



PUC
RIO

SANDRA AMARAL COHEN

A EVOLUÇÃO DO CONCEITO E DO DIAGNÓSTICO DE AUTISMO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Rio de Janeiro, 26 de abril de 2000

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea

CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil

<http://www.puc-rio.br>

N.Cham. 150 C678e TESE UC

Título A evolução do conceito e do diagnóstico de autismo



Ex.2 PUC-Rio - PUCB

00152142

SANDRA AMARAL COHEN

A EVOLUÇÃO DO CONCEITO E DO DIAGNÓSTICO DE AUTISMO

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-RIO como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica

Orientadora: **Carolina Lampreia**

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro
Fevereiro de 2000

102847

Bald



150
C628e
tese uc
v.2

*Para meu marido Marcelo e meus filhos
Bernardo, Júlia e Carolina, pela oportunidade
que me dão de conviver com pessoas
maravilhosas.*

AGRADECIMENTOS

A Carolina Lampreia, orientadora da dissertação.

Ao Departamento de Psicologia da PUC-RIO, pela oportunidade de realizar esse projeto e pela agradável convivência.

A Suely Louro, por sua disponibilidade, carinho, empenho e, sobretudo, paciência.

A Carla Gruber Gikovate, pela amizade nas horas difíceis e pelo grande incentivo a este ambicioso projeto, desde o início.

Ao meu pai José Hermano Cohen, pelo interesse constante em ajudar e por sua imensa disponibilidade.

Ao meu marido Marcelo Campos, pela compreensão e apoio.

Ao meu filho Bernardo, pelo empréstimo do computador; minha filha Júlia, pela ajuda com sua tranquilidade e compreensão; e minha filha Carolina, por suas histórias, e por sua maturidade.

A Pedro Augusto Bastos, pela amizade, orientação e apoio constante.

A Adriane Campos, Fernanda Cohen, Germán Marzán e Patrícia Cohen, pela ajuda prestada em diferentes momentos do projeto.

RESUMO

O atual conceito de autismo assim como seu diagnóstico são frutos da evolução do conhecimento científico e da psicologia, em particular, nos últimos 50 anos.

Buscando compreender o atual diagnóstico de autismo e entender suas limitações de uso, seus pressupostos teóricos, assim como as tendências na evolução do pensamento desta problemática, foram analisadas as descrições iniciais de Leo Kanner e de Hans Asperger e a evolução dos critérios de diagnóstico propostos por diversos autores - Michael Rutter, Lorna Wing e a *National Society for Autistic Children* - bem como por duas das maiores entidades responsáveis pela elaboração de instrumentos de diagnóstico, CID 10 e DSM IV.

ABSTRACT

The current concepts of Autism and its diagnosis are the results of 50 years of evolution in our scientific knowledge, especially in Psychology.

In order to understand the current diagnosis of Autism, its theoretical methodology, as well as its evolutionary tendencies, Leo Kanner and Hans Asperger's original studies were analyzed. The evolution in the proposals of criteria for diagnosis put forth by several authors – Michael Rutter, Lorna Wing and the National Society for Autistic Children – were then analyzed, together with those of the two most important parameters in diagnostic tools, ICD 10 and DSM IV.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	
RESUMO.....	
ABSTRACT	
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	v
INTRODUÇÃO	1
CAPITULO 1	
O AUTISMO DE KANNER E O AUTISMO DE ASPERGER.....	13
A Descrição de Kanner em 1943	16
O Relato de 1956 - Leon Eisenberg e Leo Kanner.....	23
Psicopatia Autística da Infância, Hans Asperger 1944	30
A Comparação entre o Quadro Clínico do Distúrbio Autístico do Contato Afetivo de Kanner e a Psicopatia Autística de Asperger	40
CAPÍTULO 2.....	
A EVOLUÇÃO DO CONCEITO E DO DIAGNÓSTICO DE AUTISMO	44
Michael Rutter	46
NSAC (<i>National Society for Autistic Children</i>).....	56
Lorna Wing.....	58
Considerações.....	63
CAPÍTULO 3	
A EVOLUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE AUTISMO SEGUNDO O DIAGNOSTICAL AND STATISTICAL MANUAL-(DSM)..	66
Histórico do DSM.....	67
Pressupostos Teóricos das Classificações do DSM.....	68

O Autismo e os DSM's.....	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura I	
Modelo gráfico: evolução do conceito do autismo de Kanner ao DSM IV	87
Figura II	
Modelo gráfico: espectros TGD e autismo	90
Figura III	
Modelo gráfico: Kanner como uma entidade diagnóstica separada de autismos	103

ANEXOS

Anexo 1 – Escala de estressores – Sistema multi-axial DSM II-R

Anexo 2 – Eixo V- Escala de avaliação do funcionamento Global Escala GAF

INTRODUÇÃO

Venho trabalhando com crianças autistas há alguns anos. Como psiquiatra, com frequência era solicitada a avaliar crianças com suspeita de autismo. Passei a sentir, então, a necessidade de utilizar instrumentos que pudessem me auxiliar a sustentar consistentemente as minhas observações, para que o diagnóstico não ficasse restrito à minha experiência. Desta forma, decidi adotar o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV), como instrumento para o diagnóstico. Com o passar do tempo, percebi que, sob um critério clínico de observação, o conjunto de crianças que anteriormente diagnosticava como autista era muito diferente do atual e que as crianças diagnosticadas eram muito diferentes entre si, formando um grupo bastante heterogêneo.

A idéia da dissertação partiu daí. Passei a questionar como crianças com quadros clínicos tão diversos, patologias distintas, comprometimentos cognitivos e motores desiguais poderiam receber o mesmo diagnóstico.

De que autismo estamos falando? Para que serve esse diagnóstico?

Freqüentemente, deparamo-nos com questionamentos a respeito do diagnóstico de autismo. Profissionais da área de saúde, como médicos, psicólogos, fonoaudiólogos e pesquisadores, têm dificuldade de se comunicar e de saber se estão falando do mesmo objeto.

Comecei a notar que aquilo que muda é, na verdade, a perspectiva de cada profissional; eles utilizam referenciais teóricos diferentes. Como os diagnósticos vieram mudando ao longo dos anos, e ainda hoje são confusos para a prática clínica (o critério atual é bem pouco preciso), tenho a impressão de que muitos profissionais optam por uma perspectiva e passam a adotá-la sem a preocupação de deixar claro qual o referencial

utilizado. Além disso, mesmo os profissionais que utilizam os critérios atuais, fazem diagnóstico de um grupo heterogêneo de crianças. Esses aspectos acarretam um elevado grau de dificuldade na comunicação destes profissionais e no entendimento do autismo entre eles.

Outro aspecto que acarreta dificuldades nas avaliações dos tratamentos e nas pesquisas trata-se dos critérios propriamente ditos. Mesmo usando um critério de diagnóstico proposto e aceito mundialmente como o Código Internacional das Doenças (CID), da Organização Mundial de Saúde, e o DSM-IV, da Associação Psiquiátrica Americana, as características das amostras estudadas não são semelhantes, pois o diagnóstico é aplicado a grupos e subgrupos que compartilham características comuns, mas que não descrevem uma especificidade do fenômeno a ser tratado. Isto estabelece uma lacuna na comunicação entre os profissionais, dificultando o avanço na direção das pesquisas e, conseqüentemente, das terapias.

Os inúmeros critérios de diagnóstico de autismo precisam ser reavaliados para que sejam conhecidos seus pressupostos teóricos, a maneira como estão estruturados e seus objetivos, para, desse modo, podermos criticá-los e melhor aplicá-los, tanto na pesquisa quanto na prática clínica.

* * *

Acompanhando a evolução do conceito de autismo, percebemos que o termo *autismo* foi usado pela primeira vez por Eugen Bleuler, em 1911, para descrever o isolamento

afetivo dos pacientes esquizofrênicos e a falta de contato com o mundo à sua volta, característicos de seu comportamento.

Em 1943, Leo Kanner descreveu uma síndrome que nomeou de Autismo Precoce Infantil, usando o termo cunhado por Bleuler, já que as crianças que descreveu tinham como uma das características marcantes do seu comportamento essa perda do contato afetivo com o mundo à sua volta.

O trabalho de Kanner desde então é bastante conhecido e o termo *autismo* ficou relacionado ao quadro clínico apresentado por crianças com o comportamento por ele descrito.

Kanner, em seus escritos originais de 1943, descrevia apenas onze crianças. Notava que estas crianças apresentavam "peculiaridades fascinantes" e "condições que se diferenciam marcadamente" das patologias infantis que haviam sido descritas até então. A importância do relato de Kanner, e talvez por isso ele seja citado até os dias de hoje, foi ter conseguido apontar uma linearidade e similaridade entre os poucos casos avaliados, propondo uma nova categoria de diagnóstico, que nomeou de **Distúrbio Autístico do Contato Afetivo**.

Kanner, em 1943, chamou a atenção para algumas características, como o extremo isolamento autístico, o desejo obsessivo de preservar a uniformidade do meio ambiente, a excelente memória, a ecolalia tardia, a supersensibilidade a estímulos, a limitação na variedade de atividades espontâneas, o bom potencial cognitivo e a presença de famílias altamente inteligentes. Posteriormente, quando reviu seus escritos (Kanner & Eisenberg, 1956), isolou apenas dois sintomas como característicos: o "extremo isolamento e a obsessiva insistência de preservar a uniformidade do meio" (*sameness*). As outras características foram

consideradas tanto causa como consequência dessas duas primeiras. Outras ocorrências significativas apontadas por ele não se confirmaram, como a presença de pais frios e pouco afetuosos.

Coincidentemente, em 1944, Hans Asperger publicou um trabalho fruto de seus 10 anos de pesquisas e estudos com um conjunto de crianças, para as quais propôs o diagnóstico de Psicopatia Autística, também levando em conta o seu déficit no contato social.

É interessante observar que embora ambos (Kanner e Asperger) tenham nascido em Viena, jamais se encontraram e quando publicaram seus trabalhos não conheciam os estudos um do outro. No entanto, eles descreveram crianças com características semelhantes que apresentavam déficit no contato social, pobre contato olho no olho, estereotípias de palavras e movimentos, marcada resistência a mudanças e interesses especiais isolados, freqüentemente em tópicos e objetos bizarros e idiossincráticos (Happe, 1994).

O conceito de Psicopatia Autística apresentado por Asperger revela alguns pontos em comum com o autismo de Kanner e ainda hoje ambos são objeto de estudos e controvérsias .

