

Autismo Infantil: Revisão Conceitual

Adriana Mazzilli Suplicy *

Maudsley (Kanner, 1973) foi o primeiro psiquiatra que realmente se interessou por crianças com desordens mentais graves pois, inicialmente os critérios e terminologias usados eram aplicações diretas da psiquiatria de adultos - todos os transtornos eram classificados, basicamente, como psicoses. Em 1867, ele incluiu em seu livro, um capítulo com 34 páginas onde falava sobre as insanidades de início precoce. Neste capítulo tentava não somente correlacionar sintomas mas também elaborar uma classificação básica para estas "insanidades".

- ✓ Monomania
- ✓ Mania crônica
- ✓ Insanidade cataleptóide
- ✓ Insanidade epileptóide
- ✓ Mania
- ✓ Melancolia
- ✓ Insanidade Afetiva

Este capítulo tornou-se um verdadeiro marco na história das psicoses da infância.

Já no século XX, De Santis introduz o termo "Dementia precocíssima" para descrever os casos de início muito precoce de Dementia Praecox de Kraepelin. Com o tempo, o termo tornou-se obsoleto pois o grupo assim chamado era etiologicamente muito díspar (Kanner, 1973).

Em 1906, Bleuler introduz o termo autismo na literatura psiquiátrica. Estudava ele, na ocasião os distúrbios do pensamento de pacientes com "Dementia praecox"; condição que ele renomeou para descrever a qualidade do pensamento destes pacientes; um pensamento autoreferente (Ritvo, 1976).

Heller, um educador austríaco, em 1928, publica um trabalho onde relata os casos de 6 crianças com uma patologia pouco usual: início do 3º ou 4º ano de vida após um desenvolvimento normal, diminuição rápida nos interesses habituais, perda da linguagem e os controles esfinterianos, repressão completa ao final com manutenção de uma fisionomia inteligente e de função motora adequada. Heller chama estes quadros de "Dementia infantilis" (Kanner, 1973). Em 1969 Rutter introduz na

RESUMO

O seguinte artigo apresenta um breve histórico da evolução conceitual do Autismo Infantil, desde sua primeira descrição em 1943 por Leo Kanner até os dias atuais. Analisa também as novas tendências no que se refere aos critérios diagnósticos e classificações da Síndrome Atística na CID 10 e DSM IV.

UNITERMOS

Autismo Infantil.

* Pós graduanda em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

literatura o termo "Psicoses Desintegrativas" para nomear o quadro então descrito por Heller (Tsai, L.Y. 1991; Rutter, M. 1987).

Já em 1933, Potter (Kanner, 1973), sistematiza critérios diagnósticos para a esquizofrenia de início na infância:

- ✓ Retração generalizada dos interesses
- ✓ Pensamento dereístico
- ✓ Distúrbios do pensamento (bloqueio, perseveração, condensação, incoerência, mutismo)
- ✓ Defeito afetivo/emocional
- ✓ Afetividade diminuída, rígida, distorcida

Alteração do comportamento (diminuição ou aumento da motilidade, comportamentos bizarros, tendência a perseveração ou estereotípias).

Leo Kanner em 1943 publica um artigo intitulado "Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo" (Autistic Disturbances of affective contact" - *Nervous child* 2: 217-250) onde descreve um grupo de crianças gravemente comprometidas que compartilhavam algumas características. O autor destaca o fato desse grupo ter lhe chamado atenção desde 1938 pois apresentava um quadro clínico único, que se diferenciava de tudo que já tinha sido descrito na literatura psiquiátrica da época. neste seu trabalho Kanner escreve sobre uma síndrome única, onde a desordem fundamental e patognomônica é a incapacidade que estas crianças apresentam de se relacionar com as pessoas e situações desde o início da vida. O autor destaca que muitos desses pacientes, anteriormente, foram chamados de esquizofrênicos ou oligofrênicos.

Algumas características fundamentais são citadas, dentre elas; ausência de movimento antecipatório, não aconchego ao colo, linguagem bastante alterada (repetição automática, descontextualidade de nomes decorados), ecolalia imediata e tardia, literalidade, inversão pronominal, apetite caprichoso. São crianças que gastam muito tempo em movimentos e atividades repetitivas, resistência à mudança (mesmice), limitação importante na atividade espontânea e boa relação com objetos. O autor chama atenção para a diferença existente entre a relação da criança com objetos e com outras pessoas; (são crianças que não contactuam pelo olhar) e para o fato da síndrome ser extremamente rara.

