

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PSIQUIÁTRICO NO AUTISMO

Resumo

O autor apresenta uma revisão do quadro de autismo, privilegiando seu diagnóstico diferencial, quer com as patologias incluídas no grupo dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento quer com outras patologias que incidem na infância e na adolescência.

Paralelamente apresenta um protocolo diagnóstico com finalidades clínicas e de pesquisa que se mostra útil na exploração desses quadros, principalmente considerando-se seu diagnóstico, seu prognóstico e sua abordagem terapêutica.

1. INTRODUÇÃO

Em 1943, Kanner descreveu sob o nome “Distúrbios Autísticos do Contacto Afetivo” um quadro caracterizado por autismo extremo, obsessividade, estereotípias ecolalia sendo esse conjunto de sinais visualizado como uma doença específica relacionada a síndrome esquizofrênica.

Posteriormente Ritvo (1976) passa a considerar o autismo como uma síndrome relacionada a um déficit cognitivo e o autismo passa a ser visto, não mais como uma psicose, mas sim como um transtorno do desenvolvimento.

Como conseqüência, outros quadros psiquiátricos poderão ser considerados como seus diagnósticos diferenciais, o que nos leva a uma situação dependente dos modelos classificatórios utilizados, em que pese o fato de que hoje, utilizamos modelos eminentemente categoriais, representados principalmente pelo DSM IV-TR (APA,2002) e pela CID 10a (OMS,1993).

Essas classificações citadas (APA,2002; OMS, 1993) enquadram o Autismo dentro da categoria “Transtornos Abrangentes de Desenvolvimento”, enfatizando a relação Autismo-Cognição (Baron Cohen; 1988,1991) o que nos leva a abandonar, enquanto modelos de diagnóstico diferencial, os conceitos que eram apresentados anteriormente pela CID-9; ou por outras classificações diagnósticas como a francesa (Misés, 1990) e, em conseqüência dessa opção,

determinam-se diagnósticos diferenciais totalmente diversos.

Ao DSM-IVTR (2002) o autismo é relatado como um quadro iniciado antes dos três anos de idade, decorrente de (uma) vasta gama de condições pré, peri e pós-natais com um quadro caracterizado por alteração qualitativa na interação social e expresso por prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, postura corporal e gestos para regular a interação social; fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento; falta de tentativa espontânea de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (por ex.: não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse) e falta de reciprocidade social ou emocional.

Os aspectos relativos aos prejuízos qualitativos na comunicação, são manifestados através de atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa de compensar através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica); em indivíduos com fala adequada observa-se acentuado prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversação; uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática; falta de jogos ou brincadeiras de imitação social, variados e espontâneos, apropriados ao nível de desenvolvimento.

Finalmente, os padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades são manifestos através de preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco; adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não-funcionais; maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por ex.: agitar ou torcer mãos ou dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo); preocupação persistente com partes de objetos.

Considerando-se a CID-10 (1993) encontramos o conceito de Transtornos globais do desenvolvimento descrito como um “grupo de transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações qualitativas das interações sociais recíprocas e modali-

Psiquiatra da Infância e da Adolescência. Professor Livre Docente em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professor Associado do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Membro da Academia Paulista de Psicologia (cad.17)

dades de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Estas anomalias qualitativas constituem uma característica global do funcionamento do sujeito, em todas as ocasiões.”

Estabelecem-se então subgrupos específicos (todos) caracterizando diferentes quadros clínicos, evoluções e prognósticos sendo de fundamental importância seu estabelecimento. Esse diagnóstico diferencial dos quadros autísticos passa a pertencer ao grupo dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento que engloba também a Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, Transtornos desintegrativos e os quadros não especificados, bem como também, passa a ter que ter seu diagnóstico diferencial com quadros, também de fora dessa categoria.

Sua idade usual de diagnóstico, ao redor de 3 anos (Baron-Cohen; 1992) caracteriza de forma clara (uma) a primeira dificuldade (na) em sua identificação, embora esse mesmo autor sugira que (um) o diagnóstico já possa ser bem estabelecido ao redor dos 18 meses de idade, afirmação essa que consideramos temerária uma vez que estudos realizados com grandes amostras de afetados pelas, chamadas “psicoses infantis”, referem uma distribuição bimodal com um grupo de crianças apresentando graves problemas já nos primeiros anos de vida enquanto o outro grupo apresenta essas dificuldades somente após um período de desenvolvimento aparentemente normal (Volkmar, 1996).