A descrição original em alemão, de Asperger, permaneceu por muitos anos desconhecida e pouco divulgada. Em 1991, Uta Frith publicou a tradução para o inglês e, desde então, muito tem sido discutido a respeito dessa entidade clínica. Atualmente, a Síndrome de Asperger aparece tanto no DSM IV quanto no CID 10 como uma entidade clínica distinta do autismo, mas a comunidade científica ainda não é unânime em determinar se esta síndrome é uma forma de autismo de alto funcionamento intelectual ou se tem validade como entidade clínica distinta.

* * *

Embora o autismo de Kanner tenha sua validade como entidade diagnóstica bem estabelecida, há fatores que dificultam o estabelecimento de critérios, como: 1) a continuidade com outros transtornos; 2) ampla faixa da expressão da síndrome; 3) mudança do quadro clínico com a idade; 4) frequência de sintoma tipo autista em pessoas com retardo mental; e 5) prevalência baixa do transtorno (Volkmar e Cohen, 1988).

A discriminação dos diferentes quadros clínicos e suas dificuldades diagnósticas levaram vários outros autores, que continuaram estudando a síndrome de Kanner, a propor novas abordagens diagnósticas e modificações dos critérios de diagnóstico.

Alguns trabalhos são pontuais no estudo dessa problemática, como o de Rutter, de 1978, no qual faz uma revisão do conceito e da abordagem diagnóstica; os de Lorna Wing, de 1979, propondo uma tríade de déficit que seria responsável pelo comportamento autista e, posteriormente, de 1988, o conceito de espectro autista; e ainda os da *National Society for Autistic Children* (NSAC 1978), entidade americana com fins terapêuticos e científicos, que propôs a sua própria classificação.

* * *

Atualmente, dois instrumentos de diagnósticos são mundialmente aceitos: o Código Internacional de Doença (CID), na presente data em sua décima edição (CID 10), e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), da Associação Psiquiátrica Americana, hoje em sua quarta edição (DSM-IV). O autismo foi considerado uma entidade diagnóstica oficial apenas em 1980, no DSM III (Volkmar, 1995).

Enquanto na síndrome descrita por Kanner podíamos identificar “peculiaridades fascinantes”, nas palavras do próprio atualmente encontramos uma heterogeneidade no quadro clínico, pois o conceito atual de autismo (DSM IV, 1994) está baseado na presença de uma tríade de deficiências, a saber: 1 - déficit qualitativo na comunicação; 2 - déficit qualitativo na interação social; 3 - padrão de comportamento, interesses e atividades, restrito repetitivo e estereotipado. Assim, a heterogeneidade dos diagnosticados como autistas atualmente não permite, por exemplo, que se identifique uma característica patognomônica.

Os critérios atuais de autismo do DSM-IV e do CID 10 são vagos, pouco precisos e abrangentes em excesso. Utilizando-os, podemos diagnosticar como autistas crianças com os mais diversos quadros clínicos e comportamentos bastante distintos, abrangendo grupos com maior potencial de desempenho social, até outros com comprometimentos mais acentuados, tanto do ponto de vista cognitivo como do comportamento e linguagem. Ou seja, o atual diagnóstico é capaz de identificar sob a rubrica de autismo vários subtipos de quadros clínicos.

Wing e seus colaboradores, em um estudo epidemiológico de 1979, identificaram três subtipos distintos de comportamentos baseados na qualidade do déficit da interação social: 1) indiferença social; 2) interação passiva; 3) ativo, mas com interação bizarra (Wing e Gould, 1979).

É importante destacar a contribuição do estudo de Eaves, Ho e Eaves (1994), no qual foram relatadas importantes diferenças entre as crianças autistas diagnosticadas. O estudo enfatizava a relação entre as funções cognitivas e os subtipos encontrados. Entre 166 crianças avaliadas, puderam ser identificados quatro subtipos: 1) mais de 50% das crianças foram descritas como autistas típicas, apresentando tanto comunicação verbal como não verbal, indiferença (*aloofness*), prejuízos no desempenho social e distúrbios sensoriais; 2) 19% são semelhantes ao grupo de autistas típicos, mas apresentam deficiência mental moderada ou severa; o grupo restante forma dois subgrupos; 3) um grupo formado por autistas de alto funcionamento, com comportamento semelhante ao de crianças com síndrome de Asperger; 4) um pequeno grupo de crianças deficientes nas habilidades sociais e na linguagem, apresentando interesses restritos e história familiar de problemas de aprendizado.

A presença de diversos subtipos de autismo acarreta sérias implicações entre as quais se destacam tanto a maneira de proceder as avaliações e pesquisas quanto a necessidade de diferentes tratamentos.

Iremos ao longo do nosso estudo avaliar as vantagens e desvantagens de se utilizar o rótulo *autismo*, pois o nosso objetivo é conhecer pressupostos teóricos dos atuais critérios de diagnóstico de autismo e aprofundar a problemática do atual diagnóstico de autismo para que possamos identificar possíveis falhas, apontar as vantagens e desvantagens desses instrumentos de diagnóstico e sugerir um critério para sua utilização.

* * *

Assim sendo, antes de passarmos a uma apresentação discriminada de como isso será feito, são necessários alguns esclarecimentos e considerações:

I. O atual diagnóstico de autismo (DSM-IV) é heterogêneo e amplo. Ao empregar este sistema, fazemos o diagnóstico de um grupo de crianças com quadros clínicos muito distintos entre si, isto é, com graus variados de prejuízo de linguagem e de prejuízos sociais, com déficits neurais e idades mentais diferentes e de etiologias diversas. O problema de heterogeneidade tem sido atribuído à estrutura dos sistemas de diagnóstico (Parks, 1983) e ao uso incorreto dos sistemas de diagnóstico (Cohen, Paul, & Volkman, 1986, Meehl, 1986, Waterhouse, Moris e Wing, 1996). A identificação de subgrupos homogêneos proporcionaria um maior avanço nos estudos etiológicos, psicológicos, genéticos, neuroanatômicos, bem como uma orientação de tratamento específica (Waterhouse, Moris e Wing, 1996).

Um outro problema do critério atual é que ele ainda abrange um espectro amplo demais, isto é, contingentes maiores de crianças são diagnosticados como autistas, quando utilizamos o DSM IV, se comparado com o DSM-III, por exemplo.

Um estudo comparativo entre quatro sistemas de diagnóstico de autismo (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, CID-10) foi realizado com 194 crianças em idade pré-escolar que apresentavam prejuízos sociais importantes. Os resultados indicam que entre essas 194 crianças, de acordo com o DSM-III, o autismo infantil foi identificado em 98 delas, enquanto as outras 96 foram diagnosticadas como tendo transtorno global do desenvolvimento (TGD). Usando-se o DSM-III-R, o autismo foi diagnosticado em 176 crianças desse mesmo grupo, enquanto apenas 18 receberam diagnóstico de transtorno global do desenvolvimento sem outras especificações (TGD SOE). Utilizando o DSM-IV como sistema de diagnóstico,

identificamos 115 crianças autistas e 79 com outros transtornos do desenvolvimento (Waterhouse, L. e colaboradores, 1996).

II. O segundo esclarecimento diz respeito à qual diagnóstico ou conceito estamos nos referindo, visto que, a mudança de critério causa uma mudança no enfoque teórico estabelecido para se “olhar” o autismo, acarretando por sua vez uma mudança do grupo de crianças que estão sendo diagnosticadas, no quadro clínico, na incidência e na compreensão desse fenômeno.

↙
O critério de diagnóstico de autismo tem variado ao longo dos anos e o conceito tem sofrido variações no seu foco e suas preocupações. Quando o autismo era visto como uma psicose infantil, maior atenção era dada ao seu comportamento diferenciado. Quando clínicos e pesquisadores começaram a notar a importância do déficit cognitivo, o foco passou a ser direcionado ao déficit em linguagem e desenvolvimento social. Mais recentemente, foi entendido que aquilo que diferencia o autismo de outras desordens do desenvolvimento é o desvio, e não o atraso no processo de desenvolvimento. É importante entender que essa mudança de conceito não significa que o termo autismo tenha sido aplicado para condições diferentes. Crianças autistas usualmente mostram uma mistura de comportamento bizarro, atraso no desenvolvimento e desvio de desenvolvimento. Os resultados das pesquisas levaram as pessoas a reconhecerem que, apesar de os dois primeiros grupos de características (comportamento bizarro e atraso do desenvolvimento) serem comuns em crianças autistas, a terceira característica (o desvio de desenvolvimento) é a que marca a maior diferença com relação a outras condições (Rutter & Shopler, 1978). ↘

A pergunta que podemos fazer então é: para que serve um diagnóstico (ou o atual diagnóstico) de autismo?

O atual diagnóstico de autismo apresenta uma variada gama de problemas. Isso, contudo, não significa dizer que fazer diagnóstico não é importante ou relevante. Podemos citar algumas utilidades dos diagnósticos:

O diagnóstico serve para: a) orientação clínica a respeito da patologia apresentada pelo paciente; b) comunicação entre os profissionais; c) delimitação de uma doença; d) orientação de tratamento; e) prevenção de patologias; f) investigação de etiologia.

Como o diagnóstico é feito? Em medicina, os diagnósticos podem ser feitos: a) pela presença de um sinal ou de um sintoma; b) através de um conjunto de sinais e sintomas, ou seja uma síndrome; c) os diagnósticos podem ser feitos quando uma etiologia específica é conhecida. Em psiquiatria, os diagnósticos são feitos através de descrição de sintomas e comportamentos na tentativa de delimitar uma entidade clínica usando critérios pré-estabelecidos.

O presente estudo tem por objetivo avaliar os atuais diagnósticos de autismo, entender seu conceito e em que ele está baseado, para identificar possíveis falhas nos atuais critérios de diagnóstico de autismo. E, desse modo, sugerir uma nova maneira de sua utilização que possa contribuir para o seu uso tanto na prática clínica como em pesquisas.

Faremos, então, uma análise das modificações do conceito e dos critérios de diagnóstico de autismo ao longo dos anos, tentando situar o atual diagnóstico, a fim de

compreendermos a problemática que o cerca. Isso será feito a partir do estudo da evolução dos critérios de diagnóstico desde Leo Kanner, em 1943, objetivando os seguintes aspectos:

- 1- Tentar identificar os aspectos que motivaram tantas mudanças conceituais
- 2- Identificar os critérios usados na proposição de novos diagnósticos e conceitos
- 3- Contextualizar histórica, científica e politicamente o atual diagnóstico
- 4- Refletir sobre uma nova lógica na abordagem dos critérios e sugerir um modo de utilização dos atuais sistemas de diagnóstico

O primeiro capítulo - O AUTISMO DE KANNER E O AUTISMO DE ASPERGER, apresentará os critérios diagnósticos das "novas" categorias propostas por Kanner, em 1943, e Asperger, em 1944, e alguns aspectos da discussão atual a respeito da comparação entre as duas entidades.