Ainda neste artigo Kanner destaca a boa potencialidade cognitiva destes indivíduos - apesar de não terem sido realizados testes adequados (Gillberg, 1992) e chama atenção para o fato dos pais serem pessoas extremamente intelectualizadas (introduz a expressão "pais refrigeradores"). O autor assume que essas crianças têm uma incapacidade inata de formar

contato afetivo usual, biologicamente determinado, com outros indivíduos.

Em suma, considera autismo infantil uma psicose verdadeira e assim a chama pois os sintomas apareceriam nos primeiros 2 anos de vida e porque havia um isolamento inicial quase impenetrável. Friza dois critérios diagnósticos principais: isolamento extremo e insistência obsessiva na mesmice (todas as outras manifestações seriam secundárias à estas duas alterações básicas).

Ainda na década de 40, Laretta Bender considera que estas crianças apresentariam a expressão inicial da forma adulta da esquizofrenia enquanto que Rank chamava de "desenvolvimento atípico do ego" tendo em vista um entendimento psicanalítico da doença (Kanner, 1973).

Margareth Malher em 52 as chamou de "psicose simbiótica" levando em consideração a diáde mãe/filho (Kanner, 1955). Neste mesmo ano Van Krevelen (Kanner, 1954) considerou as crianças descritas por Kanner como "oligofrênicas com defeitos emocionais".

A partir de então começam a surgir discussões a respeito da posição nosológica que o autismo infantil deveria ocupar dentro das classificações então existentes.

Em um artigo de 1954 publicado na revista *Genetics and Inheritance of Integrated Neurological and Psychiatric Patterns*, Kanner relata o fato que não foram achado fatores orgânicos que explicassem o quadro de autismo infantil e que esta síndrome poderia ser vista como a forma mais precoce da esquizofrenia da infância enfatizando que as características específicas seriam influenciadas pela idade de início da doença. Não havia objeção em se colocar o autismo infantil dentro de uma categoria mais ampla: a da esquizofrenia (Kanner, 1943,54,55).

O termo autismo, ao longo da década de 50, passa então a ser atribuído de forma indevida aos mais diversos pacientes havendo um alargamento dos critérios anteriormente descritos. Da noite para o dia os Estados Unidos ficou povoado por causa de autismo infantil, tendência que também foi verificada nos países europeus. Kanner novamente então salienta a singularidade e especificidade da síndrome (Kanner, 1965).

A partir da década de 60 o "modismo" declina gradualmente - passa-se a assumir uma maior seriedade (postura mais séria) em relação aos diagnósticos dados. Persistia uma dúvida entretanto: onde autismo infantil deveria ser colocado nas classificações então vigentes? Muitas eram as opiniões mas todas divergiam entre si.

Rimland em 1964 (Kanner, 1965) acredita ser o autismo infantil uma entidade claramente distinta da esquizofrenia infantil e que estas condições devem ser tratadas em separado, uma nada tema haver com a outra.

Em 1968, 25 anos após a publicação de seu primeiro artigo, Kanner destaca o fato de que o isolamento encontrado nestas crianças não deveria ser atribuído ao relacionamento parental por elas experimentado - os pais não seriam fonte primária de patogenicidade.

Ainda neste ano, quando da publicação da DSM II, o autismo infantil não foi incluído na classificação como uma síndrome única e diferenciada: as crianças assim descritas eram colocadas sob o termo "esquizofrenia; início na infância" - código 295-80. Permanecia entretanto a idéia inicial de um déficit social primário quando se falava sobre autismo infantil.

Em 1968 também, Rutter propõe 4 critérios fundamentais para o diagnóstico de autismo (Rutter, 1985):

- início antes dos 30 meses de idade;

- ✓ Desenvolvimento social anormal
- ✓ Desenvolvimento desviado, particular da linguagem
- ✓ Comportamentos e rotinas estereotipados.

Em 1978 Rutter acrescenta um quinto critério à sua classificação anterior: - ausência de delírios, alucinações e transtornos do pensamento esquizofrenia-like.