2. PRINCIPAIS QUADROS CLÍNICOS IMPORTANTES NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

2.a. Diagnósticos Diferenciais intra-grupo “Transtornos de Desenvolvimento”

2.a.1. Retardo Mental - O retardo mental é de extrema importância, não somente pela (por) sua gravidade mas também porque as melhores estimativas mostram sua prevalência, considerando-se um nível intelectual abaixo de 50, ao redor de 3 a 4: 1.000 pessoas e estimando-se que a deficiência mental leve (QI entre 50-70) ocorra em 2 a 3% das pessoas, embora esses dados só devam ser levados em consideração ao serem observadas as características da região estudada bem como o meio sócio-econômico envolvido (OMS, 1985). Esses índices refletem sua importância epidemiológica e clínica.

O seu conceito é variado, sofrendo as influências do meio no qual foi estruturado e é assim, uma entidade clínica difícil de ser

precisada podendo ser vista como “referindo-se ao funcionamento intelectual geral abaixo da média, que se origina durante o período de desenvolvimento e está associado a prejuízo no comportamento adaptativo” (Robinson, 1975; OMS, 1985).

“Não corresponde, portanto, a uma doença única, mas engloba um complexo de síndromes que têm como única característica comum a insuficiência intelectual” (Krynski, 1969). Suas características fundamentais são representadas por um funcionamento intelectual global significativamente inferior à média, acompanhado de déficits ou prejuízos concomitantes no funcionamento adaptativo atual, com um início anterior aos 18 anos de idade (APA, 2002).

Se considerarmos somente essas características, elas podem ser encontradas nos quadros de autismo embora nesses, alterações mais específicas e de cunho qualitativo, sejam associadas. Também não fazem parte dos quadros de retardo mental as alterações de motilidade representadas pelos rituais (a “mesmice” descrita por Kanner) e pelas estereotipias de movimento (que, entretanto, podem estar presentes), as alterações linguísticas, principalmente, a bizarria linguística, neologismos e ecolalia imediata e tardia (embora episódios de ecolalia imediata possam ser também encontrados em graves retardos) e, principalmente, as alterações na sociabilidade, uma vez que o isolamento intenso com dificuldade no reconhecimento dos padrões mentais do outro, não é encontrado obrigatoriamente nos retardos mentais.

Considerando-se o diagnóstico da deficiência mental, a presença do transtorno de desenvolvimento (em ambos os casos) associado a presença de três ou mais sinais físicos, sugere a necessidade de pesquisa genética (Newell, 1987) e os estudos psicométricos, paralelamente ao nível intelectual comprometido globalmente nos retardos mentais, mostra em indivíduos autistas um prejuízo em aspectos cognitivos específicos (habilidades viso-espaciais, dificuldades de identificação de eventos sequenciais e causais, prejuízo na construção de rede associativa, restrições de temporalidade) (nos indivíduos autistas) (Rego, 2004; Zukauskas, 2003).

Entretanto, no Retardo Mental são frequentes condutas caracterizadas por dificuldades no relacionamento social, timidez e isolamento, frutos da baixa auto-estima e de percepção das reais dificuldades no relacionamento bem como condutas de tipo irritável e agressivo (,) decorrentes da dificuldade de instrumentalização e controle dos impulsos com a conseqüente inadequação ao ambiente social. Também a presença freqüente de estereotipias gestuais na população deficiente mental dificulta mais ainda seu diagnóstico diferencial com os Transtornos Abrangentes de Desenvolvimento uma vez que toda a sintomatologia descrita pode ser encontrada em pacientes diagnosticados como autistas.

ARTIGO //

por FRANCISCO B. ASSUMÇÃO JR
e EVELYN KUCZYNSKI

2.a.2. Alterações de Linguagem - A ausência de linguagem e, conseqüentemente, de reações aparentes à voz do outro na criança de pequena idade traz à baila a questão da surdez que deve ser investigada (Potenciais Evocados Auditivos) quando não se percebe a reação a voz, gestos e presença do outro.