O segundo capítulo - A EVOLUÇÃO DO DIAGNÓSTICO E DO CONCEITO DE AUTISMO, apresentará especificamente a evolução do diagnóstico de autismo, fazendo uma análise comparativa entre os critérios propostos por importantes autores e entidades ao longo dos anos: Michael Rutter, Lorna Wing, *National Society for Autistic Children*(NSAC).

O terceiro capítulo apresentará - OS ATUAIS DIAGNÓSTICOS DE AUTISMO, explicitando o conceito de diagnóstico, discutindo a sua importância e analisando os atuais sistemas de diagnósticos de autismo das classificações mundiais (DSM-IV e CID 10), através da evolução do diagnóstico do DSM (DSM-II, DSM-III, DSM-III-R, e CID 10).

Por fim, nas CONSIDERAÇÕES FINAIS, abordaremos três itens, a saber:

- 1) Discutir a importância e a utilidade dos atuais diagnósticos de autismo.
- 2) Assinalar a lógica dos atuais critérios de diagnóstico e apontar as possíveis falhas (mudança de perspectiva).
- 3) Refletir sobre uma nova lógica na abordagem dos instrumentos diagnósticos, isto é, quando devem ou não ser usados, apontando suas vantagens e limitações.

CAPITULO 1

O AUTISMO DE KANNER E O AUTISMO DE ASPERGER

Kanner, em 1943, publicou um trabalho no qual descrevia onze crianças. Notava que estas crianças apresentavam “peculiaridades fascinantes” e “condições que as diferenciam marcadamente” das crianças que haviam sido descritas até então. O importante do relato de Kanner, e talvez por isso ele seja citado até os dias de hoje, é que ele conseguiu apontar uma linearidade e similaridade entre os poucos casos avaliados, propondo uma nova categoria de diagnóstico.

Parte deste capítulo se destina a comentar os escritos originais de Leo Kanner, de 1943, quem pela primeira vez descreveu o autismo, síndrome que nomeou de Distúrbio Autístico do Contato Afetivo.

O termo *autismo* foi empregado pela primeira vez por Eugen Bleuler (1911) para descrever a perda do contato dos pacientes esquizofrênicos com o mundo à sua volta.

Kanner (1943) chamou a atenção para algumas características, como o extremo isolamento autístico, o desejo obsessivo de preservar a uniformidade do meio ambiente, a excelente memória, a ecolalia tardia, a supersensibilidade a estímulos, a limitação na variedade de atividades espontâneas, o bom potencial cognitivo e a presença de famílias altamente inteligentes.

Posteriormente, em 1956, ele próprio reviu seus escritos e propôs uma nova abordagem diagnóstica, quando isolou apenas dois sintomas como característicos – o extremo

isolamento e a obsessiva insistência de preservar a uniformidade (sameness); as outras características anteriormente citadas foram consideradas causa ou então consequência destas duas primeiras selecionadas. Através da revisão das obras de 1943 e 1956 de Kanner, tentarei identificar o que motivou as novas conclusões do autor.

Um ano após a publicação do trabalho de Kanner, em 1944, Hans Asperger descreveu uma síndrome que nomeou de Psicopatia Autística e que apresentava alguns pontos em comum com o Autismo Precoc que Kanner havia descrito. Note-se que os autores não se conheciam e não sabiam da existência do trabalho do outro. Coincidentemente, descreveram crianças que apresentavam como característica comum o déficit no contato social, pobre contato olho a olho, estereotípias de palavras e movimentos, marcada resistência a mudanças, interesses especiais isolados, freqüentemente em tópicos e objetos bizarros e idiossincráticos.

A descrição de Asperger permaneceu por muitos anos desconhecida e pouco divulgada.¹ Em 1991, Uta Frith publicou a tradução para o inglês de seus escritos originais e, desde então, muito tem sido discutido a respeito dessa entidade clínica. Atualmente, ela aparece tanto na quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV), quanto na décima revisão do Código Internacional das Doenças (CID 10), como uma entidade clínica distinta do autismo. A comunidade científica, contudo, ainda não é unânime em determinar se a Síndrome de Asperger é o mesmo que autismo de alto funcionamento intelectual, ou se faz parte do espectro autista (isto é, se seria um subgrupo de autistas); ou ainda, se tem validade como entidade clínica distinta (Schopler, 1985, Gilbert, 1985 e 1989a; Szatmari, Bartolucci e Bremer, 1989; Szatmari, Tuff, Finlayson & Bartolucci, 1990; Kerbeshian, Burd e Fisher, 1990; Volkmar, Paul e Cohen, 1985). Para uma comparação

¹ Em 1980, no entanto, Wing faz referência à síndrome de Asperger em Wing, L. (1980) *Early Childhood Autism*. Cap. 2 (*Diagnosis, clinical description and prognosis*).

das duas descrições - Kanner e Asperger, apresentarei uma síntese da tradução de Utah Frith, assim como os principais pontos de controvérsias da comunidade científica no que diz respeito à comparação das duas entidades.²

Para se ter uma idéia da polêmica envolvendo a questão, pode-se adiantar que na opinião do próprio Asperger, que teve acesso dez anos depois aos escritos de Kanner, as descrições não diziam respeito ao mesmo quadro clínico (Frith, 1991).

* * *

Hans Asperger (1906-1980) e Leo Kanner (1894-1981) nasceram na Áustria e estudaram em Viena, mas nunca se encontraram. Kanner emigrou em 1924, para os Estados Unidos, onde passou a trabalhar na Clínica Johns Hopkins, em Baltimore. Com os seus escritos em psiquiatria infantil, fundou uma nova disciplina, mas a sua fama aumentou com a “descoberta” do autismo. Em 1943, Kanner introduziu o diagnóstico de autismo infantil precoce (*early infantile autism*) para um tipo de desordem ainda não reconhecida como uma entidade clínica, apesar de ser possível encontrarmos descrições anteriores. Tais descrições falharam em deixar a sua marca, pois ninguém havia nomeado nem tampouco apontado seu significado. Logo após a descrição de Kanner, muitos clínicos imediatamente encontraram casos que preenchiavam a categoria de autismo precoce infantil.

² Francesca Happé, questionada na Jornada de Autismo da Região Sudeste, em São Paulo, em junho de 1998, sobre a questão da diferenciação entre autismo de alto funcionamento e Síndrome de Asperger relata que a questão ainda é muito polêmica e apenas recentemente tem sido levantada e estudada e, assim sendo, seria precoce firmar uma opinião a esse respeito.

Asperger, dez anos mais novo que Kanner, seguiu carreira em medicina geral, com especialização em pediatria. Ele sentia-se especialmente atraído pelas abordagens pedagógicas, que estavam sendo postas em prática com as então consideradas crianças difíceis, por volta de 1918, na Universidade de Pediatria Clínica de Viena. Havia reunido uma equipe de clínicos que trabalhavam na reabilitação dessas crianças, tendo, a partir daí, elaborado sua segunda tese de doutorado. Ele chamou o tópico da sua tese de Psicopatia Autística (*Autistic Psychopathy*) e defendeu-a no ano de 1943, publicando-a em 1944.

Ambos os autores foram pioneiros em reconhecer que o autismo era uma desordem maior do desenvolvimento e não apenas uma aflição infantil interessante e rara.

✶ A Descrição de Kanner de 1943

O relato de Kanner contém uma pequena introdução, uma descrição detalhada do quadro clínico de onze crianças, o estudo desses casos e seus comentários finais.

Em sua discussão, o próprio Kanner grifa os sintomas marcantes que considerava característicos do diagnóstico que estava propondo, os quais serão mantidos nesta revisão.

Em seus comentários, ele fundamenta a diferenciação entre as características apresentadas no autismo e aquelas da esquizofrenia infantil (que era o paradigma da doença mental infantil na época) e afirma também acreditar que os casos apresentados fazem parte de uma nova categoria de diagnóstico que, segundo ele, seria um **distúrbio autístico inato do contato afetivo**.

Ao apresentar a síntese de sua discussão e de seus comentários, procurarei exemplificar as características destacadas, a fim de que possamos entender com precisão a

quais sintomas Kanner estava se referindo. Não me deterei nos casos clínicos, embora os ache extremamente interessantes e ricos, devido à sua extensão.

Em sua reduzida introdução, Kanner relatava que, desde 1938, a sua atenção e a de seus colaboradores estavam voltadas para um número de crianças, cujas “condições diferiam marcadamente de qualquer outro relato até então” (Kanner, 1943, p.217). Achava que isso merecia uma consideração detalhada de suas “peculiaridades fascinantes” (Kanner, 1943, p.217). E relatava que faria uma condensação dos casos apresentados.

No item referente à discussão, o autor relata que: “As onze crianças cujas histórias acabaram de ser apresentadas, mostram – como seria de se esperar – diferenças individuais no grau de comprometimento, na manifestação de suas características específicas, na constelação familiar e no seu desenvolvimento ao longo dos anos. Com apenas uma rápida revisão do material, é inevitável notar a emergência de um número de características comuns e essenciais. Essas características formavam uma síndrome jamais descrita e que parece rara, mas provavelmente é mais freqüente do que os poucos casos indicados” (Kanner, 1943, p. 242).

Kanner também chamava a atenção para o que era patognomônico, “o fundamental na desordem é uma inabilidade das crianças em se relacionarem de uma maneira comum com pessoas ou situações desde o início da suas vidas. Há desde o início uma solidão autística extrema” (Kanner, 1943, p.8).

Descreveu e selecionou outras características apresentadas pelo grupo de crianças que observou, e que serão apresentadas por blocos de déficits, isto é, no que diz respeito ao comportamento, à linguagem, a aspectos cognitivos, biológicos, sociais, motores e à aparência física.

Em relação ao **comportamento**, as crianças apresentam "*uma falha em assumir uma postura antecipatória preparatória para ser pega pelos pais*". Além disso, não se mostram atentas nem interessadas na presença dos pais, mesmo se estes permanecerem por um longo período afastados. Kanner relata a este respeito o caso de um pai que contava que havia anos a filha Bárbara não mudava a fisionomia ou sequer a sua posição quando os pais chegavam em casa após várias horas ausentes nem quando aproximavam-se de seu berço falando com ela, prontos para pegarem-na. Além disso, essas crianças não se mostravam capazes de ajustar seus corpos à postura das pessoas que as seguravam. Esta característica é aprendida em média nos primeiros meses de vida e, no entanto, as crianças observadas só a adquiriram com 2 ou 3 anos.