Durante as décadas de 60 e 70 (Tsai, 1991) verifica-se uma proliferação muito grande dos critérios "diagnósticos para autismo infantil com consequente confusão na caracterização da síndrome:

- ✓ 1960 - Schain & Yannet omitem a obsessividade pela mesmice em seus critérios;
- ✓ 1961 - Creak usa nove critérios fundamentais onde engloba todas as psicoses infantís;
- ✓ 1968 - Ornitz & Ritvo enfatizam os distúrbios perceptivos como sintoma primário;
- ✓ 1968 e 1978 - Rutter lança os seus critérios (Tsai, 1991) - Síndrome comportamental com início antes dos 30 meses de idade e com as seguintes características fundamentais:
 - distúrbios na sequência e velocidade do desenvolvimento;
 - distúrbios na resposta aos estímulos sensoriais;
 - distúrbios na linguagem, fala, cognição e comunicação não verbal;
 - distúrbios na capacidade de relacionamento com as pessoas, objetos e acontecimentos externos.

A partir da década de 70 (Rutter; Schopler, 1987) torna-se evidente a necessidade de diferenciação entre os transtornos mentais de início na infância das psicoses com início mais tardio. As primeiras são consideradas como uma anormalidade grave no processo de desenvolvimento propriamente dito. Começa então uma mudança de enfoque em relação ao autismo infantil antes considerado uma psicose infantil onde o déficit social seria primário (como visto anteriormente). Com o passar do tempo passa-se a dar mais importância aos déficits cognitivos com maior destaque para os prejuízos sociais e de linguagem e não mais para os comportamentos bizarros.

É graças a esta mudança de visão em relação à síndrome que em 1980 a Associação Psiquiátrica Americana cria o termo "Distúrbios Abrangentes do Desenvolvimento - Pervasive Developmental Disorders (PDD). Nesta classificação Autismo infantil não está mais colocado sob um diagnóstico maior de esquizofrenia - início na infância e a partir de então passa a ocupar uma posição em separado (APA - 1980).

Permanece entretanto a controvérsia pois pela CID 9(1980), autismo infantil ainda é considerado uma psicose infantil e não um distúrbio do desenvolvimento.

As 2 classificações acima citadas (DSM III e CID 9) baseiam-se nos critérios de Kanner (43); Rutter (68) e NSCAA (78) - na verdade uma miscelânea dos principais critérios diagnósticos usados até então.

Citérios DSM III

- ✓ Início antes dos 30 meses de idade
- ✓ Ausência de responsividade à outras pessoas
- ✓ Déficits importantes no desenvolvimento da linguagem
- ✓ Se linguagem está presente tem peculiaridades como escolalia, inversão pronominal
- ✓ Respostas bizarras à diversos estímulos ambientais
- ✓ Ausência de delírios, alucinações, associações frouxas e incoerência como na esquizofrenia

Critérios CID 9

CID 9 - Síndrome presente desde o nascimento ou de início invariavelmente nos primeiros 30 meses de idade. As respostas aos estímulos auditivos e por vezes aos visuais são anormais e existem comumente graves problemas de compreensão da linguagem falada. O início da fala é retardado e caso se desenvolva, caracteriza-se por escolalia, inversão de pronomes, estrutura gramatical imatura e inabilidade para usar termos

abstratos. Geralmente há um comprometimento do uso social tanto da linguagem verbal quanto dos gestos.

Os problemas de relacionamento social são mais graves antes dos 5 anos de idade e incluem um comprometimento do desenvolvimento da capacidade para olhar de frente o interlocutor, das ligações sociais e do brincar cooperativo. O comportamento ritualizado é comum e pode incluir rotinas anormais, resistência à mudanças, ligação com objetos bizarros e padrões estereotipados de brincar. Estão diminuídas as capacidades para o pensamento abstrato ou simbólico e para o brincar imaginativo.

O nível de inteligência varia desde o severamente inferior passando pelo normal e atingindo até o superior. O desempenho é comumente melhor em tarefas que envolvem a memória rotineira ou habilidades visoespaciais ao invés daquelas que exigem habilidades simbólicas ou lingüísticas.

Dentro destas duas classificações principais, quatro critérios são fundamentais para o diagnóstico de autismo infantil:

- ✓ Início antes dos 30 meses de idade
- ✓ Alterações nas relações sociais
- ✓ Anormalidades na comunicação
- ✓ Comportamentos estereotipados, repetitivos, restritos

A adoção do termo Distúrbios Abrangentes do Desenvolvimento (PDD) (Rutter, 1987) foi um passo importante pois enfatizou aspectos relacionados ao desenvolvimento da criança, entretanto nem todos os pesquisadores da área ficaram satisfeitos com o adjetivo "abrangente" pois chamam atenção para o fato de que nem todos os processos do desenvolvimento estão afetados, alguns processos inclusive estão poupados. A partir desta década (1990) o termo PDD começa a sofrer grandes críticas pois há um grande questionamento sobre a pervasividade do autismo (Frith, 1991 e Gillberg, 1991). Vários outros termos já foram sugeridos como por exemplo Distúrbios do Espectro Autístico (Autistic Spectrum Disorders).