Da mesma forma alterações de linguagem como disfasias graves podem apresentar concomitantemente, alterações relacionais (dificuldades de imitação e interesses específicos) e dificuldades de expressão afetiva que, embora distintas, devem ser investigadas de maneira cuidadosa.

2.a.3. Carência Afetiva - O conceito de retração prolongada é interessante em função de seu aparecimento tanto em patologias pediátricas como em patologias relacionais. (Ele é) É considerado (enquanto) uma forma de regulação normal (da) de interação, constituindo-se numa reação de alarme que aparece em quadros de depressão precoce, síndromes autísticas ou transtornos invasivos de desenvolvimento, transtornos ansiosos como o transtorno de estresse pós traumático, deficiências sensoriais, problemas nas relações emocionais, alguns transtornos de alimentação e problemas relacionais. Consiste em um "apagamento" da criança com uma resistência aos estímulos relacionais, ausência de estímulos auto-eróticos, rigidez facial, movimentos atípicos de dedos, choro e perda de apetite (Guedeney, 2000). É descrita por Marcelli (2006) a partir da passividade e inércia associada a estereotipias de extremidades e ausência de mímica. Embora a capacidade de comunicação possa estar preservada, uma vez que pode-se observar a presença de fala, ela é mascarada pela profunda retração e inércia da criança afetada. Entretanto, a insistência do observador em buscar o contato com a criança desencadeia uma gradual melhoria do padrão de comunicação.

Além disso, deve-se observar que não existem marcadores biológicos ou mensurações objetivas para a maior parte dos transtornos psiquiátricos (Menezes, Nascimento, 2000), ficando seu diagnóstico a cargo apenas do exame clínico e do contexto ambiental e familiar, razão pela qual esse deva ser minucioso para o estabelecimento do diagnóstico diferencial destes quadros.

2.a.4. Diagnósticos Diferenciais intra-grupo "Transtornos Abrangentes de Desenvolvimento"

2.a.4.a. Síndrome de Asperger - Primitivamente descrita por Hans Asperger em 1944, constou do Tratado de Ajuriaguerra com o nome de Psicopatia autística (1977) e foi reconhecida ao DSM IV-TR em sua quarta edição (2002).

Corresponde a um quadro que apresenta inteligência normal e pequeno comprometimento linguístico no qual observamos alterações nas três áreas de desenvolvimento já observadas nos quadros autísticos, a saber: relacionamento social, linguagem e comportamento repetitivo e/ou perseverativo com número limitado de interesses. Assim, apenas por sua descrição, já representa um diagnóstico diferencial de importância em que pese a idéia de continuum autístico descrito por Wing (1988).

Apresentam ("quem" apresenta?, favor esclarecer), habitualmente, nível de inteligência normal ou acima da normalidade associado a um padrão de aquisição de linguagem normal embora essa mostre déficits semânticos. Paralelamente observam-se comprometimentos diversos observados através de provas psicológicas específicas para as funções comprometidas (Davies, Bishop, Manstead, Tantan, 1994; Bogdashina, 2003; Pietz, Ebinger, Rating, 2003).

O diagnóstico é realizado a partir do prejuízo qualitativo na interação social, envolvendo o déficit no comportamento não-verbal. Essas falhas no desenvolvimento são observadas clinicamente a partir da falta de interesse espontâneo em dividir experiências com outros, falta de reciprocidade emocional ou social, padrões restritos de comportamento (repetitivos e estereotipados), interesses e atividades que envolvem a preocupação com um ou mais padrões de interesse também restritos e estereotipados, inflexibilidade (a) às rotinas e aos rituais não-funcionais específicos e maneirismos motores com preocupação por partes de objetos. Observa-se assim isolamento social com extremo egocentrismo, falta de habilidade em interagir com os pares associada a falta de desejo de relacionamento social e pobre apreciação da trama social com respostas socialmente inadequadas. Sua socialização é menos comprometida que aquela dos indivíduos com autismo embora seus padrões relacionais sejam deficitários e com marcantes dificuldades adaptativas.

Interesses e preocupações são limitados com exclusividade e adesão repetitiva a rotinas e rituais que podem ser auto-impostos ou impostos por outros.

A fala e a linguagem são peculiares com possível atraso inicial de desenvolvimento não detectado anteriormente, perfeita em sua expressão embora com alterações de prosódia, timbre, tom e altura e compreensão diferente do que lhe é dito incluindo interpretações literais.