O autor chamava a atenção para a obsessão dessas crianças, seu comportamento era governado por um *desejo obsessivo de manter a uniformidade*. Havia uma severa limitação na variedade de suas atividades espontâneas. Mudanças na rotina, mudanças na casa, na ordem padronizada em que os eventos eram realizados diariamente, podiam levá-las ao desespero. Todas as atividades deveriam ser completadas do início ao fim, da maneira em que foram feitas originalmente. O medo de mudanças parecia ser o principal fator responsável pela repetição monótona que resultava em uma limitação da atividade espontânea e na insistência em manter seus rituais.

O autor relata que as crianças apresentavam um bom relacionamento com objetos, manifestando interesse por eles, com os quais podiam brincar alegremente por horas. Em suas brincadeiras, elas experimentavam a sensação gratificante de poder e controle. O aspecto do **relacionamento social**, no entanto, mostrava-se diferente. Todas as crianças que entravam no consultório imediatamente procuravam pelos blocos, brinquedos e outros objetos, sem prestar

atenção nas pessoas presentes. Idas e vindas não pareciam ser notadas. Conversas não despertavam seu interesse. Nunca olhavam para o rosto de ninguém. Quando um adulto intrometia-se, tirando um brinquedo ou pisando em um objeto de que a criança precisasse, ela resistia e se tornava irritada com as mãos ou os pés do adulto, que não seriam vistos como parte da pessoa. A criança nunca endereçaria uma palavra ou um olhar para o dono das mãos ou dos pés. Desse modo, o autor percebia que uma profunda solidão dominava todo o comportamento dessas crianças. Ele dá o exemplo de uma outra que brincava sozinha em meio a um grupo de crianças, não mantendo qualquer contato corporal, fisionômico ou verbal com elas.

As crianças descritas ansiavam em manter o mundo externo longe e indicavam isto com uma recusa a qualquer intrusão vinda do meio externo. Pelo fato de comida representar a mais precoce intrusão, várias crianças descritas apresentavam problemas de vômitos e recusa alimentar. Outras intrusões advinham de barulhos altos e objetos que se moviam, aos quais normalmente reagiam com horror (triciclos, elevadores, aspiradores, bateadeiras elétricas ou mesmo o vento podiam ocasionalmente causar um grande pânico).

No que diz respeito à **linguagem**, ele observou que oito das onze crianças adquiriram a fala na idade normal ou após algum atraso. Três crianças permaneceram mudas. Chamou atenção de que mesmo as crianças que falavam, não conseguiam transmitir sentido aos outros. Os pais relatavam com muito orgulho que as crianças aprendiam muito cedo a repetir cantigas, orações, listas de animais, listas de presentes, o alfabeto na ordem inversa, mesmo de língua estrangeira (francês). Uma excelente memória, associada à inabilidade de usar a linguagem de outra maneira, normalmente levava seus pais a ensiná-los mais e mais poemas, versos, listas de animais ou de plantas.

Assim, a linguagem desde o início, não era utilizada com o propósito de comunicação. Considerando-se a função comunicativa da fala, não havia diferença significativa entre as oito crianças que falavam e as três que eram mudas.

Foram observados presença de ecolalia tardia e um sentido literal do aprendido, isto é, o significado da palavra aprendida adquire uma inflexibilidade, não podendo ser usada com outro sentido a não ser a conotação originalmente adquirida. Menciona o caso de Donald que aprendeu a dizer "sim" quando seu pai lhe ensinou a dizê-lo quando queria ser posto em seus ombros. Desde então, a palavra passou a significar para Donald apenas o desejo de ser colocado nos ombros do pai. Era incapaz de usá-la como um símbolo geral de assentimento.

Destacava ainda, em relação à linguagem, a presença de fenômenos gramaticais peculiares nas oito crianças verbais: os pronomes pessoais eram repetidos como ouvidos, sem alteração conforme a situação. Não só as palavras, mas as entonações também eram mantidas. Como exemplo, o autor conta que uma criança pedia leite com as mesmas palavras usadas por sua mãe: "Agora, eu vou lhe dar o seu leite". Conseqüentemente, ela passou a usar o "você" para referir-se a si própria e o "eu" para referir-se à pessoa a quem estava se dirigindo. A inversão pronominal costuma estar presente até os seis anos, quando a criança gradualmente aprende a falar de si mesma na primeira pessoa e a endereçar-se aos outros na segunda pessoa.

Em relação aos aspectos **cognitivos**, Kanner notava que apesar de todas essas crianças em determinado momento parecerem apresentar retardo mental, elas eram inquestionavelmente dotadas de um *bom potencial cognitivo*. O variado vocabulário das crianças verbais, a excelente memória para fatos passados, poemas e nomes, assim como precisas coleções de padrões e seqüências pareciam indicar inteligência.

A **aparência física** mostrava que as crianças possuíam uma fisionomia inteligente; eram aparentemente normais.

Algumas crianças eram algo desajeitadas em sua **coordenação motora** grossa, sendo hábeis em sua coordenação motora fina.

Os exames complementares disponíveis mostravam quanto aos aspectos **biológicos**: eletroencefalogramas normais em todos os casos, ausência de evidências de anomalias congênitas.

Concluindo o item referente a discussão, o autor destaca o fato de todas crianças apresentarem um interessante fator em comum, qual seja, o de *pertencerem a famílias altamente inteligentes*.

Em seus comentários finais, Kanner se mostra interessado em ressaltar que “embora a combinação de autismo extremo, obsessividade, estereotípias e ecolalia formasse um quadro clínico geral que se relacionava com alguns dos fenômenos básicos da esquizofrenia ... e apesar de sua marcada semelhança, a condição que estava descrevendo diferia em muitos outros aspectos daquele da esquizofrenia infantil” (p.248).

O primeiro aspecto a diferenciar o quadro de autismo daquele da esquizofrenia é o fato da primeira manifestação desta última (esquizofrenia) se dar após o segundo ano de vida da criança (isto considerando-se os relatos de aparecimento precoce de De Sanctis (demência preciosíssima) ou de Heller (demência infantil); enquanto isso, as crianças observadas pelo autor apresentavam um isolamento intenso desde o início de suas vidas, não respondendo a praticamente nenhum estímulo que viesse do mundo externo.

O segundo aspecto discute como crianças capazes de estabelecer e manter um relacionamento inteligente e útil com objetos que não ameaçassem interferir em sua solidão, apresentavam, entretanto, desde o nascimento, ansiedade e tensão com as pessoas, com as quais, além disso, não demonstravam nenhum tipo de contato afetivo. Se a relação com alguma pessoa fosse inevitável, então um relacionamento era temporariamente estabelecido com a mão ou pé, como um objeto separado, mas raramente, com a pessoa propriamente dita.

→ As atividades e interesses eram governados rigidamente por um desejo profundo de solidão e uniformidade (*sameness*). Daí suas obsessões repetitivas. Por isso, também ocorria a repetição de sentenças sem alterar os pronomes de acordo com a ocasião (inversão pronominal), atribuída, talvez, ao desenvolvimento de um fenômeno de memória permitindo que a criança repetisse e reproduzisse complexos padrões sem sentido, alheia ao modo como foram organizados ou construídos.

Enquanto os esquizofrênicos tentavam solucionar seus problemas se posicionando fora do mundo do qual eles faziam parte ou com o qual estavam em contato, as crianças descritas gradualmente, com extrema cautela e medo, relacionavam-se com um mundo que para elas era completamente estranho desde o nascimento.

Em seu artigo, Kanner mostra-se intrigado com a família dessas crianças, assinalando um elevado padrão de obsessão. Em todo o grupo estudado, existia um pequeno número de pais realmente afetuosos. Em sua maior parte, pais, avós e correlatos eram pessoas preocupadas com abstrações científicas, literatura, história natural, e um limitado interesse genuíno em pessoas. Mesmo nos casamentos felizes, notava-se um relacionamento frio e formal. Kanner questiona então se, ou em que extensão, esses fatos contribuem para a condição da criança. Conclui que o quadro clínico (em que a solidão está presente desde o

nascimento) não pode ser atribuído exclusivamente ao relacionamento estabelecido com os pais.

E conclui o artigo dizendo que tendia a acreditar que “essas crianças vinham ao mundo com uma inabilidade inata de estabelecer um contato afetivo habitual com as pessoas, assim como outras pessoas vêm ao mundo física ou intelectualmente prejudicadas. E que, se isso era correto, estudos futuros sobre essas crianças, poderiam ajudar a fornecer critérios concretos referentes à noção ainda difusa acerca dos componentes constitucionais da reatividade emocional. Aqui temos exemplos de distúrbios autísticos inatos do contato afetivos” (p.250).

O Relato de 1956 - Leon Eisenberg e Leo Kanner

Kanner relata que, desde a publicação do artigo original, mais de 120 crianças, diagnosticadas com razoável certeza, haviam sido acompanhadas no Hospital John Hopkins. A síndrome passou então a ser reconhecida como tendo alguma especificidade (como foi atestado pelos inúmeros casos diagnosticados, assim como pelas discussões de aspectos teóricos e dinâmicos). Assim sendo, os dados preliminares de estudos de *follow-up* no Hospital John Hopkins atestaram a singularidade da síndrome. Em seguida, é apresentada, no estudo em questão, uma rápida revisão da natureza do conceito original, onde o autor expõe as modificações por ele propostas, necessárias ao melhor conhecimento e à evolução do conceito de autismo infantil.

No artigo original, a desordem patognomônica era “a inabilidade da criança de se relacionar de uma maneira habitual com pessoas e situações desde o início de sua vida” (p.557). A natureza de seu desligamento das relações humanas, torna a aparência e o

comportamento dessas crianças fundamentalmente diferente de outros distúrbios comportamentais conhecidos. Chama a atenção de que há “desde o início da vida uma solidão autística extrema” (p.557) e não apenas, como na esquizofrenia, um “retraimento de um modo formal de existência” na relação com os outros. Isto pode ser percebido pelo relato quase universal dos pais dessas crianças que se referem ao fato de que, quando eram bebês, falhavam em assumir uma postura antecipatória antes de serem pegas no colo, assim como nunca adotavam uma postura de se aninharem no colo dos pais, como ocorre normalmente. Os pais inicialmente se mostravam satisfeitos com a docilidade da criança, isto é, com a habilidade de se entreterem por longos períodos sem requisitarem atenção. Entretanto, posteriormente, tornavam-se preocupados com a persistência desse auto-isolamento, bem como com a observação de que suas idas e vindas pareciam indiferentes à criança.

Uma segunda característica notada era a falência em usar a linguagem para a comunicação, assim como a presença de uma dificuldade grosseira em poder utilizar a fala para transmitir sentido ou sentimentos para os outros. Desse modo, a repetição de frases fixas, que falha em recombinar palavras em frases originais ou personalizadas, levando ao fenômeno de ecolalia tardia, inversão pronominal, bem como a utilização das palavras em um sentido literal na conversação.

