

Esquizofrenia na Infância e na Adolescência

Maria Cristina Lombardo Ferrari*

Psicoses esquizofrênicas representam um grupo importante de doenças no contexto das psicoses.

Entendemos por distúrbios psicóticos, independentemente de sua etiologia, as síndromes psicopatológicas caracterizadas por:

- ✓ distúrbio profundo do contato com a realidade;
- ✓ sintomas como delírios e alucinações (sintomas positivos) ou distúrbios do afeto ou perda cognitiva (sintomas negativos);
- ✓ transcurso intermitente, fazendo com que a doença provoque "quebras" na continuidade do desenvolvimento, da vivência e alterações do comportamento.

O diagnóstico dos distúrbios psicóticos da infância é ainda mais difícil de ser feito que o dos distúrbios psicóticos do adulto. Isto se deve ao fato de que as crianças apresentam sintomatologia extremamente rica ou extremamente pobre, dificultando, assim, além do diagnóstico, também o diagnóstico diferencial.

E. Kraepelin e E. Bleuler admitem que alguns de seus pacientes, já iniciam sua doença nos primórdios da vida, mas não individualizam uma forma de psicose particular da infância.

Em 1908, De Sanctis descrevia o termo *Demência Precocíssima*, que englobava tanto processos de demência precoce da esquizofrenia como demência que acompanha distúrbios cerebrais orgânicos. No mesmo ano, Theodor Heller separou deste termo uma demência chamada *Dementia Infantilis*. Em 1932, Kramer e Pollnow descreviam a "Síndrome Hipercinética da Infância".

Potter (1933), introduz a noção de esquizofrenia infantil. em 1934, G. Heuyer e outros discutem este problema nosográfico a propósito das demências infantís. Até que em 1937, aparecem os trabalhos de Bradley, J. Lutz, L. Desperts e L. Bender que tentam enquadrar um grupo de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia infantil. Lutz (1937) reconheceu a esquizofrenia infantil como uma entidade própria.

Em 1943 e 1944, Kanner e Asperger descreveram o autismo infantil, que é, ainda hoje incluído por alguns autores nas psicoses.

Após a Segunda Guerra Mundial apareceram três importantes conceitos (Kydd e Weny-1982):

RESUMO

O presente trabalho mostra a diferença do quadro clínico entre a esquizofrenia infantil, que ocorre dos 5 aos 10 anos; e a esquizofrenia na adolescência, dos 11 aos 15 anos.

Na esquizofrenia na infância há um predomínio de sintomas negativos (empobrecimento do pensamento, embotamento afetivo e redução da volição).

Na esquizofrenia que ocorre na adolescência, apresentam-se sintomas positivos com presença de delírio e distúrbio da sensoripercepção.

UNTERMOS

Esquizofrenia na Infância, Esquizofrenia na Adolescência.

* Diretora Técnica do Serviço de Psiquiatria Infantil e da Adolescência do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da universidade de São Paulo.

- ✓ O grupo de estudos do Hospital Belleveue (Bender 1947-1955, Fish-1957, Fish e Shapiro-1965), acreditava que o autismo infantil e a esquizofrenia infantil eram a mesma doença, porém, com idade de manifestação diferente;
- ✓ Um grupo de autores psicoanalíticos (Mahler-1952, Szurek-1956, Bettelheim-1967), defendia a tese de que as psicoses infantís eram um distúrbio do desenvolvimento do Eu;
- ✓ Um grupo de estudiosos britânicos (Creak e Col-1961), acreditava que diferentes fatores etiológicos da psicose infantil levavam a um quadro clínico homogêneo que poderia ser definido como esquizofrenia infantil.

No CID.8 (1969), todas as psicoses da infância eram enquadradas em uma única categoria "Psicoses Infantís".

O DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-1980), recomenda dizer: a esquizofrenia que ocorre na infância deve ser diagnosticada usando o mesmo critério da esquizofrenia do adulto (adultomorfo).

Segundo o DSM III-R (Associação Psiquiátrica-1987), as psicoses esquizofrênicas da infância devem satisfazer às exigências para diagnóstico, que são aplicadas a qualquer grupo etário, somente que em crianças e adolescentes, há uma falha em atingir o nível de desenvolvimento esperado.

Para adultos, o critério é diferente. Para o diagnóstico de esquizofrenia, há uma deterioração de uma função já desenvolvida, ou seja, um dano no desempenho do indivíduo no trabalho, nas relações sociais e em cuidados pessoais.