Os problemas na comunicação não-verbal apresentam-se a partir do uso limitado de gestos, linguagem corporal desajeitada, expressões faciais limitadas ou impróprias, olhar fixo peculiar e dificuldades à proximidade física de outros (Bartak, Rutter, Cox, 1975; Curcio, 1978; Furrow, 1984).

Pediatra. Psiquiatra da Infância e da Adolescência. Doutora em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Psiquiatra do Centro de Atenção Integral à Saúde da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Paulo. Psiquiatra Interconsultora do Instituto de Tratamento do Câncer Infantil (ITACI).

Entretanto, sua maior peculiaridade é o interesse obsessivo em uma área específica apresentando, algumas vezes, habilidades especiais como hiperlexia ou memória para calendários.

2.a.4.b. Síndrome de Rett - Trata-se de uma encefalopatia evolutiva ligada ao cromossoma X com ocorrência no sexo feminino sendo reconhecidos entre 5 e 30 meses e apresentando marcado déficit no desenvolvimento com desaceleração do crescimento craniano, retardo intelectual grave e forte associação com quadros convulsivos.

Diferentemente dos quadros autísticos, temos aqui uma criança com desenvolvimento neurológico e psíquico normal até ao redor dos 18 meses de idade quando dá-se uma parada no desenvolvimento seguida por deterioração com perda de funções anteriormente adquiridas, que evolui de maneira rápida e que conduz à um estado autístico e demencial em menos de 18 meses (Marcelli, 2006).

Observa-se perda da manipulação voluntária dos objetos que é substituída por movimentos estereotipados de membros superiores, alguns dos quais pode-se dizer característicos como o batimento de mãos cruzadas diante do peito ou o ranger de dentes. Concomitantemente, e diferentemente dos quadros autísticos, podemos observar ataxia de marcha e de tronco, microcefalia adquirida (uma vez que a criança nasce e nos primeiros meses apresenta perímetro cefálico normal) e, após um período de estabilidade aparente constata-se o aparecimento de outras anomalias neurológicas como síndromes piramidais, epilepsia, alterações vaso-motoras, etc..

Ainda sob o ponto de vista diferencial em relação ao autismo, não encontramos os interesses específicos e os jogos estereotipados, a rotação dos objetos, a recusa sistemática do contato corporal e ao apego excessivo a determinados objetos (Marcelli, 2006).

2.a.4.c. Transtornos Desintegrativos - observados antes dos 24 meses, com predomínio no sexo masculino, padrões de sociabilidade e comunicação pobres, frequência de síndrome convulsiva associada e prognóstico reservado.

Sua principal característica é sobrevir após um período de desenvolvimento normal, (e ser) acompanhado de um período de regressão das aquisições concomitantemente ao aparecimento da sintomatologia que o caracteriza e que o faz similar aos quadros autísticos já estabelecidos.

É marcante a perda das aquisições principalmente lingüísticas, o que o aproxima do antigo conceito de demência infantil.

Fundamental é a avaliação neurológica visando o esclarecimen-

to de doenças neurodegenerativas. (Sua) A evolução é ruim levando a uma deterioração cognitiva grave e importante.

2.a.4.d. Transtornos abrangentes não especificados - idade de início variável, predomínio no sexo masculino, comprometimento discrepante na área da sociabilidade, bom padrão de comunicação e leve comprometimento cognitivo.

Sua principal diferença dos quadros autísticos definidos é a ausência de algum dos sintomas fundamentais para o diagnóstico. Pode-se assim encontrar quadros nos quais, por exemplo, encontra-se o déficit social e de comunicação mas não a presença de alterações motoras. Encontram-se aqui os quadros diagnosticados anteriormente em indivíduos com "comportamentos autísticos".

2.b. Diagnósticos Diferenciais com o grupo "Transtornos Específicos de Desenvolvimento"

2.b.1. Transtorno do Aprendizado - abrange muitas e diferentes condições(,) e tem uma real prevalência ignorada, visto que em função das diferentes definições que foram criadas ao longo das últimas décadas. Estima-se, entretanto, (que) 5 a 10 % seria uma estimativa razoável (Silver,1995) com a propalada maior frequência incidência desta condição clínica em meninos (Berry, 1985).