Alguns autores inclusive começam, novamente, à enfatizar o conceito original de Kanner onde um déficit social seria primário e não um déficit cognitivo como se tem tentado mostrar ao longo dos últimos anos. O que tem se tentado fazer é mostrar uma maior relação entre o déficit cognitivo e social e não uma confrontação entre estes dois modelos (Aitken, 1991).

Voltamos à 1980 com a DSM III vemos que nesta classificação as chamadas PDDs incluem:

- ✓ Autismo infantil (quando ocorria antes dos 30 meses);
- ✓ PDD de início na infância (após os 30 meses);

- ✓ PDD atípica (condições autismo-like que não podem ser classificadas como autismo infantil ou PDD de início na infância);
- ✓ Autismo infantil residual (não preenche mais os critérios para autismo infantil mas já foi diagnosticado como tal no passado).

Nos anos que se seguiram começou então um questionamento em relação a idade de início do quadro e esta deixa de ser fundamental para o diagnóstico (abandona-se a idade de 30 meses como limite e como critério necessário essencial).

Em 1987 é lançada a DSM III-R e a CID 10 draft. Na primeira autismo infantil é agora chamado Distúrbios Autísticos enquanto na última autismo na infância. O nome autismo infantil é abandonado (troca por Distúrbio Autista pois não ocorre somente em crianças).

DSM III-R - Distúrbios Autísticos

Critérios diagnósticos para 299.00 Distúrbios Autísticos

- ✓ Ao menos oito dos dezesseis itens seguintes estão presentes; destes incluir pelo menos dois itens de A, um de B e um de C.
- Nota:** Considerar um critério a ser preenchido somente se o comportamento for anormal, para o nível de desenvolvimento da pessoa.

- A.** Incapacidade qualitativa na interação social recíproca manifestada pelo seguinte:
(os exemplos entre parênteses estão ordenados de modo que aqueles mencionados em primeiro lugar, são mais amplamente aplicados aos mais jovens ou mais deficientes, e os últimos, às pessoas mais velhas ou menos deficientes com este distúrbio).
- ✓ Acentuada falta de alerta da existência ou sentimento dos outros (por exemplo, trata uma pessoa como se ele ou ela fosse uma peça de mobília; não observa o sofrimento de uma outra pessoa; aparentemente não tem noção da necessidade de privacidade dos outros).
 - ✓ Ausência ou busca de conforto anormal por ocasião de sofrimento (por exemplo, não procura por conforto mesmo quando doente, ferido ou cansado; procura conforto de modo estereotipado, por exemplo, "sorri, sorri, sorri" quando ferido).
 - ✓ Imitação ausente ou comprometida (por exemplo, não acena "bye-bye"; não reproduz as atividades domésticas da mãe; imitação mecânica das ações dos outros fora de contexto).

