

Das psicoses da infância aos transtornos globais do desenvolvimento (TGD)

Maria Conceição do Rosário Campos

Psiquiatra infantil do Ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência do CAISM-ISCM/SP e assistente do curso de Residência Médica de Psiquiatria do CAISM-ISCM/SP

Breve histórico

Até o início do século, não havia critérios diagnósticos específicos para crianças que apresentassem graves comprometimentos emocionais. Como consequência, esses pacientes eram, em geral, comparados com adultos e, muitas vezes, confundidos com pacientes esquizofrênicos ou deficientes mentais.

As primeiras descrições das psicoses da infância datam do início deste século, com as descrições da demência precocíssima (S. de Sanctis, 1903) e da demência infantil ou psicose desintegrativa (Heller, 1908). Potter (1933) introduziu o termo esquizofrenia infantil.

Em 1937, Bradley, Lutz, Despert e Bender mantiveram o termo esquizofrenia infantil, mas afirmaram que existiam diferenças em relação ao quadro em adultos. Entre essas diferenças, apontaram para o fato de que o quadro clínico é evolutivo. Lutz relatou também que essas crianças apresentariam tendência ao isolamento, ao embotamento afetivo, à apatia ou excitação psicomotora, à perda total da necessidade de qualquer tipo de relação com outras pessoas e a relacionamentos bizarros (ou de substituição).

A partir da década de 40, começaram as tentativas de diferenciação entre a esquizofrenia e as psicoses da infância. Extremamente relevante foi a descrição de Kanner, em 1943, dos distúrbios autísticos do contato afetivo, quadro definido por comprometimento importante da sociabilidade, alterações da linguagem (*e.g.*, ausência da fala, ecolalia e inversão pronominal), dificuldade para simbolização, abstração e compreensão de significados, resposta incomum ao ambiente e estereotípias. Apesar de alguns aspectos da descrição de Kanner terem se mantido inalterados, outros foram aprimorados ou refutados pelos resultados de pesquisas posteriores (Volkmar e col., 1997). Entre eles, as hipóteses de que o autismo só ocorreria em pacientes de classes sociais mais elevadas e de que o comprometimento social seria causado pelos pais.

Quase simultaneamente, Asperger (1944) definiu a psicopatia autística como um quadro caracterizado por déficit na sociabilidade, por restrição dos interesses, por comprometimento da linguagem e da comunicação. Apesar de pouco conhecido durante muitos anos, o transtorno de Asperger tem atraído bastante atenção atualmente, especialmente em estudos que tentam

estabelecer possíveis semelhanças e diferenças entre esses pacientes e autistas sem deficiência mental.

Em 1961, foi proposta a seguinte definição para os quadros autísticos: desconhecimento da própria identidade; preocupação patológica com objetos; resistência a mudanças no ambiente; experiência perceptiva anormal (cheirar, lambar); ansiedade frequente, excessiva e aparentemente sem lógica; alteração dos comportamentos motores; comprometimento marcante e constante das relações emocionais com os demais; perda ou não do desenvolvimento da linguagem (Ajuriaguerra, 1980).

Sistemas de classificação (a CID e o DSM)

Os sistemas de classificação existem por vários motivos, mas seu objetivo principal deve ser possibilitar e aprimorar a comunicação entre os diversos tipos de profissionais, tais como:

- a. Pesquisadores – a partir da utilização de sistemas de classificação em comum, é possível compartilhar as descobertas dos diversos estudos, estabelecer confiabilidade e validação dos resultados das pesquisas e, gradualmente, encorajar a ampliação do conhecimento.
- b. Clínicos – os sistemas de classificação auxiliam no processo de escolha das intervenções terapêuticas, além de possibilitar a avaliação dos benefícios das mesmas.
- c. Institucionais – a partir de critérios diagnósticos específicos, é possível definir, dentre as pessoas da comunidade, quais têm necessidades especiais, assim como estabelecer políticas eficazes de saúde mental.

Para conseguir ampliar a comunicação, os sistemas classificatórios deveriam representar um resumo do consenso entre pesquisadores e clínicos, não necessitar da determinação de fatores etiológicos e serem ateóricos (portanto, baseados em definições descritivas, com ênfase nos comportamentos e nos achados clínicos). Entretanto, não existe nenhum manual de classificação que não tenha falhas e, muitas vezes, eles são mal utilizados. Portanto, é preciso evitar sempre: utilizar o diagnóstico como explicação ou orientação para o paciente e familiares; confundir o diagnóstico com a compreensão do paciente como pessoa; utilizar o diagnóstico para estigmatizar o paciente.

Na primeira e segunda edições do DSM (APA, 1952; 1968), apenas o termo esquizofrenia infantil descrevia as crianças autísticas. Foi a partir do DSM-III (1980) que o autismo passou a fazer parte de uma nova classe de transtornos com início na infância, os transtornos globais do desenvolvimento. Esse termo foi criado com

dois objetivos: primeiro, especificar que os pacientes que apresentassem esse diagnóstico tinham comprometimento do desenvolvimento em múltiplas áreas do funcionamento e, segundo, para tentar evitar pressuposições teóricas sobre fatores etiológicos.

