

DISTÚRBIOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO

Francisco B. Assumpção Jr.

INTRODUÇÃO

Considerando-se que o diagnóstico é por definição, "o conhecimento integral do paciente", o diagnóstico desses distúrbios, é, por si só extremamente complexo, uma vez que deve considerar a incidência de diversas patologias em um organismo em crescimento e evolução.

Para seu estabelecimento, podemos ter dois critérios. Um individual, no qual o profissional procura reunir todos os elementos conseguidos através da anamnese e exames, chegando a uma solução. Essa formulação diagnóstica é extremamente freqüente entre nós, principalmente considerando que pertencemos a um terceiro mundo carente de recursos econômicos e pessoais e também ao fato de o psiquiatra da infância, pelas próprias características da especialidade, não ter o hábito de pensar procurando englobar conhecimentos provenientes de outras especialidades médicas, ficando, no mais das

vezes, restrito ao pensamento psiquiátrico tradicional, difícil de ser transportado totalmente à compreensão da criança.

Outro critério, é o diagnóstico realizado coletivamente, de modo compreensivo, no qual podem ser visualizadas a situação atual do paciente e as repercussões futuras de seu problema.

Esse modelo também é de difícil aplicação em Psiquiatria da Infância, uma vez que esta não apresenta uma nosografia bastante estabelecida e aceita, ficando os quadros clínicos dependentes da escola psiquiátrica a que o profissional se filia e, portanto, sendo bastante difícil sua aceitação e compreensão por parte de outros médicos filiados a padrões de pensamento diferentes.

A tentativa de padronização, através das escalas: *Classificação Internacional das Doenças Mentais (CID)* ou *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM)*, reflete simplesmente a mudança para uma visão

- Doutor em Psicologia pela PUC/USP; professor livre-docente do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP; Diretor do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital das Clínicas da FMUSP.

mais pragmática e imediatista, decorrente do próprio momento em que nos encontramos. Isso porque, embora apoiadas em um contexto teórico dito “fenomenológico”, esse termo é utilizado de formas diferentes. Conforme Parnas (1991), para os psiquiatras de língua inglesa, a palavra fenomenologia é semelhante a psicopatologia descritiva e se refere a descrição de sintomas e sinais das doenças psiquiátricas. Isso proporciona, em meu modo de ver, muitas vezes, um empobrecimento no pensamento psiquiátrico que passa a desconsiderar a vivência da doença, a qual se apresenta de forma bastante diversa em cada paciente.

Com essas duas visões, complementares, porém, com perspectivas tão diversas, estruturam-se as principais classificações atuais em Psiquiatria Infantil. Baseadas em uma psicopatologia eminentemente descritiva, linear e sem preocupações com processos compreensivos, tentadas a aproximar a semiologia psiquiátrica da semiologia médica tradicional, encontram-se os CID 10 e o DSM IV. Fundamentada em toda sua tradição compreensiva, com influências marcantes das escolas psicodinâmicas, temos a *Classificação Francesa dos Distúrbios Mentais (Misés, 1990)*, pouco conhecida e pouco utilizada em nosso meio.

A VISÃO ATUAL DO CONCEITO DE DISTÚRBO GLOBAL DE DESENVOLVIMENTO

Os Transtornos Globais de Desenvolvimento são hoje considerados como decorrentes de etiologias múltiplas (Gilberg, 1990). Conforme já dissemos anteriormente, eles são caracterizados por um déficit social, visualizado pela inabilidade em relacionar-se com o outro, usualmente combinado com déficit de linguagem e alterações de comportamento (Gilberg, 1990). Em alguns quadros específicos, podemos ainda observar retardo no desenvolvimento neuropsicomotor ou mesmo perda de funções anteriormente adquiridas.

Pensando-se mais especificamente o Autismo, o mais estudado dos Transtornos Globais de Desenvolvimento, encontramos diversos autores, entre os quais Wing (1988), que apresentam a noção de Autismo como um específico sintomatológico, dependente do comprometimento cognitivo. Essa abordagem reforça a tendência de tratar o Autismo não mais como uma entidade única, mas como um grupo de doenças, embora traga implícita também a noção de Autismo relacionada primariamente a déficits cognitivos.