- ✓ Jogo social anormal ou ausente (por exemplo, não participa ativamente em jogos simples; prefere atividades solitárias de jogo; envolve outras crianças no jogo somente como "ajuda mecânica").
 - ✓ Incapacidade nítida para fazer amizades com seus pares (por exemplo, desinteresse em formar par com amigos; apesar do interesse em fazer amigos, demonstra falta de entendimento das convenções de interação social, por exemplo, lê lista telefônica para colega desinteressado).
- B. Incapacidade qualitativa na comunicação verbal e não-verbal e na atividade imaginativa, manifestada pelo seguinte:** (os itens numerados correspondem àqueles arrolados em primeiro lugar e são aplicados aos mais jovens ou mais deficientes, e os últimos, às pessoas mais velhas ou menos deficientes com este distúrbio).
- ✓ Ausência de modo de comunicação, como balbúcio comunicativo, expressão facial, gestos, mímica ou linguagem falada.
 - ✓ Comunicação não verbal acentuadamente anormal, como no uso do olhar fixo - olho no olho - expressão facial, postura corporal, ou gestos para iniciar ou modular a interação social (por exemplo, não antecipar se segurado, enrigecer quando segurado, não olhar ou sorrir para a pessoa quando fazendo uma abordagem social, não cumprimentar pais ou visitantes, tem um olhar fixo em situações sociais).
 - ✓ Ausência de atividade imaginativa como representação de papéis de adultos, personagens de fantasia ou animais; falta de interesse em histórias sobre acontecimentos imaginários.
 - ✓ Anormalidades marcantes na produção do discurso, incluindo volume, entoação, stress, velocidade, ritmo e modulação (por exemplo, tom monótono, cantando ou alta entoação).
 - ✓ Anormalidades marcantes na forma ou conteúdo do discurso incluído o uso estereotipado e repetitivo da fala (por exemplo, escolalia imediata ou repetição mecânica de comercial de televisão; uso do "você" quando o "Eu" é o pretendido (por exemplo, usando "você quer um biscoito?" para significar "Eu quero biscoito"); uso idiossincrático de palavras ou frases (por exemplo, "Ir balançar na grama" para significar "Eu quero ir no balanço"); ou frequentes apartes irrelevantes (por exemplo, começar falando sobre horários de trens durante uma conversa sobre esportes).
- ✓ Incapacidade marcante na habilidade para iniciar ou sustentar uma conversação com outros, apesar da fala adequada (por exemplo, abandonar-se a monólogos lentos sobre um assunto, indiferente às interjeições dos outros).
- C. Repertório de atividades e interesses acentuadamente restritos, manifestado pelo que se segue:**
- ✓ Movimentos corporais estereotipados, por exemplo, pacadinhas com as mãos ou rotação, movimentos de fiação, batimento da cabeça, movimentos complexos de todo o corpo.
 - ✓ Insistente preocupação com partes de objetos (por exemplo, farejar ou cheirar objetos, percepção repetitiva da textura de materiais, girar a roda de carrinhos) ou vinculação com objetos inusitados (por exemplo, insistência em levar para todo lado um pedaço de barbante).
 - ✓ Sofrimento acentuado com mudanças triviais no aspecto do ambiente, por exemplo, quando um vaso é retirado de sua posição usual.
 - ✓ Insistência sem motivo em seguir rotinas com detalhes preciosos, por exemplo, insistência em seguir sempre o mesmo caminho para as compras.
 - ✓ Âmbito de interesses marcadamente restritos e preocupação com um interesse limitado, por exemplo, interessado somente em enfileirar objetos, em acumular fatos sobre meteorologia ou fingir ser um personagem de fantasia.
- D. Início na primeira infância ou infância.**
Especificar se o início na infância (após os 36 meses de vida).
- CID 10 draft**
- ✓ Prejuízo qualitativo nas relações sociais recíprocas;
 - ✓ Prejuízo qualitativo na comunicação;
 - ✓ Comportamento, interesses e atividades repetitivos, restritos e estereotipados;
 - ✓ As alterações no desenvolvimento devem estar presentes nos primeiros 3 anos de idade para que o diagnóstico possa ser feito.
- Com a publicação da DSM II-R verifica-se um alargamento dos critérios diagnósticos - esta tornou-se menos restritiva havendo, conseqüentemente um aumento na prevalência dos chamados Distúrbios Autís-

ticos (antes descritos como tão raros por Kanner) (Aitiken, 1991 e Gillberg, 1992). Ainda nesta edição podemos verificar o abandono de duas subcategorias nos Distúrbios Abrangentes do Desenvolvimento descritos na DSM III: PDD de início na infância e autismo infantil residual. A primeira foi abandonada pois a única diferença identificada era a idade de início e a última foi descartada pois foi verificada dificuldade de diferenciá-la da PDD atípica. Restam na classificação atual, apenas duas categorias diagnósticas: Distúrbios Autísticos e Distúrbio Global de Desenvolvimento sem Especificação (PDD NOS).

Já na década de 90 podemos verificar algumas novas alterações na classificação da Síndrome Autística. A versão final da CID 10 está para sair em definitivo e, nesta, podemos perceber que o autismo deixa de ser considerado uma psicose infantil: a CID 10 passa também a adotar o termo Distúrbio Global do Desenvolvimento. Dentro desta categoria maior (PDD) encontramos agora subcategorias:

- ✓ Autismo infantil
- ✓ Autismo atípico
- ✓ Síndrome de Asperger - em 1944, Hans Asperger, descreveu um grupo de crianças que considerou como tendo um distúrbio de personalidade e usou o termo "Psicopatia Autística" para descrevê-las (Rutter, 1985 e 1989). Essas crianças pareciam ser mais inteligentes que as anteriormente descritas por Kanner mas compartilhavam uma série de aspectos. Essa síndrome ficou "esquecida" por décadas, até que, em 1981, Lorna Wing reintroduz a literatura o conceito de psicopatia autística (Gillberg, C. 1990) e considera-a dentro de um "continuum" autístico - os déficits básicos são muito semelhantes nas duas mas as crianças com Asperger seriam mais inteligentes e, teriam maiores capacidades cognitivas.