A terceira característica descrita era “o obsessivo desejo de manter a uniformidade do meio” (p.557), resultando em uma limitação acentuada das atividades espontâneas das crianças, assim como o temor quanto a novos padrões de rotina, muito embora, quando incorporados, passem então a fazer parte sua restrita rotina.

A quarta característica é a fascinação por objetos que são manipulados com habilidade em movimentos finos. Tão intensa é sua atração por eles que a mínima alteração

nos objetos ou na sua arrumação, que normalmente passa despercebida pela maioria dos observadores, pode levar a criança à fúria, até que a mudança seja desfeita.

Finalmente, foi argumentado que estas crianças tinham “bom potencial cognitivo” (p.557), já que notou-se que nas crianças que falavam possuíam uma excelente memória, enquanto que as crianças mudas, uma facilidade na performance de testes.

A síndrome, então, estava sendo delineada como algo diferente da esquizofrenia, já que o desligamento do sujeito do meio está presente até o primeiro ano de vida³ e é também diferente da oligofrenia pelo seu bom potencial cognitivo.

Nesta revisão, Kanner sentiu-se seguro para poder “isolar duas características patognomônicas; ambas deveriam estar presentes: auto-isolamento extremo e insistência obsessiva na preservação da uniformidade do meio ambiente (*sameness*). Esses devem ser vistos como os dois sintomas primários. Desse modo, utiliza o termo *primário*, assim como Bleuler o fez quando agrupou os sintomas da esquizofrenia” (Eisemberg e Kanner, 1956, p.557).

Ele fundamenta a escolha destas duas características selecionadas (auto-isolamento e desejo obsessivo de uniformidade), demonstrando que as outras características relatadas podiam ser encontradas relacionadas a patologias diversas: as vicissitudes do desenvolvimento da linguagem, freqüentemente a característica presente mais intrigante, podiam ser vistas como secundárias ao distúrbio do relacionamento humano; preocupações com atividades repetitivas simples podiam ser percebidas com freqüência em crianças com retardo mental severo; podendo, portanto, ser um problema de diagnóstico. Entretanto, a

³ Este critério foi alterado e atualmente podemos fazer o diagnóstico antes dos 36 meses.

presença de rituais complexos associados ao isolamento servia para diferenciar os pacientes autistas.

* * *

Podemos identificar na citação a seguir uma observação que consideramos como a primeira mudança de critério⁴. Inicialmente, Kanner enfatizava constantemente o caráter inato da síndrome e, no entanto, tal critério foi modificado, expandindo o número de crianças diagnosticadas. Com essa mudança na idade de aparecimento, podia-se inferir que as crianças podiam apresentar as mesmas características, o autismo, devidas, entretanto, a diferentes causas ou etiologias.

“Os casos encontrados expandiram o número de casos de autismo, passando a incluir um número de crianças que tinham relatos de desenvolvimento normal até os primeiros 18 a 20 meses de vida, mas que apresentavam nesta época um severo retraimento do afeto, manifestado pela perda das funções de linguagem, falha no desenvolvimento da socialização, e perda gradual no interesse em atividades usuais. Sendo assim, esses casos tardios eram invariavelmente severos e não responsivos e, quando encontrados, não podiam ser diferenciados das crianças com quadros mais clássicos de retraimento, presentes no período

⁴ A questão é saber por que mudou o critério; podemos entender que o fato de Kanner chamar a atenção para o fato de que o autismo está presente desde o nascimento, não significava ter sintomas desde o início. Happé diz que considerar o autismo presente desde o nascimento não significa necessariamente apresentar sinais dele desde então (Happé, p. 20).

neonatal. No entanto, mesmo esses casos eram mais precoces no aparecimento e também fenomenologicamente distintos dos casos de esquizofrenia infantil”⁵ (p. 558).

A maior dificuldade, entretanto, permanecia na inabilidade de se relacionarem de um modo natural com outras pessoas. Mesmo as crianças que apresentavam um relativo sucesso, exibiam uma falta de percepção social, que pode ser melhor caracterizada, talvez como uma falta de *savoir faire*. O autor ilustra essa característica relatando um incidente envolvendo uma criança que obteve um progresso considerável. Ela jogava no time de futebol da escola, quando foi chamada a falar em público e chocou a platéia, dizendo que o time provavelmente perderia. A sua previsão estava até correta, embora não fosse adequada naquele contexto. Podemos perceber que essa criança era totalmente incapaz de compreender que a verdade podia não ser bem-vinda⁶.

Quanto ao caráter orgânico (biológico), o autor teceu considerações de que resultados negativos em investigações da integridade das funções centrais, nos métodos de investigação dos quais dispunha, não deveriam ser considerados conclusivos quanto à ausência de patologias do sistema nervoso central.

Levando-se em conta aspectos genéticos e hereditários, se fosse considerada a personalidade dos pais descritos como “autistas bem sucedidos” (p.561), poderíamos supor que eles apresentavam manifestações intermediárias de autismo, enquanto as crianças apresentavam o quadro completo de uma estrutura latente.

⁵ Podemos notar que todo o artigo enfatiza as diferenças entre as características encontradas nos pacientes autistas e nas crianças esquizofrênicas, visto que, na época, a principal patologia psiquiátrica infantil encontrada era a esquizofrenia. Daí, a preocupação do autor em apontar essas diferenças.

⁶ Esta característica das crianças autistas de perceberem o mundo de modo particular e de não perceberem o subtexto, isto é, as sutilezas presentes nos relacionamentos sociais, foi destacada por Baron Cohen (1985) para fundamentar a teoria da mente. Esta teoria psicológica tenta explicar a incapacidade de algumas pessoas para compreender os estados mentais das outras: como sentimentos, desejos, intenções.

Uma das características mais intrigantes da história clínica dessas crianças continuava sendo a porcentagem daquelas que apresentava um *background* de famílias altamente inteligentes, obsessivas e emocionalmente frias. Comparando-se os pais de crianças autistas com os pais de um grupo controle, esses apresentavam graus inferiores nos níveis educacional e profissional; entretanto, não foi encontrado neste grupo o grau de retraimento, obsessividade e frieza que era quase universal nos pais de crianças autistas (o autor admitia que cerca de dez cento dos pais de autistas não preenchiam este estereótipo).

Desse modo, a frieza/indiferença emocional na típica família de autistas sugeria um fator dinâmico empírico na gênese da desordem autística dessas crianças. O autor observava que estas famílias apresentavam os pais como cuidadores, ainda que em uma atmosfera não acolhedora, nem flexível para o desenvolvimento emocional. Essa configuração emocional dos lares desempenhava um papel importante na gênese do autismo. Entretanto, esse fator, mesmo importante para o desenvolvimento da síndrome, não era suficiente por si só para o seu aparecimento. Parece que, de alguma maneira, a criança era diferente desde o início de sua vida extra-uterina. Assim, estava sendo postulado que o comportamento aberrante das crianças seria o principal responsável pelas dificuldades de personalidade dos pais, que podiam estar reagindo à situação de terem uma criança não responsiva. Faz um ressalva de que, este fato não explica as características sociais e psicológicas apresentadas pela história dos pais que antecedem ao nascimento da criança.

Era muito pouco provável, na opinião do autor, que um único agente etiológico fosse responsável pela patologia no comportamento. Assim, argumentos que contrapunham hereditariedade *versus* meio ambiente como termos contraditórios eram fundamentalmente errôneos.

A visão dualística implícita na distinção rígida entre “orgânico” e “funcional” não era mais sustentável, nem convincente, sendo a descoberta de uma anormalidade bioquímica ou psicológica apenas o ponto de partida na pesquisa da etiologia. Deste modo, o autismo infantil precoce era definido como uma desordem psicobiológica, sendo necessário um estudo compreensivo da disfunção em cada nível de integração: biológico, psicológico e social.

Em resumo, o autismo infantil precoce estava completamente estabelecido como uma síndrome clínica, caracterizada por um isolamento extremo, preocupação em preservar a uniformidade do meio ambiente (*sameness*), e que se manifesta nos dois primeiros anos de vida. O grau de isolamento constituía uma variável importante no prognóstico, já que as crianças que se relacionavam o suficiente com o ambiente para aprenderem a falar, apresentavam uma melhor capacidade para uma adaptação futura. Os conhecimentos de que dispunha levaram o autor a acreditar que fatores inatos, assim como os empíricos, conjugavam-se para produzir o quadro clínico. No entanto, permanecia para investigações futuras descobrir o modo preciso de operação dos fatores patogênicos, assim como as bases de um tratamento racional.

* * *

É bastante interessante notar que, já em 1956, as preocupações com o dualismo biológico/psicológico eram questionadas. O autor conclui que o autismo é uma desordem psicobiológica, isto é, uma desordem na qual estão envolvidos um fator inato desconhecido e um “terreno” favorável ao seu desenvolvimento.

Embora, inicialmente, Kanner (1943) tenha interpretado o papel dos pais (frios e pouco afetuosos) apenas como um sinal de que um componente genético estaria envolvido, no artigo de 1956, ele reafirma o papel dos pais na gênese da síndrome, com a idéia de

responsabilização dos pais (frios e pouco afetuosos), fazendo contudo uma ressalva: tal papel não chega a constituir um fator suficiente para o desenvolvimento do autismo. Mesmo assim, esta idéia foi adotada durante muitos anos, como por exemplo, por Bruno Bettelheim (1956, 1967), com a “mãe geladeira”. Embora atualmente desacreditado pela maioria dos pesquisadores e clínicos (na Inglaterra), os efeitos desse mito cruel ainda são sentidos por muitos pais (Happé, 1994, p.27).

Psicopatia Autística da Infância, Hans Asperger, 1944

Em 1944, Hans Asperger publica sua segunda tese de doutorado, fruto de um trabalho de pesquisa de 10 anos que vinha desenvolvendo com sua equipe, junto a crianças com as mais diversas deficiências. Identifica um tipo especial de personalidade que ele acreditava ser desconhecida, (uma vez que ainda não tinha conhecimento do trabalho de Kanner, publicado 1 ano antes). Ele e sua equipe avaliaram cerca de 200 crianças com graus variados de autismo e decidem, então descrevê-la, pois consideravam que este tipo de personalidade não era tão raro, especialmente em suas formas intermediárias.

A escolha do termo autismo pelo autor ocorreu na tentativa de definir a desordem básica na estrutura de personalidade dessas crianças, derivando do conceito de autismo da esquizofrenia de Bleuler (c.f. a palavra grega *authos*, que é o mesmo que *eu*).