Dessa maneira, torna-se de extrema dificuldade a construção do diagnóstico Autismo, uma vez que, conforme dissemos até o presente, ele engloba um grande número de patologias diferentes, bem como uma concepção teórica de grande influência nesse pensar.

O diagnóstico diferencial do Autismo Infantil é de extrema dificuldade e também passível de uma série de controvérsias, uma vez que engloba, dentro dos atuais conceitos, uma gama bastante variada de doenças, com diferentes quadros clínicos, que tem como fator comum básico o sintoma autístico, ou seja, o isolamento.

Revisando seu próprio conceito de Autismo Infantil, Kanner, em 1968, referia-se às falhas em se produzir evidências neurológicas, metabólicas ou cromossômicas no Autismo Infantil. Ao mesmo tempo, frisava a importância do diagnóstico diferencial com deficientes mentais e afásicos.

Em 1976, surge o livro de Ritvo sobre o Autismo e nele se fala em um problema de desenvolvimento, salientando-se que muitos estudos referiam-se às crianças autistas como possuidoras de déficit cognitivo. No entanto, a despeito de considerar que o Autismo é fenomenologicamente bastante diferente das formas de esquizofrenia do adulto, apontava que vários autores postulavam uma espécie de “continuum”, que se estenderia das formas infantis às formas encontradas no adulto.

Sua caracterização, pelo próprio Ritvo, é então feita a partir da idade de aparecimento (já ao nascimento) e por suas características comportamentais, representadas por:

- Distúrbios de Percepção (hipo/ hiperatividade aos estímulos, devido a falhas na modulação dos inputs sensoriais, distorção da hierarquia de preferência dos receptores e déficit no uso do input sensorial para discriminar em ausência de feed-back das respostas motoras);
- Distúrbios de desenvolvimento, principalmente nas seqüências motora, de linguagem e social;
- Distúrbios do relacionamento social, caracterizados por pobre contato através do olhar; ausência de sorriso social; ausência de movimento antecipatório (no bebê); aparente aversão ao contato físico; tendência a relacionar-se com partes da pessoa; desinteresse em jogos, ansiedade estranha e exagerada;
- Distúrbios da fala e da linguagem, que se estendem desde um mutismo até a ecolalia e a inversão pronominal;
- Distúrbios da motilidade, observados através da atitude estranha e bizarra, como maneirismos e estereotípias, principalmente de mãos e dedos.

A escola francesa, fiel à concepção do que foi o termo “psicose”, remete a um defeito de organização ou a uma desorganização da personalidade (Housel, 1991), enquadrando o Autismo dentro dessa categoria, do mesmo modo que a nona revisão da CID (Misés, 1990; OMS).

Por outro lado, o DSM III-R (APA, 1989); o DSM IV (APA, 1994) e a própria CID 10 (OMS, 1993) dentro de uma abordagem eminentemente descritiva, com sinais e sintomas comportamentais,

portanto, bastante distinta de uma visão compreensiva do quadro, coloca o Autismo Infantil dentro dos distúrbios globais de desenvolvimento das habilidades de comunicação verbal e não verbal e de atividade imaginativa.

Os déficits autísticos, conforme relatamos até o presente, estão relacionados a um déficit crônico nas relações sociais, descritos em todos os trabalhos de Kanner (1943, 1949, 1956, 1968, 1973), bem como nos de Ritvo (1976) e mesmo nas atuais classificações do DSM III-R (APA,1989); DSM IV (APA,1994), da *Francesa de Distúrbios Mentais* (Misés,1990) ou na CID 10 (OMS,1993).

Dois teorias são, então, passíveis de tentar esclarecer o fenômeno. Uma das propostas de compreensão do déficit social do autismo, reporta-se à teoria afetiva, originalmente sugerida por Kanner (1943), inclusive a partir do título de seu trabalho *"Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo"*. Várias versões foram elaboradas no decorrer do tempo, sendo interessante destacar a de Hobson (apud Baron-Cohen,1988), com seus quatro grande axiomas, a saber:

I. Crianças autistas possuem falhas constitucionais de componentes da ação e reação, necessários para o desenvolvimento das relações pessoais com o outro que envolvam afeto;

II. As relações pessoais são necessárias para a constituição do mundo próprio e do mundo exterior;

III. Os déficits das crianças autistas na participação da experiência social intersubjetiva têm dois resultados especialmente importantes:

- déficit relativo ao reconhecimento de outras pessoas, como portadoras de sentimentos, pensamentos, intenções e desejos próprios;
- déficit severo na capacidade para abstrair, sentir e pensar simbolicamente;

IV. Grande parte das inabilidades de cognição e linguagem das crianças autistas pode refletir déficits, que têm íntima relação com o desenvolvimento afetivo e/ou déficits sociais dependentes da possibilidade de simbolização.