Cabe aqui falarmos da classificação francesa das psicoses da infância. Na década de 70 Misés (1975) e Lang (1978) descrevem um quadro que chamam de Desarmonia Evolutiva. Trata-se de crianças cuja a evolução é atípica, dando a impressão de desarmonia, em particular do ponto de vista do desenvolvimento da linguagem; a pobreza sintática contrasta com a precisidade de seu vocabulário. Os distúrbios da evolução de sua identidade se notabilizam pelas dificuldades no uso do pronome pessoal da 1ª pessoa e o recurso à 2ª pessoa (sensação que eles não dispõem de um sentimento contínuo de viver e de pensar). Apresentam sintomas neuróticos estranhos e constrangedores

além de atitudes paradoxais, manifestando caprichos e estereotípias.

O quadro acima citado, como podemos verificar assemelha-se muito com o quadro de Asperger (denominação usada pelas classificações de língua inglesa).

- ✓ Síndrome de Rett - Essa síndrome foi inicialmente descrita por Rett em 1966 na Alemanha mas não ganhou reconhecimento até 1983 quando da publicação do artigo de Haas intitulado "The history and challenge of the Rett Syndrome". Durante muitos anos essas crianças foram consideradas como autismo infantil (Tsai, 1991).
- ✓ Distúrbio Desintegrativo da Infância - retomando os conceitos de Heller (1930), em 1969 Rutter reintroduz o termo "Dementia Infantilis" renomeando-a de Psicose Desintegrativa (Rutter, 1985 e Tsai, L.Y. 1991).
- ✓ Distúrbios de Hiperatividade associados com retardo mental e movimentos estereotipados.
- ✓ Distúrbio global não especificado.

Nos Distúrbios Autísticos houve ampliação no que se refere à idade de início - 3 anos de idade e três características são fundamentais para o diagnóstico: prejuízos qualitativos na interação social, na comunicação e a presença de comportamentos estereotipados, repetitivos e restritos.

São criadas outras subcategorias, como podemos verificar, pois, ao longo dos anos, verificou-se que o Autismo Infantil deixou de ser uma entidade específica única (Rutter, 1987 e Gillberg, 1990). Tornou-se cada vez mais evidente que o autismo trata-se de uma Síndrome, em que diferentes condições podem estar associadas. Esses achados sugerem a existência de um espectro do distúrbio - não deveríamos mais chamar de "autismo infantil" e sim "transtornos do spectrum autístico" (ver texto acima). Devemos tentar cada vez mais especificar subtipos conforme as características apresentadas (gravidade, cognição, características não usuais ou específicas e, quando possível etiologia) (Gillberg, 1992).

Cada vez mais o autismo passa a ser encarado como uma síndrome comportamental, com prejuízo neurológico e etiologias variadas e não tão raro como antes se supunha (Gillberg; Steffenberg, 1991).

Frente a todas essas considerações foram então criadas novas subcategorias com o objetivo de preencher os novos achados científicos. Esta também é a tendência da DSM IV que deverá ser lançada no próximo ano.

Apêndice

Transtornos Globais do Desenvolvimento

F84 - Transtornos Globais

Grupo de transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades 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.

Utilizar se necessário, um código adicional para identificar uma afecção médica associada e o retardo mental.

F84.0 - Autismo Infantil

Transtorno global do desenvolvimento caracterizado por a) um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos, e b) apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno se acompanha comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas, por exemplo fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade (auto-agressividade).