A classificação clínica, proposta pelo DSM IV-TR (APA, 2002), pode ser de Transtorno da leitura, Transtorno da Matemática, Transtorno da expressão escrita, Transtornos das Habilidades Motoras, Transtorno do desenvolvimento da coordenação, Transtorno da linguagem expressiva, Transtorno misto da linguagem receptivo-expressiva, Transtorno fonológico, Tartamudez (gagueira).

É freqüente que a demanda de atendimento desta população seja por problemas comportamentais e que o profissional envolvido nesta avaliação deve, ao abordar essa criança ou adolescente que apresenta inúmeras dificuldades emocionais, sociais e familiares, associadas (as) às dificuldades acadêmicas, ser capaz de diferenciar entre causa e sintoma (Silver, 1995), o que pode ser feito inquirindo-se sobre o histórico acadêmico e o desempenho em cada área de habilidade (Ostrander, 1993) e quanto ao retardo de desenvolvimento psicomotor, ao retardo de aquisição de linguagem, aos problemas da fala e ao prejuízo das habilidades cognitivas (refletidas inclusive a partir do nível que sua capacidade de brincar atingiu frente à sua idade cronológica).

Corresponde a um diagnóstico diferencial com os quadros de autismo de alto funcionamento cognitivo e de Síndrome de Asperger que apresentam déficits menores no que se refere à sociabilidade e à linguagem sendo passíveis de participarem de programação

ARTIGO //

por FRANCISCO B. ASSUMÇÃO JR
e EVELYN KUCZYNSKI

acadêmica normal. Assim busca-se neles os comprometimentos relativos à Teoria da Mente (presente nos portadores de Transtornos de Aprendizado), aos prejuízos nas funções executivas e na coerência central observando-se um melhor desempenho em detalhes, atividades de tipo ritualístico bem como um prejuízo semântico na compreensão dos textos em que pese a observação freqüente de hiperlexia.

2.b.2. Transtornos do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

A prevalência desses transtornos mostra um pico de aparecimento de 8% entre os 6 e 9 anos, com cifras menores para pré-escolares e adolescentes, sendo a prevalência diferente entre os sexos (9% para meninos e 3.3% para meninas) menor que a habitualmente descrita em outros estudos (Weiss, 1995).

O quadro clínico se caracteriza por estar presente em crianças que desde idades precoces, mostram-se irritadiços, com choro fácil, sono agitado e vários despertares noturnos. A partir do primeiro ano de idade, observa-se agitação psicomotora ocasionando quebra de objetos, demandando vigilância constante. Desinteressam-se rapidamente por brinquedos ou situações lúdicas. Observa-se ainda, principalmente no sexo masculino, prejuízos no desenvolvimento da fala, com aquisição mais lenta e presença de trocas, omissões e distorções fonêmicas, além de um ritmo acelerado (taquilalia). (Shaywitz, 1997).

Apresentam ainda incoordenação motora e retardo na aquisição de automatismos tardios (como amarrar um sapato ou utilizar um lápis). O desenvolvimento da noção têmporo-espaial também é mais lento, resultando em dificuldades no desenho e uma incapacidade de diferenciar símbolos gráficos semelhantes, que se diferenciam apenas por sua disposição espacial (como as letras b e d). A comorbidade com outros transtornos associados (transtorno de conduta, depressão, abuso e dependência de psicotrópicos, etc.) é frequente dificultando mais ainda seu diagnóstico diferencial (Vilanova, 1994). Assim, não é rara a confusão com quadros de autismo de alto nível pela existência, em ambos, de uma dificuldade atenta associada a uma disfunção executiva. Entretanto, nestas crianças não observamos um prejuízo marcado na Teoria da Mente nem as dificuldades relacionais que podemos verificar nos Transtornos Abrangentes.

2.b. Diagnósticos Diferenciais extra-grupo Transtornos Abrangentes de Desenvolvimento

2.b.1. Transtornos Psicóticos: Esquizofrenia

A partir de todas as dificuldades que permeiam o diagnóstico dos quadros esquizofrênicos na criança, podemos considerar que a caracterização de sua prevalência é difícil, apesar de, consensualmente, ser reportada como mais rara que o autismo considerado 1,4 vezes mais freqüente (Kolvin, 1971). Também não há consenso quanto à relação entre os sexos, sendo que tanto uma preponderância do sexo masculino (1,5 a 2 homens para 1 mulher) quanto distribuição igual entre os sexos são descritas.