Contraopondo-se à teoria afetiva, Baron-Cohen (1988,1990,1991) e Frith (1988) propõem uma teoria cognitiva para o autismo.

Como ponto central, essa visão também considera que a dificuldade central da criança autista é a impossibilidade de compreender estados mentais de outras pessoas.

Essa habilidade tem sido chamada, por esses autores, de teoria da mente porque envolve o conceito da existência de estados mentais, utilizados para explicar ou prever o comportamento de outras pessoas.

A teoria cognitiva sugere que no autismo, a capacidade de meta-representações encontra-se alterada, fazendo com que os padrões de interação social sejam alterados.

Assim, quando o DSM IV ou a CID 10 preferem pensar e classificar o Autismo Infantil como um Distúrbio de Desenvolvimento, partem da premissa de que sua gênese, sob o ponto de vista compreensivo, é uma alteração cognitiva. Da mesma maneira, quando a CID 9 ou a *Classificação Francesa de Distúrbios Mentais* (Misés,1990) o agrupam dentro dos quadros de Psicoses da Infância, o fazem dentro de um sistema referencial que considerará não "a quebra" das noções do Eu e do Mundo, mas sim a "não-estruturação" dessas categorias que serão fundamentais na conceituação dos quadros psicóticos.

Dentro dessa concepção, podemos partir do pressuposto que o ser humano, por meio de uma indiferenciação inicial, gradativamente constitui suas categorias de Eu, Espaço e Tempo, através de suas experiências e da

relação que estabelece com o meio circunjacente. Essa relação é impulsionada por movimentos afetivos em suas mais diversas formas e instrumentalizada por mecanismos cognitivos. A partir dessas dificuldades no relacionamento com o ambiente circunvizinho, quer a partir de déficits de tipo afetivo, quer a partir de uma instrumentalização cognitiva deficitária, instaura-se o Autismo e seu cortejo sintomatológico.

O DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

O termo "psicose", segundo Houzel (1991), remete-nos a um defeito de organização ou a uma desorganização da personalidade, constituindo-se, portanto, em um distúrbio maciço do sentido da realidade.

Partindo desse parâmetro, foram descritos, até meados dos anos 40, vários quadros com evolução demencial, enquadrados nosograficamente dentro do grupo das psicoses infantis. Entretanto, a inclusão do autismo nesse grupo variou e varia de acordo com as escolas psiquiátricas consideradas.

Nos Estados Unidos, segundo Lebovici (1991), foi Margareth Mahler quem estudou primariamente as psicoses infantis, fazendo delas um modelo para o estudo do desenvolvimento da criança. Descreveu, assim, as psicoses autísticas e simbióticas, bem como os estados autístico e simbiótico de desenvolvimento.

A Psiquiatria Inglesa, mais fiel ao conceito de Esquizofrenia Infantil, estabelece uma descrição da síndrome confundida com o autismo realizada por Creack, em 1961, a partir de uma escala de 15 pontos, dos quais 9 deveriam ser positivos para o estabelecimento.

Dessa maneira, nos países anglo-saxões, o termo autismo vai incorporar

basicamente o conjunto das psicoses na criança, ficando a esquizofrenia reservada a casos de ocorrência pré-puberal, com a sintomatologia similar a da esquizofrenia do adulto, se usarmos os padrões diagnósticos do DSM IV. Nessa classificação, o autismo será enquadrado no grupo dos distúrbios globais do desenvolvimento, considerando-se como seu ponto básico uma constelação deficitária a nível cognitivo, lingüístico e motivacional (Hobson, 1991).