- ✓ Autismo infantil
- ✓ Psicose infantil
- ✓ Síndrome de Kanner
- ✓ Transtorno autístico
- ✓ Exclui: psicopatia autista (F84.05)

F84.1 - Autismo Atípico

Transtorno global do desenvolvimento, ocorrendo após a idade de três anos ou que não responde a todos os três grupos de critérios diagnósticos do autismo infantil. Esta categoria deve ser utilizada para classificar um desenvolvimento anormal ou alterado, aparecendo após a idade de três anos, e não apresentando manifestações patológicas suficientes em um ou dois dos três domínios psicopatológicos (interações sociais recíprocas, comunicação, comportamentos limitados, estereotipados ou repetitivos) implicados no autismo infantil; existem sempre anomalias características em um ou em vários destes domínios. O autismo atípico ocorre habitualmente em crianças que apresentam um retardo mental profundo ou um transtorno específico grave do desenvolvimento de linguagem do tipo receptivo.

Psicose infantil atípica

Retardo mental com características autísticas

Usar código adicional (F70-F90), se necessário, para identificar o retardo mental.

F84.2 - Síndrome de Rett

Transtorno descrito até o momento unicamente em meninas, caracterizado por um desenvolvimento inicial aparentemente normal, seguido de uma perda parcial ou completa de linguagem, da marcha e do uso das mãos, associado a um retardo de desenvolvimento craniano e ocorrendo habitualmente entre 7 e 24 meses. A perda dos movimentos propositais das mãos, a torsão estereotipadas das mãos e a hiperventilação são características deste transtorno. O desenvolvimento social e o desenvolvimento lúdico estão detidos enquanto o interesse social continua em geral conservado. A partir da idade de quatro anos manifesta-se uma ataxia do tronco e uma apraxia, seguidas frequentemente por movimentos coreoatetósicos. O transtorno leva quase sempre a um retardo mental grave.

F84.3 - Outro Transtorno Desintegrativo da Infância

Transtorno global do desenvolvimento caracterizado pela presença de um período de desenvolvimento completamente normal antes da ocorrência do transtorno, sendo que este período é seguido de uma perda manifesta das habilidades anteriormente adquiridas em vários domínios do desenvolvimento no período de alguns meses.

Estas manifestações se acompanham tipicamente de uma perda global do interesse com relação ao ambiente, condutas motoras estereotipadas, repetitivas e maneirismos e de uma alteração do tipo autístico da interação social e da comunicação. Em alguns casos, a ocorrência do transtorno pode ser relacionada com uma encefalopatia; o diagnóstico, contudo, deve tomar por base as evidências de anomalias do comportamento.

- ✓ Demência infantil
- ✓ Psicose:
 - desintegrativa
 - simbiótica
- ✓ Síndrome de Heller

Usar o código adicional, se necessário, para identificar a afecção neurológica associada.

Exclui: síndrome de Rett (F84.2)

F84.4 - Transtorno com Hipercinesia Associado a Retardo Mental e a Movimentos Estereotipados

Transtorno mal definido cuja validade nosológica permanece incerta. Esta categoria se relaciona a crianças com retardo mental grave (Q.I. abaixo de 50) associado a hiperatividade importante, grande perturbação da atenção e comportamentos estereotipados. Os medicamentos estimulantes são habitualmente ineficazes (diferentemente daquelas com Q.I. dentro dos limites normais) e podem provocar uma reação disfórica grave (acompanhada por vezes de um retardo psicomotor).

Na adolescência, a hiperatividade dá lugar em geral a uma hipoatividade (o que não é habitualmente o caso de crianças hipercinéticas de inteligência normal). Esta síndrome se acompanha, além disto, com frequência, de diversos retardos do desenvolvimento, específicos ou globais. Não se sabe em que medida a síndrome comportamental é a consequência do retardo mental ou de uma lesão cerebral orgânica.

F84.5 - Síndrome de Asperger

Transtorno de validade neurológica incerta, caracterizado por uma alteração qualitativa das interações sociais recíprocas, semelhante à observada no autismo, com um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo.

Ele se diferencia do autismo essencialmente pelo fato de que não se acompanha de um retardo mental ou de uma deficiência de linguagem ou do desenvolvimento cognitivo. Os sujeitos que apresentam este transtorno são em geral muito desajeitados.

As anomalias persistem frequentemente na adolescência e na idade adulta. O transtorno se acompanha por vezes de episódios psicóticos no início da idade adulta.

Psicopatia autística

Transtorno esquizóide da infância

F84.8 - Outros Transtornos Globais do Desenvolvimento

F84.9 - Transtornos Globais Não Especificados do Desenvolvimento

SUMMARY

The present paper provides a brief history of the development of the concept of Infantile Autism since its first description by Leo Kanner in 1943 until nowadays. It also analyses the new trends in diagnostic criteria and classifications of the Autistic Syndrome in both ICD 10 and DSM IV.