(Seu) O início é insidioso, principalmente na chamada esquizofrenia de início muito precoce (VEOS – very early onset schizophrenia - anterior aos 13 anos de idade), com controvérsias relativas ao tipo de início precoce (EOS - early onset schizophrenia - anterior aos 18 anos), se agudo ou insidioso (Mercadante, 1994). Observa-se maior freqüência de alucinações auditivas (80%), parte das quais concomitantes a alucinações cenestésicas ou visuais. Alterações de pensamento são freqüentes, com prejuízo na associação de idéias, bloqueio de pensamento e delírios (principalmente de tipo paranóide) associando-se a embotamento afetivo com ambigüidade, perplexidade (Rutter, 1985) e menor rendimento intelectual (Volkmar, 1991).

Sua cronificação observada, principalmente nos quadros de início muito precoce, é freqüente e a diferenciação dos quadros de Transtornos Abrangentes é possível a partir do início do quadro e idade de aparecimento, bem como pelos sintomas de tipo produtivo como delírios e alucinações. Pode ser confundida a partir do embotamento afetivo e das dificuldades na sociabilidade decorrentes da alteração de realidade e do déficit de pensamento e comunicacional.

2.b.2. Transtorno Oposicional Desafiante

Este quadro é caracterizado por um padrão de comportamento negativista, hostil e desafiador onde se encontram presentes a perda da calma associada a discussões com adultos, desacato e recusa ativa para obedecer a solicitações ou regras adotando comportamentos deliberadamente incomodativos e responsabilizando aos outros por seus erros ou mau comportamento. Trata-se de criança bastante suscetível, irritadiça, enraivecendo-se e se ressentindo facilmente, o que mostra através de rancor ou vingança.

Corresponde a "...um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos básicos dos outros ou normas e regras sociais importantes apropriadas à idade..." (APA, 2002).

Sob o ponto de vista da avaliação observa-se um padrão de interação interpessoal caracterizado pela experiência de prazer e



abertura com curiosidade e busca por novidades associada a uma eventual amabilidade expressa através da forma como se relacionam com os outros, algumas vezes com caráter manipulador. Observam-se deficiências estruturais nos constituintes de seu mundo psíquico com tendência a internalizar imagens parentais negativas, associadas com sentimentos negativos que são projetados para o mundo externo de maneira concreta, enxergando as pessoas de seu convívio como agressivas e rejeitadoras com fantasias de temor, de abandono, rejeição e desamor não percebidas como fantasias mas sim como um dado claro da realidade, ao qual elas reagem agressivamente.

Todas essas características as diferenciam dos TID aqui estudados.

3. CONCLUSÕES

O estudo dos Transtornos Abrangentes de Desenvolvimento reúne diferentes fenômenos e por isso, o estudo dos três analisados, biológico, psicológico e social, é de fundamental importância (Gameiro, 1992).

Para a identificação dessa complexa categoria diagnóstica deve-se considerar por um lado, os recentes avanços da Psiquiatria Biológica, bem como as avaliações derivadas da Psicometria, da Linguística e das abordagens familiares, para uma melhor compreensão dessa criança na relação consigo (mesma) própria? e com seu ambiente.

É essa perspectiva que permite um diagnóstico diferencial melhor estabelecido, com especificidade e diferenciação. Seus protocolos diagnósticos devem ser, portanto) estabelecidos a partir de história cuidadosa com antecedentes gestacionais, pré, peri e pós natais, estudo neuropsiquiátrico envolvendo aspectos de desenvolvimento, avaliação física (na procura de estigmas disgenéticos), exames neurológico e psiquiátrico.

Escalas e questionários específicos (escala de Rimland, CARS, ATA, ECA de Barthélemy e Lellord, ECA-N de Sauvage, etc..) podem ser utilizados embora não se deva esquecer que a utilização dessas não exclui uma avaliação clínica.

Avaliações sensoriais a partir de testes auditivos e de linguagem, bem como avaliação oftalmológica são de fundamental importância.