Por outro lado, para a escola francesa, o autismo é uma entidade dentre as psicoses da criança (Lebovici, 1991). Assim sendo, diferenciar-se-ão diversos quadros de psicoses na infância, que terão importância em relação à nosografia estudada. Desse modo, o termo psicose precoce é utilizado para os quadros que se instalam na primeira infância, a exemplo do autismo infantil, enquanto o de esquizofrenia é aplicado a quadros de desestruturação de personalidade após fase de desenvolvimento estável. Nesse trabalho, foi de fundamental importância a delimitação dos quadros englobados dentro do conceito de "distúrbios abrangentes de desenvolvimento", a partir das descrições mais conhecidas e utilizadas.

Temos, assim, que considerar os seguintes quadros, descritos por diferentes autores:

a) Síndrome de Asperger - grupo primariamente descrito por Asperger, em 1944, sob a designação de Psicopatia Autística: É um quadro caracterizado por déficit na sociabilidade, interesses circunscritos, déficit de linguagem e de comunicação (Bowman, 1988; Szatmari, 1991).

A relação entre Autismo e Síndrome de Asperger é discutível, com a possibilidade de ser enquadrada dentro do espectro autístico descrito por Wing (1988)

b) Com características que pode-

mos considerar superpostas à Síndrome de Asperger, a Psiquiatria Francesa, através de sua Classificação (Misés, 1990) descreve as chamadas Desarmonias de Evolução. Incluídas nas psicoses deficitárias, bem descritas por Lang (1978), referem-se a crianças com evolução atípica, dando a impressão de desarmonia, principalmente em relação à linguagem, onde a pobreza sintática contrasta com a preciosidade de vocabulário (Lebovici,1991). Observa-se dificuldades no uso da primeira pessoa pronominal, fato esse compreendido como distúrbio na evolução da própria identidade. Vêm-se, ainda, sinais neuróticos e atitudes paradoxais, tais como atividades rituais, estereotípias e comportamentos bizarros. Esse quadro é avaliado por Lang (1978) como fronteiro, denominando-o de parapsicose.

A nosso ver, esses dois conjuntos possuem grande semelhança, caracterizando-se como "autistas-like", porém com as desarmonias de evolução se constituindo em um quadro nosográfico de maior amplitude, com a tônica maior centrada no desenvolvimento discrepante das diversas funções, com etiologias, evoluções e tratamentos diversos. Eles parecem caracterizar um rendimento cognitivo bom e na descrição das desarmonias de evolução, encontramos mecanismos intrapsíquicos que lembram as psicoses infantis, sob o ponto de vista de sua compreensibilidade.

Paralelamente aos quadros de deficiência mental, encontramos os chamados Transtornos Desintegrativos, incluindo-se aí aqueles problemas onde existe um desenvolvimento normal ou próximo ao normal, nos primeiros anos de vida, seguido por baixa nos padrões sociais e de linguagem, conjuntamente com alterações nas emoções e relacionamento (Corbett,1987). Habitualmente, a diminuição da sociabilidade e da linguagem dura um pequeno período

do, sendo posteriormente, acompanhada pelo aparecimento de hiperatividade e estereotípias. Em muitos casos, há comprometimento intelectual, embora, este não seja obrigatório, da mesma forma que pode não existir dano cerebral detectável.

No CID 9, as psicoses desintegrativas incluem as antigas demências de Heller, mas excluem o autismo e a esquizofrenia infantil.

Os critérios diagnósticos do DSM IV (APA,1994), pressupõem:

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

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

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

Finalmente, ainda dentro do grupo dos Transtornos Globais do Desenvolvimento, encontramos a Síndrome de Rett, associada a retardo mental profundo, afetando especificamente o sexo feminino e com o desenvolvimento de

múltiplos déficits específicos, também após um período de funcionamento normal durante os primeiros anos de vida.

O uso das mãos é limitado, com o aparecimento de estereotípias características (como o movimento semelhante ao de lavar as mãos), podendo ocorrer uma diminuição no crescimento do perímetro cefálico e a presença frequente de síndrome convulsiva.

Outros sinais passíveis de serem encontrados são: a hiperventilação episódica, as anormalidades eletroencefalográficas e a deterioração neurológica lenta, com aparecimento de rigidez e diminuição da mobilidade (Rutter,1994).