Asperger descreve um tipo de criança que ele considerava “particularmente interessante e facilmente reconhecível”. Todas elas apresentavam em comum um “distúrbio fundamental que se manifestava na aparência física, na expressão facial e em todo o seu comportamento. Este distúrbio resulta em **dificuldades severas e marcantes de sua**

integração social⁷. Em muitos casos as dificuldades sociais são tão severas que ultrapassam qualquer outra; em outros, no entanto, o problema é compensado por um alto nível de experiências e pensamentos originais. Isto pode frequentemente levá-las a alcançar excepcionais aquisições em sua vida adulta” (p.37, grifo meu).

Podemos perceber que Asperger mostra-se extremamente preocupado, ao longo de toda a sua dissertação, em atestar o valor social desse tipo de personalidade. Para avançarmos na compreensão dos aspectos sociais da psicopatia autística de Asperger, é imprescindível termos em mente o local e o período histórico da realização de sua pesquisa: Áustria, em plena Segunda Grande Guerra, onde a perseguição era extensiva àqueles considerados deficientes. Desse modo, o artigo enfatiza a todo instante o valor social de tais crianças, chamando a atenção para os progressos sociais e profissionais que essas pessoas poderiam adquirir na vida adulta, a despeito de suas dificuldades sociais, e por conta de suas habilidades especiais.

As características destacadas por Asperger na descrição de seu quadro clínico foram por mim selecionadas por blocos de déficits, assim como foi feito com a descrição de Kanner, para com isso facilitar uma posterior comparação entre os dois quadros clínicos. Descreverei as características marcantes do quadro clínico da psicopatia autística descrita por Asperger.

* * *

A característica fundamental do quadro clínico da psicopatia autística, como o próprio nome denuncia, é o autismo presente nestas pessoas, isto é, o autista estabelece “uma interação severamente conturbada e limitada com o meio ambiente, enquanto outros seres humanos vivem normalmente em constante interação com o meio e a ele reagem continuamente. Os autistas importam-se apenas com eles mesmos, não se tornando membros ativos de um organismo maior, não sendo por ele influenciados, nem o influenciando” (p.38). Desse modo, podemos ver que as características do conceito de autismo na esquizofrenia de Bleuler podem ser encontradas neste tipo de personalidade.

Uma de suas principais características, apontada por Asperger, é a “impossibilidade de contato social desde o início de suas vidas” (p.39). Asperger também tem a preocupação de apontar as diferenças entre o quadro que estava descrevendo e a esquizofrenia infantil, afirmando que “os pacientes esquizofrênicos parecem mostrar uma progressiva perda de contato com o mundo”. Diferentemente dos esquizofrênicos, as crianças autistas “não apresentam desintegração de personalidade, não são psicóticas, embora possam apresentar maior ou menor grau de psicopatia. A desordem fundamental identificada nessas crianças afeta todas as expressões de sua personalidade e pode explicar suas dificuldades e seus déficits, assim como suas aquisições especiais”. Entretanto, “os sintomas essenciais da esquizofrenia e os dos autistas podem ser vistos sob um denominador comum: a ruptura (*shutting off*) da relação entre o *self* e o mundo externo” (p.39).

A distinção dos indivíduos autistas de outros, ocorre não apenas pelo grau do distúrbio de contato e pelas habilidades intelectuais, mas também pela personalidade e por seus interesses especiais freqüentemente variados e originais.

Asperger alega que a persistência da personalidade autística com o tempo deixa claro que o autismo é uma entidade natural. A partir do segundo ano de vida, já são encontrados os traços característicos que permanecerão constantes por toda a vida. O autor chega a dizer que uma vez conhecendo uma criança autista seremos capazes de identificar instantaneamente outras.

Asperger quer demonstrar que a anormalidade essencial no autismo é um distúrbio de seu relacionamento com o meio ambiente. Esse distúrbio explicaria todas as peculiaridades apresentadas pelos indivíduos autistas nas diversas áreas comprometidas.

O autor observa na **aparência física** das crianças autistas, que elas perdem a sua face infantil rapidamente; além disso, em relação às características de expressão, elas apresentam uma escassez de expressão facial e de gestos. O **olhar** das crianças observadas é diferente do das normais (estas últimas, a partir dos três meses, já demonstram expressão pelo olhar). Isto é, o olhar dos autistas quase nunca fixa um objeto ou pessoa em particular, como um sinal de atenção ou contato, as crianças autistas geralmente não olham para o interlocutor; o seu olhar passa por ele, ou, no máximo, o focaliza incidentalmente. Os autistas não olham fixamente para nada, mas parecem perceber com seu campo visual periférico. Podemos ter como exemplo, a descrição de Asperger do olhar de Fritz V. como "surpreendentemente estranho. Ele geralmente está direcionado para o vazio" (p.42). Há, no entanto, uma situação em que seu olhar se torna expressivo e que ocorre quando há uma intenção de maldade. Podemos considerar como característico do **aspecto motor** de sua patologia o fato de se moverem constantemente, sendo que seus movimentos são estereotipados e não têm expressividade, apresentando, além disso, uma postura **bizarra**.



A linguagem dessas crianças habitualmente ocorre precocemente, (Fritz V. falou com 10 meses) e, além disso, elas falam como adultos. No entanto, a pragmática da linguagem esta comprometida. O caráter bizarro da linguagem é mais característico que a precocidade. Fritz V., por exemplo, apesar de ter adquirido a fala precocemente, não foi capaz de aprender um modo educado de se referir às pessoas e falava, mesmo com estranhos, de modo muito íntimo, usando "você" ao invés de "senhor".

A comunicação humana ocorre através de palavras, tom de voz, troca de olhares e toda a expressão da face entre outras formas. O afeto pode também ser expressado pela **linguagem**⁸. Pode-se distinguir pelo tom da voz que tipo de relacionamento há entre as pessoas. Desta maneira, o interlocutor pode perceber o subtexto. Em muitos casos, não entendemos intelectualmente a linguagem, mas podemos senti-la intuitivamente. Estas que seriam as funções expressivas da linguagem estão deficientes nas pessoas com distúrbio de contato⁹.

Muitas possibilidades de alterações na linguagem dos autistas são possíveis e todas têm uma questão em comum: a linguagem parece artificial, freqüentemente como uma caricatura que provoca o ridículo no ouvinte. Essas crianças, por exemplo, são capazes de falar durante longos períodos sobre um assunto de seu interesse, sem se importarem com o interesse do interlocutor.

Como a linguagem dessas crianças é bastante peculiar, elas têm uma atitude muito criativa em relação a ela, sendo capazes de expressar suas experiências de uma forma lingüísticamente original. Isto pode ser visto na escolha de palavras não habituais, que todos

⁸ O autor se refere à linguagem oral, ou seja, à fala.

⁹ Aqui, assim como no artigo de Kanner, podemos identificar uma referência de Asperger ao que hoje é conhecido como teoria da mente.

supõem estar fora da esfera de conhecimento de uma criança (falam como adultos), como nos exemplos a seguir apresentados por Asperger: “Eu não posso fazer isso oralmente (*orally*), apenas de cabeça (*headily*)”; ou, quando perguntado a uma outra criança se era religiosa, ela responde: “Eu não gosto de dizer que não sou religioso, mas apenas não tenho nenhuma prova de Deus”. Juntamente com essa maneira original de formular a linguagem, encontramos uma originalidade de experiências; estas crianças autistas têm a habilidade de ver coisas e eventos ao redor delas de um novo ponto de vista, o que demonstra uma surpreendente maturidade, como em relação à arte, área na qual elas mostram uma sofisticada compreensão. “Para um *expert* em arte, este quadro pode ser bom, mas eu não gosto dele” (p.71).

Também observada pelo autor, a **inteligência** autística se manifesta pela capacidade de produzir idéias originais. Entretanto, justamente por serem originais, o aprendizado mecânico é difícil para as crianças autistas. Conseqüentemente, as habilidades e inabilidades dessas crianças estão interligadas. Sendo assim, o autismo ocorre em diferentes níveis de capacidade intelectual, variando desde os originais gênios, passando pelos excêntricos que vivem no seu próprio mundo até os mais severamente atingidos, autômatas que parecem indivíduos mentalmente retardados. Cita o exemplo de uma criança que se mostrava especialmente interessada por máquinas complexas e que posteriormente passou a se mostrar preocupada com invenções fantásticas, como naves espaciais. Aqui Asperger observa o quão remotos da realidade os interesses autísticos podem ser.¹⁰

Eventualmente, os autistas demonstram interesses por assuntos que não têm nenhum uso prático. Estão aí incluídas as “pessoas calendário” que sabem de cor o nome dos santos de todos os dias do ano; as que conhecem todas as linhas de trem para Viena, mesmo

¹⁰ Cerca de dez anos depois, Asperger declara em seu livro que as naves espaciais não eram mais invenções fantásticas. Ele, de maneira jocosa, sugere que os inventores deveriam ter sido autistas (pg. 72).

antes de entrarem na escola, ou aquelas que apresentam qualquer outra expressão de memória mecânica.

Os autistas aprendem por esforço intelectual, com a ajuda de regras por eles elaboradas; são incapazes de perceber o que uma criança normalmente consegue através da imitação inconsciente dos adultos. Desse modo, o aprendizado e a escolaridade obedecem a seus impulsos espontâneos e a seus próprios interesses, não prestando atenção às demandas sociais. Esta característica pode levá-los a originalidades, mas na maioria dos casos leva a fracassos escolares. Asperger descreve o caso de um menino que tinha interesse por números; cálculos complexos eram fáceis para ele sem nunca lhe terem sido ensinados. Fritz V. deixava todos atônitos com sua capacidade de resolver problemas matemáticos complexos e, por outro lado, apresentava uma séria dificuldade escolar, sendo incapaz de aprender os métodos de cálculos simples que eram ensinados.

*A obsessão em seguir seus próprios caminhos, em qualquer circunstância, e o uso exclusivo de procedimentos por ela inventados, dificultam à criança a assimilação dos métodos escolares, tornando assim a vida escolar difícil para ela mesma (esse quadro pode ser agravado pelo distúrbio de atenção ativa, frequentemente observado nas crianças autistas). A principal preocupação de Asperger é mostrar que a desordem fundamental dos indivíduos autistas é sua **limitação nos relacionamentos sociais**. Toda a personalidade da criança é determinada por essas limitações. A natureza dessas crianças é revelada mais claramente no seu **comportamento**.*

As crianças autistas se comportam "como se fossem sozinhas no mundo, como alienígenas, indiferentes aos barulhos e movimentos ao seu redor e com preocupações inacessíveis. Elas se irritam pelo simples fato de alguém quebrar seu isolamento" (p.78).