Os estudos genéticos visam a detecção de fenótipos comportamentais, a partir de características comportamentais típicas de determinadas síndromes [(Síndrome de Lesch-Nyhan, Angelman, Cornelia De Lange, Patologias ligadas ao X), freqüentes em um

diagnóstico de Eixo III (Gillberg; 2000). Da mesma forma, os estudos de Neuro-imagem (TAC: Assimetria de lobos cerebrais e dilatação ventricular; Ressonância Magnética: diminuição de volumes de lobos VI e VII do vermis cerebelar, agenesia de corpo caloso -S. Aicardi-; Tomografia com ingestão intravenosa de Xenon 23: hipodébito de hemisférios a nível frontal] embora pouco interfiram com as propostas terapêuticas, podem auxiliar no esclarecimento de alguns quadros associados.

O EEG é válido para o esclarecimento diagnóstico de quadros de Síndrome de Lennox; S. West e S. Landau-Kleffner).

Pode ser realizado estudo de Potenciais Evocados auditivos, de tronco cerebral - com latências prolongadas como na esquizofrenia ou breves como no TDAH; auditivos corticais - inconsistentes, com amplitude pequena, latência curta e variabilidade morfológica como no RM.

Exames Laboratoriais como testes específicos de metabolismo (Fenilcetonúria, mucopolissacaridoses, Tay-Sachs, etc.), ou outros são de importância no esclarecimento diagnóstico de outros quadros comórbidos ou diferenciais (Rosse; 1989).

Finalmente, avaliações psicometricas são de fundamental importância no esclarecimento do diagnóstico de Eixo II, podendo-se utilizar escalas de desenvolvimento (Motor: Brunet-Lézine; Mental não verbal: Borel-Maisonny; Cognição sensorio motora: Uzgiris, Gesell; Portage, Denver; Sociabilidade: Vineland) ou testes (Eficiência Intelectual: WISC, WAIS; Função Executiva – Wisconsin; Trail Making Test, Stroop, Rey, Visual retention test –atenção-; Rey auditory, Rey visual –memória-, Benton –prosopagnosia -)

Com maior acurácia, um grande número de diagnósticos diferenciais podem ser identificadas para que abordagens terapêuticas mais adequadas e eficazes possam ser estabelecidas.