O diagnóstico de Esquizofrenia na Infância, pelo DSM III-R, não é considerado como conceito à parte de diagnóstico e, no DSM IV e CID X, o diagnóstico de Esquizofrenia na Infância não é citado, enquanto o Autismo Infantil, como conceito de diagnóstico, foi reconhecido.

Diagnóstico de Esquizofrenia na Infância é reconhecido largamente por vários estudiosos como Rutter (1972), e Cantor (1982), que acreditam na presença de distúrbios esquizofrênicos precocemente no desenvolvimento humano.

Green e col. (1984), num estudo comparativo de crianças esquizofrênicas e autistas, sugeriu que o critério de esquizofrenia pelo DSM III pode ser significativamente aplicado em crianças menores.

Voltman e Col. (1988), numa revisão de 228 crianças com psicose infantil, usando DSM III, notou dificuldade em aplicar os critérios para diagnóstico de

esquizofrenia, particularmente em relação a delírios e alucinações.

Dificuldades de Classificação

Nos anos 50 e 60 acreditava-se que a idade da criança e a fase do desenvolvimento na qual se encontrava eram critérios importantes para classificar as psicoses infantís (Group of the Advancement of Psychiatry 1966, Stuttle-1969), o que foi comprovado por uma série de estudos empíricos (Rutter., et al., 1967, Kolvim et al.,-1971).

Estudos comprovaram a visão de Kanner (1943-1957), de que podem ser identificados 3 grupos entre as psicoses infantís:

- ✓ Autismo infantil;
- ✓ Esquizofrenia da infância;
- ✓ Psicoses desintegrativas da infância entre as quais está incluída a demência infantil. Esta classificação aparece no CID 9 e no DSM III (APA-1980).

Os dois tipos de classificação diferenciam o autismo infantil da esquizofrenia da infância e da demência infantil.

Crítérios para Classificação dos Distúrbios Psicóticos da Infância e da Adolescência.

Idade e Fase do Desenvolvimento

Demonstrou-se que a idade e fase de desenvolvimento são fatores importantes para a determinação do quadro clínico das psicoses infantís (Anthony 1958, 1962; Bosch, 1972; Stuttle, 1960, 1969; Kolvin et al., 1971; Wenry, 1979). Por este fato, várias classificações foram sugeridas. Chegou-se à conclusão de que as psicoses infantís podem ser subdivididas segundo a idade de manifestação em 3 tipos. Conforme Anthony (1958, 1962) sugere, temos a seguinte classificação das psicoses infantís:

- ✓ *Psicoses infantís precoces* (early onset psychoses), psychoses, 1º a 3º ano de vida. São distúrbios psicóticos que se instalam precocemente, prejudicando desta forma o desenvolvimento da criança. A este grupo pertencem o autismo infantil, a psicose pseudoafetiva (Bender, 1959) e o "No-onset-type" de Despert (1938). Kolvin (1971), cita os seguintes critérios correspondentes a estes distúrbios:
 - início anterior ao 3º ano de vida, isolamento social e pelo menos dois dos seguintes critérios: reação de pânico frente a mudanças no meio ambiente ou determinadas formas de estereo-

tipias (bater a cabeça, movimentos de rotação, tremor dos dedos).

- ✓ *Psicoses da infância* na idade pré-escolar (3° a 4° e 5° a 6° anos de vida).

"Frequentemente quadros de instalação aguda numa criança que até então apresentava desenvolvimento normal, havendo uma regressão ou uma parada no desenvolvimento ou levando mesmo à demência". Podemos citar a *Dementia de Heller* (Heller, 1908; Stutte, 1969; Stutte e Harbauer, 1965); a *Dementia Precocíssima* segundo De Sanctis (1908); a Simbiótica, segundo Mahler (1949-1952).

- ✓ *Psicose entre 5 e 7 anos de idade* ("*Late-onset-psychoses*"). "Sua sintomatologia assemelha-se à da esquizofrenia do adulto" (Bosch, 1972).
- ✓ *Psicoses esquizofrênicas* pré-puberai (10° a 14° ano de vida), mostram clara relação com a esquizofrenia do adulto e um pico de incidência na pré-adolescência (Stutte, 1969).
- ✓ *Psicoses na Adolescência*

Citaremos ainda uma tentativa de classificação dos distúrbios psicóticos da infância, feitas pelo "Group of The Advancement of Psychiatry" (1966). Esta classificação diferencia dois grupos de psicoses: psicoses precoces da infância e psicoses tardias da infância.