Assim, o comportamento no grupo social é o mais claro sinal de sua desordem e a causa dos conflitos na primeira infância e, conseqüentemente, aparece sobretudo no ambiente familiar.

É principalmente dentro da família que os "atos de malícia autísticos" acontecem e tais atos parecem calculados, mas considerando-se que sua emoção é precariamente desenvolvida, elas não percebem o quanto ferem os outros, inclusive fisicamente.

Os problemas de conduta são freqüentes nos casos observados por Asperger. Fritz V. quando pequeno jamais fazia o que era pedido, ou fazia o oposto do que era solicitado. Do mesmo modo, as proibições não o detinham. Tudo o que ia parar nas suas mãos era quebrado ou derramado. Além disso, parecia apreciar quando as pessoas se mostravam zangadas ao tentar ensinar-lhe algo, como se provocasse uma sensação prazerosa com seu negativismo e desobediência.

As crianças autistas freqüentemente apresentam estereotípias motoras que podem se parecer com simples movimentos ou com brincadeiras monótonas com objetos particulares, como um fetiche. Eles distraem-se com seus brinquedos arrumando-os por tamanhos, cores, etc., ao invés de construir com eles.

O relacionamento com os objetos também difere daquele das outras crianças. Os autistas ou se mostram completamente indiferentes a eles ou têm para com eles uma fixação anormal (não os deixam para comer ou não conseguem dormir sem o seu "fetiche"). Fritz, por exemplo, nunca sabia o que fazer com os brinquedos que lhe eram oferecidos. Colocava os blocos na boca e os mordía, ao invés de construir com eles, ou então jogava-os embaixo dos móveis para sentir prazer ouvindo o barulho provocado.

O relacionamento com os objetos freqüentemente é limitado a coleções. São colecionadores até a idade adulta (o colecionador típico é freqüentemente um excêntrico com pronunciados traços autísticos).

Asperger conclui por tudo aquilo que observou que "a esfera emocional dessas crianças é problemática. Elas não podem ser entendidas simplesmente como 'pobres emocionalmente', pois não se trata de déficit quantitativo e sim de desvio, ou seja, o que caracteriza essas crianças é a diferença qualitativa, a desarmonia na emoção. Elas são cheias de surpresas, contradições surpreendentes que fazem a sua **adaptação social** difícil de ser adquirida" (p.83).

Apresentam, por exemplo, ausência de senso de humor, não entendem piadas e nunca atingem a sabedoria e intuição humanas necessárias ao entendimento do senso de humor; por isso, as crianças autistas raramente são relaxadas e descontraídas.

A personalidade das crianças descritas carece, acima de tudo, de harmonia entre afeto e intelecto. Enquanto o intelecto pode freqüentemente estar acima da média, desejos e instintos são severamente perturbados.

As crianças autistas são egocêntricas ao extremo. Elas seguem seus próprios desejos, interesses e impulsos, sem considerar restrições ou recomendações impostas pelo mundo externo. Elas faltam completamente com o respeito às pessoas, apresentando uma peculiar deficiência na compreensão do outro.

A sexualidade não atinge a maturidade, nem mesmo na vida adulta, todavia, na maioria dos casos, existe um sinal precoce de atividade sexual, como a masturbação. Além disso, traços sádicos são relatados com freqüência, assim como o uso de palavras obscenas.

Quanto aos **aspectos sensoriais**, foi observado que em relação ao paladar ocorrem pronunciadas preferências, sendo o tato aguçado. Apresentam uma hipersensibilidade a barulhos, embora em determinados momentos os autistas pareçam ser hipossensíveis.

No que diz respeito aos fatores **genéticos e biológicos**, o autor considera ser este tipo de personalidade circunscrito e preexistente. No entanto, esses estados são indubitavelmente poligênicos, mas ainda é impossível sabermos se são dominantes ou recessivos.

Os familiares dessas crianças são intelectuais, há várias gerações, descendentes de artistas e estudiosos importantes. Muitos pais de autistas ocupam altas posições, a despeito de também apresentarem peculiaridades na sua personalidade.

Asperger afirma que os casos de autismo apresentados não seriam nem precursores da esquizofrenia – já que não há a deterioração de personalidade progressiva que é esperada da psicose – nem tampouco uma predisposição à esquizofrenia; sendo assim, acredita que o autismo não é biológica nem geneticamente relacionado à esquizofrenia.

A integração social das pessoas autistas é extremamente difícil, mas não é impossível. Acima de tudo, o autor chamou a atenção para o fato de que a **característica essencial dessa condição é o distúrbio de adaptação ao meio social**. Na idade adulta, o relacionamento interpessoal também é conturbado assim como na infância. No entanto, na grande maioria dos casos, a performance profissional é excelente, e com isso ocorre alguma integração social. Indivíduos autistas com habilidades podem alcançar posições eminentes e terem desempenhos surpreendentes de que talvez só eles sejam capazes. As suas habilidades especiais (como para o cálculo ou a memória) muitas vezes compensam suas deficiências. Podemos ver nas pessoas autistas mais claramente do que em outras crianças uma

predisposição para uma profissão específica, desde a juventude. Uma linha particular de trabalho normalmente desenvolve-se de suas habilidades especiais.

O exemplo do autismo mostra particularmente bem como as personalidades anormais podem se desenvolver e se ajustar. Possibilidades de integração social, tida por alguns como impossíveis, podem ocorrer no desenvolvimento.

O autor acredita firmemente que a dedicação e a educação adequada são essenciais para que o tratamento das crianças autistas tenha sucesso. Asperger reafirma isso reiteradas vezes em seu artigo, inclusive na sua conclusão.

A Comparação entre os Quadros Clínicos do Distúrbio Distúrbio Autístico do Contato Afetivo de Kanner e da Psicopatia Autística de Asperger

A comparação entre os dois quadros clínicos descritos mostra uma incrível semelhança entre eles. Podemos observar que o déficit fundamental apontado pelos dois autores é o distúrbio no contato social.

Podemos identificar algumas características em comum e outras em desacordo nas duas descrições, no entanto fica claro que as semelhanças são óbvias. As questões levantadas atualmente pela comunidade científica são: 1) se seria o quadro clínico da psicopatia autística de Asperger o mesmo quadro clínico que o Autismo Infantil de Kanner; 2) se seria um quadro clínico inteiramente diferente, ou seja, uma nova entidade diagnóstica (como vem determinado nos atuais critérios de diagnóstico do DSM IV e CID 10); ou, 3) se seria uma

entidade dentro do espectro autista, isto é, seria entendido como o mesmo que autismo de alto funcionamento intelectual.

Para avançarmos nessa discussão, precisamos em primeiro lugar levantar os pontos em comum e em desacordo das duas entidades, tomando como base as descrições iniciais de Asperger e Kanner.

De acordo com Lorna Wing (em Frith, 1991, p.98), Asperger, em seu artigo de 1979, quando faz a comparação entre o quadro clínico do autismo infantil precoce e a psicopatia autística, descreve "impressionantes semelhanças entre esses dois grupos que foram identificados pelo mesmo nome. Esses dois tipos são tão diferentes e ao mesmo tempo tão parecidos". De acordo com Wing, a conclusão de Asperger não é clara, mas parece ser a de que o autismo é o resultado final de uma variedade de causas e que o quadro clínico de Kanner parece ser muito mais severo que a "psicopatia autística".

Posteriormente, recorreremos aos dados estatísticos e às vidências clínicas e científicas na comparação das duas entidades para, finalmente, podemos nos posicionar nesta discussão.

* * *

Algumas características dos quadros clínicos são muito semelhantes.

O distúrbio primário do **contato social** é uma característica assinalada como fundamental nos dois quadros clínicos por ambos os autores. Além disso, afirmam que diferentemente de esquizofrenia, ele está presente desde o início de suas vidas.

O isolamento característico do autismo, a necessidade por parte da criança de permanecer sem ser incomodada em suas atividades, foi destacado pelos dois autores como uma das características marcantes do quadro clínico descrito.

A **linguagem** é outro aspecto que mostra-se alterado de acordo com as duas descrições. Embora Asperger afirme que as suas crianças não apresentavam atraso na fala (como as crianças de Kanner) e, muito pelo contrário, falavam precocemente e como adultos, sua dificuldade na pragmática e na comunicação demonstrava estar igualmente afetada.

Ambos descrevem crianças que apresentam **estereotípias motoras**, além de uma forma estereotipada de se relacionar com os objetos e brinquedos. Empilham e enfileiram ao invés de construir com eles.

Notaram a presença de **famílias altamente inteligentes**, intelectualizadas e bem sucedidas nas suas áreas de atuação, embora percebessem que existia um certo traço autístico nesses pais (Kanner identificou isso, chamando-os de pais frios e pouco afetuosos).

A presença de uma **proporção maior de meninos** em relação a meninas também foi observada pelos dois autores. Esta característica é mantida até hoje nas mesmas proporções identificadas (3/1).

A presença de um **olhar** que não fixa as pessoas, que olha através, ou é vazio, foi observada.

Podemos notar, no entanto, que algumas características apontadas diferem.¹¹ Asperger enfatiza a **inteligência** dessas crianças e suas habilidades especiais. Este tipo de característica não é constante nos quadros clínicos apontados por Kanner. Muito pelo contrário, sabemos hoje que cerca de dois terços das crianças consideradas autistas apresentam retardo mental.

Um outro aspecto que marca uma fundamental diferença entre os dois quadros descritos é a **agressividade**, o comportamento opositor e negativista, além da intencionalidade de maldade descrita por Asperger. Este tipo de característica aproxima a descrição de Asperger à de um transtorno de personalidade (muito embora, atualmente, não se dê este diagnóstico a crianças), ao invés de um transtorno do desenvolvimento.

* * *

Uta Frith é uma autora inglesa que, em 1991, publicou *Autism and Asperger Syndrome*, junto com vários colaboradores de renome na área do autismo, como Lorna Wing, Christopher Gilbert e Digby Tantam, entre outros. Neste livro, como mencionado anteriormente, encontramos a tradução do original de Asperger, além de outros artigos versando sobre questões que envolvem a diferenciação entre esses dois quadros clínicos e a revisão dos conceitos atuais de autismo. Uta Frith declara na introdução de sua obra que "há uma unanimidade entre os colaboradores deste livro. Todos concordam que os indivíduos com

¹¹ Asperger modificou a descrição de sua síndrome ao longo dos anos. Em seu último artigo (1979), ele enfatiza a elevada inteligência e as habilidades especiais em áreas lógicas e abstratas, enquanto em 1944 havia especificado que sua síndrome poderia ser encontrada em pessoas com vários níveis de inteligência, inclusive naqueles com retardo mental (p.105).

