propiciar desenvolvimento adequado e compatível com as potencialidades e faixa etária;**
- 2. Funcionalidade;**
- 3. Independência;**
- 4. Integração das prioridades: família-programa.**

(Lewis, Leon; 1995)

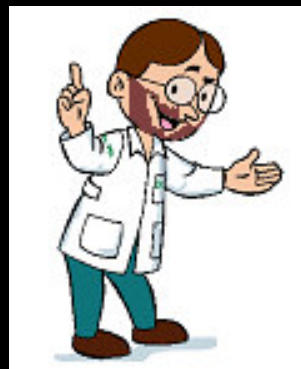


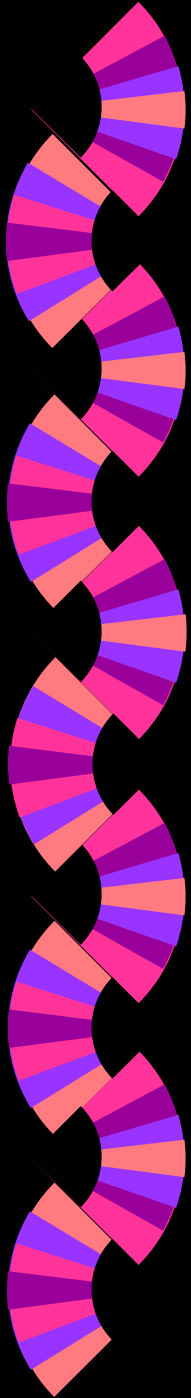


**E tem, enquanto PLANO TERAPÊUTICO, INDIVIDUAL
trabalhar com**

- 1. Condutas emergentes;**
- 2. Áreas com maior habilidade;**
- 3. Pontos de interesse;**
- 4. Hábitos de atividade.**

(Lewis, Leon; 1995)



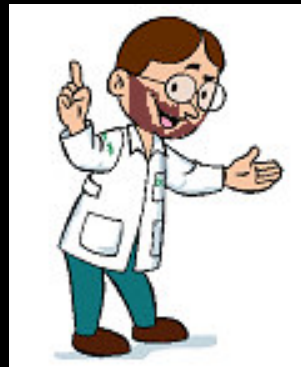


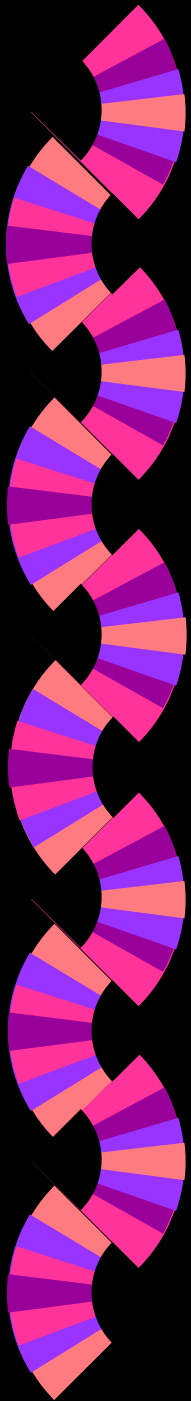
Utilizando as seguintes

A - FORMAS

1. Sequência de objetos concretos;
2. Cartões com fotos de toda a rotina;
3. Cartões com símbolos ou palavra escrita;
4. Indicação da rotina por escrito.

(Lewis, Leon; 1995)





B - CARACTERÍSTICAS

- 1. Nível de entendimento adequado;**
- 2. Início com programação parcial;**
- 3. Cartões como elementos de transição.**
(Lewis, Leon; 1995)





C - SISTEMAS DE TRABALHO

- 1. O quanto se deve trabalhar;**
- 2. Qual é a atividade proposta;**
- 3. Quando ela termina e o que se deve fazer com ela;**
- 4. Qual a tarefa a ser proposta logo após..
(Lewis, Leon; 1995)**