As psicoses precoces da infância são subdivididas em:

- ✓ Autismo infantil (síndrome de Kanner);
- ✓ Psicoses interacional, que também engloba a psicose de Mahler;
- ✓ Outras psicoses, que não se enquadram nas duas acima.

As psicoses tardias da infância são subdivididas em:

- ✓ Distúrbio esquizofreniforme;
- ✓ Outras psicoses, que também incluem distúrbios afetivos (por ex. PMD) os quais são raros antes da puberdade.

Quadro Clínico da Esquizofrenia na Infância e na Adolescência

Kanner (1957), mostra seu critério para esquizofrenia na infância:

- ✓ Conduta reservada de interesse pelo meio;
- ✓ Pensamento autístico;
- ✓ Desordem do pensamento, consistindo em bloqueio, condensação, preservação, incoerência e, às vezes, levando ao autismo;
- ✓ Defeito na harmonia do afeto;
- ✓ Diminuição, rigidez e distorção do afeto;
- ✓ Alteração da motricidade com aumento ou diminuição desta.

Não é surpresa, contudo, não haver nenhuma referência a alucinações ou delírios em crianças cuja patologia ocorra mais cedo.

Muitos autores, Anthony (1958 e 1962), Rimland (1964), Eisemberg (1957) e Rutter (1967), têm mostravam que, quando a psicose na criança aparece mais tarde, esta pode estar relacionada com a forma adulta da esquizofrenia.

É interessante que mesmo Bleuler mostra que a esquizofrenia (ele considera esta na fase adulta), pode aparecer antes dos 17 anos de idade.

Egger (1978) estudou 57 crianças entre 7 a 14 anos com psicose, começando antes dos 5 anos de idade. As alucinações eram incomuns e os "sintomas negativos" eram típicos e o prognóstico insatisfatório. Os sintomas negativos incluíam isolamento social, interesses diminuídos, estereotípias, hipercenesia, alterações emocionais severas, transtornos de fala.

As histórias relatam diferentes quadros clínicos que ocorrem na esquizofrenia de início precoce (antes dos 10 anos) e de início mais tardio (após os 10 anos).

Conduta Pré-Mórbida

O início da doença pode surgir de forma aguda, embora sinais pré-mórbidos de distúrbios incipientes ocorram (Kolvin, 1971). Na maioria, o início é insidioso, com uma gradual deterioração da personalidade.

Pensamento

Fish (1962), clama que todos os esquizofrênicos mostram uma desordem do pensamento, ao longo de sua evolução. Kolvin (1971), afirma que a desordem da associação do pensamento estava presente em 74% dos pacientes. Lewis (1991), diz que desordem do pensamento (delírio) só ocorre nas crianças psicóticas maiores de 10 anos.

A respeito do delírio, diz Jaspers (1955), em seu livro de psicopatologia, "o delírio comunica-se em julgamento, só quando se pensa e se julga pode haver delírio". Neste sentido, prossegue o autor, chamam-se idéias delirantes aos julgamentos patologicamente falseados. Idéias delirantes chamam-se, também, de modo vago, as que têm os seguintes caracteres de certa maneira não circunscritas com precisão.

- ✓ Convicção extraordinária com que são afirmadas,
- ✓ Condição de não serem influenciáveis pela experiência e pelas conclusões irrefutáveis;
- ✓ Impossibilidade do conteúdo se penetra além dos aspectos externos e em busca da essência psico-

lógica. Nessas idéias delirantes, afirma Jaspers, devem-se distinguir duas grandes categorias:

- A das idéias delirantes, que derivam de forma compreensível de acontecimentos comoventes, ofensivos ou que despertam culpa, etc. ou ainda, derivam de percepção enganosa, de vivências de estranheza do mundo da percepção;
- Idéias delirantes verdadeiras, que não podem ser seguidas em sua origem e que são, portanto, psicologicamente incompreensíveis. Estas últimas são as que se costuma chamar atualmente de idéias delirantes primárias.

Estudando as propostas de Piaget sobre o desenvolvimento intelectual da criança e do adolescente, verificamos que, no período de 2 a 7 anos, não existe capacidade de julgamento. Portanto, não há delírio, no ponto de vista de Jaspers, na primeira infância.

Na segunda infância, a criança encontra-se na fase do pensamento lógico, de inteligência concreta, havendo, portanto, a presença de idéias delirantes.