ARTIGO //

por FRANCISCO B. ASSUMPÇÃO JR
e EVELYN KUCZYNSKI

Referências

1. AAMR – Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports. 9th Edn. Washington: AAMR, 1992
2. Ajuriaguerra, J. Manual de Psiquiatria Infantil. Barcelona: Toray-Masson, 1977.
3. APA. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM-IV TR). Porto Alegre; Artes Médicas, 2002
4. Baron-Cohen, S. - Social and pragmatic deficits in autism: cognitive or affective? - J Autism Develop Disord, 18(3):379-401, 1988
5. Baron-Cohen, S. - The development of a theory of mind in autism: deviance an delay? psychiat Clin North Amer 14(1): 33-52, 1991
6. Baron-Cohen, S. ; Allen, J.; Gillberg, C.- Can Autism be Detected at 18 months? British J Psychiat, 161:839-843, 1992
7. Bartak, L.; Rutter, M. & Cox, A. "A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder. I. The children." Br J Psychiatry, 126: 127-45, 1975. Em: Le Couteur, A. "Autism : current understanding and management." Br J Hosp Med., 43(6): 448-52, 1990.
8. Berry, C. A.; Shaywitz, S. E.; Shaywitz, B. A. "Girls with attention deficit disorder: A silent minority? A report on behavioral and cognitive characteristics. Pediatrics, 76: 801-809, 1985.
9. Bogdashina, O. Sensory Perceptual Issues in Autism and Asperger Syndrome. London; Jessica Kingsley; 2003
10. Curcio, F. - "Sensorimotor functioning and communication in autistic children." J Autism and Childhood Schizophrenia, 1978, 8:281-292.
11. Davies, S.; Bishop, D.; Manstead, ASR; Tantan, D. - "Face perception in children with autism and Asperger's syndrome." J Child Psychol Psychiat, 1994, 35(6):1033-1057.
12. De Sanctis, S. "Sopra alcune varietà della demenza precoce." Revista Sperimentale de Freniatria e di Medicina Legale, 32: 141-165, 1906. Em: Lewis, M. (Ed.) Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
13. Fernandes, F. A. Fundamentos de la Psiquiatria Actual. Madrid: Paz Montalvo, 1979.
14. Furrow, D. - "Social and private speech of years." Child Development, 1984, 55:355-362.
15. Gameiro, J. Voando sobre a Psiquiatria. Lisboa: Afrontamento, 1992.
16. Guedeney A. La construction et la validation d'une échelle de retrait relationnel du jeune enfant. voir ensemble pour intervenir plus tôt. Perspectives Psy; 2000; 39(3):179-184
17. Kanner, L. "Autistic disturbance of affective contact." Nerv Child, 2:217-50, 1943.
18. Kanner, L. "Do behavioral symptoms always indicate psychopathology?" J Child Psychol Psychiat, 1: 17-25, 1960. Em: Lewis, M. (Ed.) Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
19. Kolvin, I. "Studies in childhood psychoses. I: Diagnostic criteria and classification." Br J Psychiat, 118: 381-384, 1971.
20. Krynski, S. Deficiência Mental. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1969.
21. Marcelli, D. Enfance et Psychopatologie. Paris; Masson; 2006
22. Menezes PR, Nascimento AF. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em Psiquiatria. Em: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi, AW (Eds) Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia 2000; São Paulo; Lemos; p.23-28
23. Mercadante, M. T. "Esquizofrenia infantil." Em: Assumpção Jr, F. B. (Ed.) Psiquiatria da infância e adolescência. São Paulo: Maltese-Santos, 1994.
24. Misés, R. - Classification française des troubles mentaux de l'enfant e de l'adolescent, Neuropsychiatrie de l'enfance, 38(10-11):523-539, 1990
25. Newell, S.J.; Green, S.H. Diagnostic Classification of the Aetiology of Mental Retardation in Children. British Medical Journal, n.294, pp. 163-166, 1987.
26. Organização Mundial de Saúde - Classificação das doenças mentais da CID 10, Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1993
27. Organização Mundial de Saúde. Mental Retardation: Meeting the Challenge. Geneve: 1985.
28. Ostrander, R. "Clinical observations suggesting a lear-



- ning disability." *Child Adolesc Psychiat Clin North Am*, 2: 249-263, 1993.
29. Pietz, J.; Ebinger, F.; Rating, D. Prosopagnosia in a preschool child with Asperger syndrome. *Dev Med Child Neurol* 45(1);55-57;2003
 30. Potter, H. W. "Schizophrenia in children." *Am J Psychiat*, 89: 1253-1270, 1933.
 31. Rego, MGS. A influência do Hipertexto na compreensão de narrativas de portadores de Síndrome de Asperger. Tese apresentada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor. São Paulo. 2004
 32. Ritvo, E. R. *Autism: diagnosis, current research and management*. New York: Spectrum, 1976.
 33. Robinson, H.B.; Robinson, N.M. Retardamento Mental. Em: Carmichael. *Manual de Psicologia da Criança*. São Paulo: EDUSP, 1975.
 34. Rutter, M. "Autism and other pervasive developmental disorders." Em: Rutter, M; Taylor, E. & Hersov, L. (Eds.) *Child and Adolescent Psychiatry - Modern Approaches*. 3rd Ed. Oxford : Blackwell, 1985.
 35. Shaywitz, B. A.; Fletcher, J. M. & Shaywitz, S. E. – Attention – deficit / hyperactivity disorder. *Adv Pediatr*, 44: 331-367, 1997.
 36. Sonenreich, C.; Fredrich, S. "Psiquiatria: notas para o vigésimo ano de Temas". *Temas*, 21 (40/41): 325-331, 1991.
 37. Vilanova, L. C. P. "Distúrbios da atenção na infância e adolescência." Em: Assumpção Jr, F. B.(Ed.). *Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. São Paulo: Maltese-Santos, 1994.
 38. Volkmar, F. R. "Childhood schizophrenia." Em: Rutter, M. (Ed.) *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*. Oxford: Blackwell , 1991.
 39. Volkmar, F. R.; Cohen, D. J.; Hoshino, Y., et al. "Phenomenology and classification of the childhood psychoses." *Psychol Med*, 18: 191-201, 1988. Em: Lewis, M. (Ed.) *Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1998.
 40. Zukauskas, P. Tese apresentada no Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor. São Paulo. 2003