Finalizando, podemos dizer que mesmo considerando os Transtornos Globais do Desenvolvimento, um agrupamento bastante heterogêneo de quadros clínicos, acreditamos que, gradativamente, com os novos conhecimentos advindos de novas técnicas de pesquisa, e, principalmente, do melhor conhecimento dos mecanismos mentais, possamos abordar, de maneira cada vez mais eficaz, essa questão tão complexa, quer sob o ponto de vista diagnóstico, quer do terapêutico. ■

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARON-COHEN, S. (1988). Social and pragmatic deficits in Autism: Cognitive or Affective? In: *Journal of Autism Develop Disord.*, v.3, n.18, p. 379-401.
- BARON-COHEN, S. (1990). Autism, a specific cognitive disorder "mind-blindness". In: *International Review of Psychiat.*, n.2, p. 81-90.
- BARON-COHEN, S. (1991). The development of a theory of mind in autism: deviance and delay? In: *Psychiat. Clin. North Am.*, v.14, n.1, p. 33-52.
- BOWMAN, E. P. (1988). Asperger's syndrome and autism: the case for a connection. In: *British Journal of Psychiat.*, v.152, n.3, p. 377-382.
- CORBETT, J. (1987). Development, desintegration and dementia. In: *Journal Ment. Defic. Res.*, n. 31, p. 349-356.
- FRITH, U. (1988). Autism possible clues to the underlying pathology. Psychological facts. In: Wing, L. *Aspects of autism: biological research*. London: Royal College of Psychiatrists & The National Autistic Society, p. 19-30.
- GILBERG, C. (1990). Autism and pervasive developmental disorders. In: *Journal of Child Psycholo Psychiat.*, v. 31, n. 1, p. 99-119.
- HOBSON, R. P. (1991). What is autism? In: *Psychiat. Clin. North Amer.*, v.14, n.1, p. 1-18.
- HOUZEL, D. (1991). Reflexões sobre a definição e a nosografia das psicoses infantis. In: MAZET, P., LEBOVICI, S. (orgs.). *Autismo e Psicoses da Criança*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 31-50.
- KANNER, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. In: *Nerv. Child*, n. 2, p. 217-250.
- KANNER, L. (1949). Problems of nosology and psychodynamics in early infantile autism. In: *American Journal Orthopsychiat.*, n. 19, p. 416-426.
- KANNER, L. (1956). Early infantile autism, 1943-1955. In: *Am. J. Orthopsychiat.*, n. 26, p. 55-65.
- KANNER, L. (1968). Early infantile autism revisited. In: *Psychiat. Digest*, n. 29, p. 17-28.
- KANNER, L. (1973). Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943. In: KANNER, L. (org.). *Childhood Psychosis: initial studies and new insights*. New York: John Wiley & Sons.
- LANG, J. L. (1978). *Nas fronteiras da psicose infantil*. Rio de Janeiro: Zahar.
- LEBOVICI, S., DUCHE, D. J. (1991). Os conceitos de autismo e psicose na criança. In: MAZET, P., LEBOVICI, S. (orgs.). *Autismo e psicoses da criança*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM III-R). (1989). São Paulo: Manole.
- Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM IV). (1994). Porto Alegre: Artes Médicas.
- MISÉS, R. (1990). Classification française de troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescente. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, v. 38, n. 10/11, p. 523-539.
- PARNAS, J., BOVET, P. (1991). Autism in schizophrenia revisited. *Comprehensive Psychiatry*, v. 32, n. 1, p. 7-21.
- RITVO, E. R. (1976). *Autism: diagnosis, current research and management*. New York: Spectrum.
- RUTTER, M., TAYLOR, E., HERZOV, L. (1994). *Child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell.
- SZATAMARI, P. (1991). Asperger's syndrome: diagnosis, treatment and outcome. *Psychiat. Clin. North Amer.*, v. 14, n. 1, p. 81-93.
- WHO (1993). *Classificação Internacional das Doenças*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- WING, L. (1988). The autistic continuum. In: Wing, L. (org.) *Aspects of autism: biological research*. London: Royal College of Psychiatrists & The National Autistic Society, p. 5-8.