As idéias delirantes verdadeiras, no sentido de Jaspers, em sua incompreensibilidade indicam que uma idéia nova, mesmo que absurda, derivou, através de uma elaboração mais complexa, de conhecimento ou de vivências anteriores. Esta probabilidade de criar algo mais novo só existe através da utilização do pensamento abstrato, que, segundo Piaget, desenvolve-se na adolescência, a partir dos 12 anos.

Distúrbios da Fala e da Linguagem

Podem aparecer alterações na forma da fala, estereotipias, ecolalia, mudanças na tonalidade da voz e ritmo da fala podem ser inúmeras. Segundo Ajuriaguerra (1974), estas podem ser divididas em 5 grupos:

- ✓ Fala autista: é uma fala que se caracteriza pelo desinteresse com o meio ambiente e que está voltada para o mundo próprio do paciente. A fala espontânea e o vocabulário são restritos. Aparecem estereotipias, sendo que a criança fala sozinha e usa uma linguagem típica da faixa de 3 a 4 anos de idade;
- ✓ Regressão da fala; há uma redução do vocabulário;
- ✓ Mutismo;
- ✓ Retardo no desenvolvimento da fala;
- ✓ Retardo no aparecimento da fala.

Sintomas no Campo da percepção

Distúrbios deste tipo são bem mais raros em crianças antes dos 8 anos de idade, do que no adulto.

O trabalho de Egdell, Kolvin (1971), verificou a presença de alucinações mais frequentes após os 10 anos, sendo as alucinações auditivas as mais comuns, com cerca de 81% de ocorrência, seguidas pelas alucinações somáticas e visuais - 30%.

Potter (1933), não fez nenhuma referência aos distúrbios da sensopercepção, quando tentou estabelecer critérios para psicose na infância.

Egger (1978), fornece a descrição e acompanhamento mais completo de crianças diagnosticadas como esquizofrênicas. Estudou 57 crianças (média de acompanhamento de 15 anos), com idade de 7 a 14 anos e psicose começando aos 5 anos. Embora um estado paranóide alucinatório fosse o quadro clínico mais comum abaixo dos 10 anos de idade, as alucinações eram raras, os "sintomas negativos" eram típicos e o prognóstico insatisfatório.

Distúrbios no Campo Emocional e no Contato e Relação Social

São característicos o isolamento, o embotamento afetivo e a quebra do interrelacionamento.

Não é rara uma desestruturação também qualitativa da relação com o meio ambiente, ou uma substituição de uma relação humana por uma relação com um objeto que será personificado.

Também são frequentes os distúrbios da afetividade, labilidade emocional, negativismo e regressão a um comportamento infantil.

Distúrbios Motores

Frequentemente se observa uma falta de harmonia de movimentos nestes pacientes. Eventualmente, podem ocorrer quadros catatônicos ou catalepsia.

Relativamente frequentes são as estereotipias motoras. Sintomas de agressividade, segundo Eggers (1982), podem ocorrer na esquizofrenia que aparece na infância.

Casos Clínicos

- ✓ Quadro clínico: Esquizofrenia na Infância (L.D.A.)

O paciente nasceu de cesárea, com desenvolvimento psicomotor normal.

No período pré-mórbido, era uma criança que não se comunicava com as pessoas, não tinha amigos, não brincava. Fez somente o 1º ano, não conseguindo ser promovido.

Aos 7 anos, começou a apresentar uma mudança de comportamento, ficava agressivo, quebrava objetos da casa, fugia, molhava a cabeça várias vezes ao dia.

A fala foi se reduzindo e sua tonalidade tornou-se grave. Pouco a pouco foi deixando de falar. No início só mantinha contato verbal com a avó e depois entrou num mutismo total.

Quanto à área instintiva, deixou de alimentar-se e passou a apresentar insônia.

Neste período, começou a isolar-se das pessoas e não apresentava ressonância afetiva. Não aceitava qualquer tipo de contato com adultos ou crianças e, aos poucos foi tornando-se negativista, catatônica.

Sua volição ficou bastante comprometida. Não realizava qualquer atividade útil e estereotípias bucais eram frequentes.

Não foi constatado qualquer distúrbio de sensopercepção ou delírio.

✓ Esquizofrenia da Adolescência (E.C.G.)

E. nasceu de parto normal, tendo desenvolvimento psicomotor sem qualquer distúrbio.

Sempre foi uma criança responsável, organizada, preferia ficar em casa, do que sair com os amigos; introvertida, só conseguindo ter um amigo.