KEY WORDS

Infantile Autism.

Bibliografias

01. AITKEN, K. - **Diagnostic Issues in Autism - Are we measuring the emperor for another bit of clothes?** *Developing child and child neurol.*, 33: 1015-1020, 1991.
02. DSM III - **American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 3rd. edition, Washington DC, APA, 1980.
03. DSM III-R - **American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** 3rd. edition revised, Washington DC, APA, 1987.
04. FRITH, U.; HAPPÉ, F. - **Is autism a Pervasive Developmental Disorder?** *J. Child Psychol. Psychiat.*, 32: 1167-1168, 1991.
05. GILLBERG, C. - **Autism and Pervasive Developmental Disorders.** *J. Child Psychol. Psychiat.*, 31: 99-119, 1990.
06. GILLBERG, C. - **Infantile Autism: diagnosis and treatment.** *Acta Psychiat Scand*, S1: 209-215, 1990.
07. GILLBERG, C.; STEFFENBERG, S.; SCHAUMANN, H. - **Is autism more common now than ten years ago?** *British J. Psychiat.*, 158: 403-409, 1991.
08. GILLBERG, C. - **Debatland Argument: Is Autism a Pervasive Developmental Disorder?** *J. Child Psychol. Psychiat.*, 32: 1169-1170, 1991.
09. GILLBERG, C. - **Autism and Autism-like conditions: Subclasses among Disorders of Empathy.** *J. Child Psychol. Psychiat.*, 33: 813-842, 1992.
10. KANNER, L. - **Autistic Disturbances of Affective Contact.** *Nervous child*, 2: 217-250, 1992.
11. KANNER, L. (1954) - **To what extent is Early Infantile Autism Determined by constitutional inadequacies?** In *Childhood Psychosis: initial studies and new insights*, edited by V.H. Wiston & sons, pp. 69-75, 1973.
12. KANNER, L. (1955) - **Notes on the follow-up studies of autism children.** In *Childhood Psychosis: initial studies and new insights*, edited by V.H. Wiston & sons, pp. 77-89, 1973.
13. KANNER, L. (1956) - **Early Infantile Autism, 1943-1955.** In *Childhood Psychosis: initial studies and new insights*, edited by V.H. Wiston & Sons, pp. 91-103, 1973.
14. KANNER, L. (1965) - **Infantile Autism and the Schizophrenias.** In *Childhood Psychosis: initial studies and new insights*, edited by V.H. Wiston & Sons, pp. 123-136, 1973.
15. KANNER, L. (1968) - **Early Infantile Autism Revisited.** In *Childhood Psychosis: initial studies and new insights*, edited by V.H. Wiston & Sons, pp. 137-141, 1973.
16. KANNER, L. (1972) - **Childhood Psychosis: a Historical Overview.** In *Childhood Psychosis: initial studies and new insights*, edited by V.H. Wiston & Sons, pp. 153-159, 1973.
17. KANNER, L. (70's) - **Follow-up study of eleven Autistic children originally reported in 1943.** In *Childhood Psychosis initial studies and new insights*, edited by V.H. Wiston & Sons, pp. 161-187.
18. LEBOVICI, S.; MAZET, P. - **Autismo e Psicoses da Criança**, pp. 11-50. Porto Alegre - Artes Médicas, 1991.
19. Organização Mundial de Saúde - **Classificação Internacional de Doenças**, 9ª revisão. Geneva, 1978.
20. Organização Mundial de Saúde - **Classificação Internacional de Doenças** 9ª edição revisada. Geneva, 1987.
21. RUTTER, M.; HERSOV, L. - **Child and Adolescent Psychiatry - Modern Approaches.** Blackwell Scientific Publications, 1955.
22. RUTTER, M.; SCHOPER, E. - **Autism and Pervasive Developmental Disorders: Concepts and Diagnosis Issues.** *J. Autism and Develop Dis*, 17: 159-186, 1987.
23. RUTTER, M. - **Annotation: child psychiatric Disorders in ICD-10.** *J. Child Psychol Psychiat.*, 30: 499-513, 1989.
24. RITVO, E. - **Autism: From Adjective to Noun.** In *Autism Diagnosis, current Research and Management*. pp. 3-6 - Spectrum Publications, 1976.
25. TSAI, L.Y.; GHRAZIYUDDIN, M. - **In Textbook of child and adolescent psychiatry.** pp. 169-205. Washington - American Psychiatric Press, 1991.