Atualmente, os transtornos globais do desenvolvimento (TGD) são definidos como “transtornos crônicos, caracterizados por prejuízos graves e abrangentes em diversas áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social e recíproca, habilidades da comunicação ou presença de comportamento, interesses e atividades estereotipadas. Correspondem a um complexo de síndromes, com múltiplas etiologias...” (APA, 1994).

De acordo com o DSM-IV, os critérios diagnósticos para autismo infantil são caracterizados por:

- a. Prejuízos qualitativos na comunicação, manifestados por pelo menos dois dos quatro aspectos descritos;
- b. Padrões restritos e repetitivos do comportamento, interesses e atividades manifestados por, pelo menos, um dos quatro aspectos descritos;
- c. Preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de comportamento, interesse e atividades manifestados por, ao menos, um dos quatro aspectos descritos;
- d. Início antes dos três anos de idade;
- e. Não é mais bem explicada por outros transtornos.

Tanto a CID-10 quanto o DSM-IV exigem o comprometimento nas áreas “A”, “B” e “C”, descritas acima, para o diagnóstico dos TGD.

O diagnóstico diferencial entre os diversos quadros dos TGD (Tabela 1) é feito a partir da investigação criteriosa do paciente no sentido de determinar a idade de início dos sintomas, possível presença de alterações físicas e/ou neurológicas e estágio em cada uma das áreas de comprometimento.

Por exemplo, pacientes com transtorno de Asperger, geralmente, não apresentam atraso significativo na linguagem; pacientes com autismo atípico ou TGD SOE (sem outras especificações) não preenchem todos os critérios diagnósticos para autismo infantil; pacientes com transtorno de Rett e transtorno desintegrativo apresentam um período variável de desenvolvimento normal e posterior perda significativa das habilidades já adquiridas; crianças com transtorno de Rett têm um tipo característico de movimentos repetitivos com as mãos.

Pesquisas mais recentes conseguiram eliminar alguns mitos que têm acompanhado essas crianças e suas famílias há bastante tempo. Por exemplo, os resultados revelaram que apenas as alterações do relacionamento emocional e da linguagem estiveram presentes em todas as crianças autistas pesquisadas;

TABELA 1

TGD, de acordo com a CID-10 e o DSM-IV	
CID-10	DSM-IV
Autismo infantil	Transtorno autístico
Autismo atípico	TGD sem outra especificação
Síndrome de Rett	Transtorno de Rett
Outro transtorno desintegrativo	Transtorno desintegrativo
Transt. hiperatividade com def. mental e movs. estereotipados	—
Síndrome de Asperger	Transtorno de Asperger
Outros TGD	TGD sem outra especificação
TGD não especificado	TGD sem outra especificação

existem diferenças claras entre quadros autísticos e esquizofrenia, tais como idade de início, história familiar, nível socioeconômico, evolução com alucinações e delírios (Rutter, 1972).

Apesar do avanço nas pesquisas e do grande número de pacientes estudados, ainda existem mitos sobre as possíveis apresentações dos TGD. Dentre esses mitos, podemos citar: a idéia de que autistas não melhoram com o tempo e com o tratamento adequado; autistas não brincam; autistas não demonstram nenhum interesse pelo “outro”; comportamentos estereotipados são essenciais para o diagnóstico; autistas não apresentam

outras patologias orgânicas precedendo o surgimento dos sintomas (25% dos pacientes com TGD vão apresentar crises convulsivas); os sintomas não mudam com o tempo; o autista não pode ter outros diagnósticos associados (comorbidade); autistas têm bom nível cognitivo.

Os processos de diagnóstico e classificação são de extrema importância tanto para o planejamento das intervenções terapêuticas quanto para o avanço das pesquisas.

O diagnóstico do paciente é apenas uma parte do “processo diagnóstico”, que tem como objetivo uma descrição rica e abrangente da criança, adolescente ou adulto, como uma “pessoa total”. O processo diagnóstico deve ser realizado com o objetivo de compreender as dificuldades dos pacientes, sendo importante estar atento à história do paciente e não apenas à doença, a seu desenvolvimento, à sua história natural, à estruturação familiar, à estruturação social, a áreas de competência, às áreas de dificuldades, aos sintomas, a fatores de risco e a fatores de proteção.

Bibliografia

1. AJURIAGUERRA, J. **Manual de psiquiatria infantil**, Editora Masson, 2. ed. 952 p.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais, DSM-III-R**, 3. ed. revista, Editora Manole Ltda., 602 p., 1989.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**, 4th edition. Washington, DC, 886 p., 1994.
4. COHEN, D.J.; VOLKMAR, F.R. **Handbook of autism and pervasive developmental disorders**, 2nd edition, 1.092 p., 1997.
5. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 – descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**, Artes Médicas Editora, Porto Alegre, RS, 351 p., 1993.
6. RUTTER, M. Childhood schizophrenia reconsidered. **Journal of Autism and Childhood Schizophrenia**, 2(4), 315-337.