Entrou na escola com 7 anos, no primeiro ano. Teve um aproveitamento bom até o 4º ano primário, quando iniciou-se a doença e não conseguiu mais ser aprovado.

Com 13 anos e 9 meses, começou a ficar distraída, não conseguindo realizar os deveres escolares. Neste período começou a ter uma mudança de comportamen-

to, ficando agressivo, irritado, com frequentes crises de agitação psicomotora, agredindo a mãe fisicamente em diversas ocasiões.

Começou a apresentar insônia e recusa alimento. Dizia que "ia ao Reino de Deus, por isso não precisava alimentar-se", dizia ser "ombreira", para expulsar o demônio (sic). Seu pensamento era ilógico e as frases desconexas.

Quanto à sensopercepção apresentava alucinação visual ("Nuvens de Exu"); alucinações auditivas (vozes que o chamavam); alucinações cenestésicas (sentia-se sujo e, portanto, tinha nojo); percepção delirante (não reconhecia seus pais, portanto dizia não ter família).

Mostrava baixa ressonância afetiva com os familiares. Risos e choro imotivados eram frequentes.

Referente à volição, ficava um período longo parado, sem atividade alguma; estereotípias eram constantes.

Não controlava seus esfíncteres, fazia suas necessidades nas vestes, não cuidava da higiene, chegando a ficar 15 dias sem banhar-se.

Conclusão

Neste trabalho, pretendemos realizar uma revisão da literatura e uma apresentação de dois casos clínicos de Esquizofrenia na Infância e na Adolescência.

Chegamos à conclusão de que, na Esquizofrenia na Infância, que surge entre 5 e 10 anos, há um predomínio de sintomas negativos (empobrecimento do pensamento, embotamento afetivo e redução da volição).

	Antes Pré-mórbido	Início	Curso do Pensamento e da Fala	Conteúdo do Pensamento	Sensopercepção
<i>Esquizofrenia na Infância</i>	Introvertido Tímido	Insidioso	Mudança do Timbre. Tonalidade da Voz Mutismo	Ausência de delírios	Ausência de distúrbios
<i>Esquizofrenia na Adolescência</i>	Introvertido Pobre Relacionamento Social	Insidioso	Frases desconexas Neologismo "ombreiro"	Idéias deliróides "Quero ir no Reino do Céu por isso não vou comer"	Alucinações auditivas (vozes que o chamavam), visuais ("nuvens de Exu"), cenestésicas (sentia-se sujo, tinha nojo) Percepção delirante. "não reconhecia os pais"
	Mov. Anormais	Afetividade	Volição	Conduta Bizarra	Área Instintiva
<i>Esquizofrenia na Infância</i>	Estereotípias	Embotamento afetivo	Hipobulia	Lavar a cabeça a todo momento	Insônia, Anorexia
<i>Esquizofrenia na Adolescência</i>	Estereotípias	Embotamento afetivo	Hipobulia	Evacuar e urinar nas vestes	Insônia, Anorexia

A Esquizofrenia que ocorre na adolescência apresenta sintomas positivos como o delírio (neste paciente, embora o início da doença tenha ocorrido com 13 anos, ainda não apresentava abstração e encontramos idéias deliróides). Quanto à sensopercepção, ocorreu a presença de alucinações auditivas, visuais (nuvens) e cinestésicas. Acompanhando os sintomas positivos, há presença de sintomas negativos.

SUMMARY

This article presents the difference between the child schizophrenia, which occurs from 5 to 10 years old and the adolescent schizophrenia - from 11 to 15 years old.

There is a predominacy of negative symptoms - thought impoverishment, affective blunt and volition reduction - in the child schizophrenia.

In the schizophrenia which occurs in the adolescence, there are positive symptoms which include delirium and sense preception disturbs.

KEY WORDS

Child Schizophrenia, Adolescent Schizophrenia.

Bibliografias

01. AJURIAGUERRA, J. de - **Manual de psiquiatria infantil**. Barcelona, Toray Masson, 2ª ed. 1975
02. ALONSO FERNANDES, F. - **Fundamentos de la psiquiatria actual**. Madrid, 4ª ed., Paz Montalvo. 1979
03. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. (DSM.3), 3ª ed., Washington, 1980.
04. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. (DSM.3-R), 3ª ed., revised, Washington, 1987
05. BARKER, P. - **Basic child psychiatry**, Oxford, 4ª ed., Blackwell Scientific. 1988.
06. BERNER, P. Et al. - **Diagnostic criteria for schizophrenic and affective psychoses**. Washington, Word Psychiatric Association, 1983.
07. BLEULER, E. - **Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias**. Buenos Aires, Wagner, Horme, 1960.
08. GARFINKEL, B.D.; CARSON, G.A.; WELLER, E.B. - **Psychiatric disorders in children and adolescents**. Philadelphia, W.B. Saunders, 1990.
09. GRECO, F. - **Introdução de tratamentos psicológicos e sociais em enfermarias psiquiátricas: contribuição à terapêutica de esquizofrênicos hospitalizados**. Tese de (Doutorado), 211 p., Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.
10. KANNER, L. - Infantile autism and the schizophrenias. In: KANNER, L. Ed. **Childhood psychosis: initial studies and new insights**, p. 123-136, Washington, V.H. Winston & Sons, 1973.
11. KANNER, L. - Early infantile autism (1943-1955). In: KANNER, L. Ed. **Childhood psychosis: initial studies and new insights**, p. 91-103., Washington, V.H. Winston & Sons, 1973.
12. KANNER, L. Childhood schizophrenic; Round table 1953 discussion. **Am. J. Orthopsychiat.** (24):526-528, 1954.
13. KANNER, L. - Early infantile autism revisidet. In: KANNER, L. Ed. **Childhood psychosis: initial studies and insights**, Washington, V.H. Winston & Sons, p. 137-141, 1973.
14. KANNER, L. - Problems of nosology and psycho dynamics of early infantile autism. **Am. J. Orthopsychiat.** 19, p. 416-429, 1949.
15. KAPLAN, H. I. - **Compêndio de Psiquiatria**. 2ª ed., Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1988.
16. KINGER, - **Und jugendpsychiatrie - psychiatrie der gergenwart**. Heidelberg, Spunger, 1988.
17. KOLVIN, I. - Studies in the childhood psychoses - 1. Diagnostic criteria and classification. **Brit. J. Psychiat.** 118(4):381-384, 1971.
18. KOLVIN, I. Et al. - 2. The phenomenology of childhood psychoses. **Brit. J. Psychiat.** 118(4):385-395, 1971.
19. KOLVIN, I. et al - 3 The famile and social background in childhood psychoses. **Brit. J. Psychiat.** 118(4):396-402, 1971.
20. KOLVIN, I.; GRASIDE, R.F.; KIDD, J.S.H. - 4 Parental personality and attitude and childhood psychoses. **Brit. J. Psychiat.** v. 118, nº 4, p. 403-406, 1971.
21. KOLVIN, I.; OUNSTETED, C.; ROTH, M. - 5 Cerebral dysfunction and childhood psychoses. **Brit. J. Psychiat.** 118(4):407-414, 1971.
22. KOLVIN, I. GHUMPHREY, M.; McNAY, A. - 6 Cognitive in childhood psychoses. **Brit. J. Psychiat.** 118(4):415-419, 1971.
23. KRAEPELIN, E. - **Clinical psychiatry**, New york, Scolars Facillies, 1981.
24. LEWIS, M. - **Child and adolescent psychiatry: comprehensive textbook**, Baltimore, William's & wilkins, 1991.
25. MADALENA, J.C. - **Esquizofrenia**, Rio de Janeiro, 1973.
26. MATARAZZO, E.B.. - **Psicoses na infância e na adolescência. Atualização Terapêutica**, 12ª ed., Porto Alegre, Editora Artes Médicas.
27. MAYER-GROSS, W.; SLATR, E.; ROTH, M. - **Psiquiatria clínica**, Trad. Clovis, M.; Rosa, H., São Paulo, Editora Mestre Jou, 1972.
28. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças**, 9ª ed., Geneva, 1978.
29. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças**, 9ª ed., revisão., Geneva, 1987.
30. PENNA, J.M.R. - **Contribuição para o estudo clínico das esquizofrenias em crianças de dez e catorze anos de idade**, Tese (Doutorado), 74 p., Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
31. RUTTER, M.; HERSOV, L. - **Child and adolescent psychiatry: modern approaches**, 2ª ed., Oxford, Blackwell Scientific, 1985.
32. SCHNEIDER, K. - **Psicopatologia clínica**, 2ª ed., São Paulo, Editora Mestre Jou, 1979.
33. SCHIRAKAWA, I. - **O ajustamento social na esquizofrenia**, São Paulo, Editora Lemos Editorial, 1992.
34. WIENER, J.M. - **Textbook of child: adolescent psychiatry**, Washington, American psychiatric Association, 1991.