Asperger pertencem ao espectro autista” (p.12). “Nós acreditamos que os indivíduos com Asperger sofram de uma forma particular de autismo” (p.2).

Muito embora possamos observar a firme posição de Uta Frith nesse sentido, existem posições em desacordo com essa opinião, como Nagy e Szatmari (1986), que consideram que a síndrome de Asperger é o mesmo que a desordem esquizotípica de personalidade encontrada nos adultos, mas com aparecimento na infância. Sugerem ainda que muitas dessas crianças desenvolvem sintomas de esquizofrenia, o que levanta questões acerca da especificidade dos critérios utilizados para se diagnosticar estas crianças. Propõem, então, que o termo Síndrome de Asperger seja conservado, já que ainda não temos evidências que comprovem que o autismo de Kanner e a Síndrome de Asperger sejam uma entidade única. Eles sugerem que esta síndrome pode compreender um subtipo de desordem com similaridades e diferenças em relação ao autismo clássico. Desse modo, conservando o termo Asperger, é possível avançar nas pesquisas por um campo maior do que apenas a partir do autismo.

A problemática envolvendo o espectro autista e os vários subtipos de autismo encontrados está atualmente sendo discutida por diversos autores. Temos a intenção de aprofundá-la no próximo capítulo, onde será discutida a evolução do conceito e dos critérios de diagnóstico do autismo infantil.

CAPÍTULO 2

A EVOLUÇÃO DO CONCEITO E DO DIAGNÓSTICO DE AUTISMO

O objetivo deste capítulo é apresentar a evolução do conceito/definição de autismo e do seu diagnóstico, a fim de tentarmos compreender de que forma os atuais critérios de diagnóstico foram estruturados. Para tanto, serão pesquisados os autores Michael Rutter, Lorna Wing e a entidade National Society of Autistic Children, que propuseram ao longo dos anos modificações no diagnóstico de autismo. Uma revisão conceitual será feita com o objetivo de identificarmos as modificações efetuadas nos critérios de diagnóstico e exatamente no quê estavam baseadas, para melhor compreendê-las, possibilitando-nos desta forma entender a lógica dos atuais critérios de diagnóstico do autismo infantil.

Michael Rutter é um importante pesquisador e estudioso do autismo desde a década de 60, com inúmeros artigos publicados sobre os mais variados temas a ele relacionados. Publicou também três importantes artigos que são citados pela comunidade científica quando são abordados temas relativos à mudança de conceito e diagnóstico do autismo. Estes artigos são revisões sobre a definição/conceito e o diagnóstico de autismo ao longo de anos e foram publicados nos anos de 1968, 1978 e 1988, respectivamente.

Lorna Wing é outra pesquisadora do autismo, tendo produzido importantes contribuições conceituais. Dentre estas, destacam-se o conceito de triade de deficiências (1978) – constituída por prejuízo da interação social, da comunicação e da atividade imaginativa – bem como o de espectro autista (1988). Para uma avaliação da relevância da pesquisadora, é importante termos em mente que os atuais critérios de diagnóstico das

associações mundiais (DSM e CID) são baseados na tríade proposta por ela. Tentarei identificar os fundamentos adotados por esse novo critério através dos artigos nos quais essas modificações foram propostas.

A National Society of the Autistic Children (NSAC) é uma associação médica americana, responsável pelo incentivo à pesquisa e sua divulgação, e pela proteção dos direitos das pessoas portadoras de autismo. Em 1978, a entidade elaborou e publicou a proposta de uma abordagem de diagnóstico para o autismo, que será apresentada no presente capítulo.

Michael Rutter

Desde a década de 60, há uma preocupação notória em Rutter de responder a questões sobre o diagnóstico e a definição dos quadros de autismo, que ainda hoje provocam controvérsias. Entre elas, destacam-se 1) o caráter psicogênico atribuído ao autismo; 2) a utilização dos termos para se referir ao autismo; 3) a importância da idade de aparecimento do quadro clínico do autismo; 4) a dificuldade de delinear os limites do autismo com outras patologias.

Inicialmente, Rutter (1968) aponta para o fato de haver uma tendência a serem valorizados aspectos psicogênicos como possíveis causadores do autismo. Ressalta que o próprio Kanner, em seu artigo de revisão (1956), admitiu que, apesar do caráter inato do autismo, muito do que era observado nos autistas se devia à falta de afeto dos pais, descritos como frios e obsessivos ("pais geladeira"). Devido a esta observação de Kanner, autores como por exemplo, Despert (1951), Kaufman (1957) e, especialmente, Bettelheim (1967), sugeriram que o autismo seria devido primordialmente a fatores psicogênicos.

Esta tendência apontada por Rutter, de atribuir aos pais a responsabilidade pelo quadro dos filhos, é ainda hoje motivo de polêmica. Entretanto, logo iremos observar que, com a evolução do conhecimento em relação ao autismo, a hipótese psicogênica foi abandonada pela maioria dos pesquisadores.

Rutter (1968) conclui que parece improvável que os fatores psicogênicos e as privações sejam fatores primários na etiologia. No entanto, o autor os considera importantes para o desenvolvimento de déficits secundários, isto é, embora os fatores emocionais não sejam a causa do autismo, questões emocionais podem atenuar ou piorar os sintomas autísticos.

* * *

Rutter (1968) identifica uma tendência a rotularmos de “criança atípica” diferentes quadros clínicos, como autismo, esquizofrenia, retardo mental, desordens orgânicas cerebrais e neuroses psicogênicas, sem nos preocuparmos com os sintomas. Deste modo, constatou a existência de certa confusão relacionada à terminologia, onde esquizofrenia *infantil*, *psicose*, *autismo*, ou mesmo a alcunha de *criança difícil*, eram termos usados de modo pouco diferenciado ou até mesmo como sinônimos.

Rutter (1968) faz também uma observação em relação aos múltiplos usos do termo *autismo* na literatura: ele serve para se referir tanto à síndrome quanto à doença, ou ainda ao sintoma.

Para o autor, o termo *psicose* deve ser considerado como inapropriado para se referir ao "autismo infantil", visto que é empregado para condições mais abrangentes e pouco específicas, isto é, o termo *psicose* é inespecífico para relacionar as desordens mentais infantis.

Rutter (1978) acreditava ter sido infeliz a escolha, por parte de Kanner, do termo *autismo*, proposto por Bleuler, para se referir a pacientes esquizofrênicos. A utilização do mesmo termo por ambos os autores (Bleuler e Kanner) gerou uma confusão de terminologia, levando os psiquiatras infantis a utilizarem *esquizofrenia infantil*, *autismo* e *psicose infantil* como diagnósticos sinônimos.

Houve, durante anos, uma confusa proliferação de diagnósticos sob o rótulo de "*esquizofrenia infantil*" (Rutter, 1988). A partir da década de 70, fez-se mais premente a necessidade de se estabelecer distinções nas terminologias de desordens mentais da primeira infância e daquelas desencadeadas na infância tardia ou na adolescência.

Nessa época, passou-se a acreditar que a esquizofrenia envolvia uma perda do sentido de realidade em um indivíduo que apresentava anteriormente um funcionamento normal, ou próximo do normal; por isso, este indivíduo poderia ser rotulado de psicótico, embora o termo fosse muito vago. Por outro lado, o *autismo* passou a ser considerado como uma séria anormalidade do processo de desenvolvimento presente desde a infância precoce. Por essa razão, a classificação da Associação Psiquiátrica Americana – DSM – passou a adotar o termo *desordens invasivas do desenvolvimento* (*pervasive developmental disorders*). Assim, o *autismo* passa a fazer parte de um grupo de patologias que se iniciam precocemente na infância; seu comprometimento básico é um desvio no processo do desenvolvimento.

Com esta afirmação, Rutter (1988) resume a evolução do conceito e do diagnóstico de autismo: “o escopo do diagnóstico de autismo passou por variações ao longo dos anos assim como seus conceitos têm variado em foco e interesse. Quando o autismo era visto como uma psicose infantil, maior ênfase tendia a ser dada ao comportamento bizarro. Como clínicos e pesquisadores passaram a dar importância aos déficits cognitivos, o foco dirigiu-se aos prejuízos da linguagem e ao desenvolvimento social. Mais recentemente, foi entendido que aquilo que diferencia o autismo de outras desordens do desenvolvimento é o *desvio*, preferencialmente ao *atraso*, no processo de desenvolvimento” (p.18).

* * *

Para Rutter, a idade do aparecimento dos sintomas era um ponto fundamental para se fazer a distinção entre o autismo e outras patologias, como a esquizofrenia.

Nesse sentido, em 1968, Rutter sinaliza que a idade do aparecimento dos sintomas pode ser o primeiro divisor de águas na diferenciação do autismo. Propõe, nesta época, um primeiro sistema classificatório que levava em conta apenas a idade do aparecimento dos sintomas, como critério fundamental. Estabelece uma subdivisão das crianças – que apresentavam patologias mentais – em três grupos, com o objetivo de definir a terminologia adequada e o subgrupo de crianças autistas.

O primeiro grupo se caracterizava pelo aparecimento dos sintomas na adolescência e seria definido como esquizofrênico.

O segundo grupo se caracterizava pelo seu aparecimento entre os 3 e os 5 anos. Após um período de desenvolvimento normal, contudo, haveria uma progressiva perda da fala e regressão psicomotora, apontando para uma degeneração cerebral.

O terceiro grupo de crianças apresentava os sintomas entre o nascimento e, no máximo, o terceiro ano de vida, manifestando características similares às descritas por Kanner em 1943. Severas anormalidades na linguagem, desenvolvimento de uma variedade de rituais compulsivos e, freqüentemente, maneirismos eram observados. Neste grupo, o autismo é usado como um termo descritivo de um distúrbio especial dos relacionamentos interpessoais, demonstrado por uma solidão e distanciamento, aparente falta de interesse nas pessoas, dificuldade em estabelecer relacionamentos duradouros, recusa em fixar o olhar, pequena variação de expressões faciais, falha em exibir sentimentos ou apreciar senso de humor e carência de empatia ou simpatia para com as pessoas.

Em 1978, o autor identifica na literatura da comunidade científica duas questões relativas à idade de aparecimento do autismo. A primeira, o fato de a idade de aparecimento dos sintomas não ser considerada como ponto relevante para o diagnóstico. A segunda decorre da observação de Kanner e Eisemberg (1956) de que o autismo poderia aparecer após um período de desenvolvimento normal. Este fato levou a uma conseqüência desastrosa, a de se ignorar a idade de aparecimento do autismo como critério necessário para o diagnóstico; sendo assim, as desordens iniciadas na primeira infância eram agrupadas com as psicoses que emergiam na infância mais tardia ou na adolescência.

Dez anos depois, foi aceito pela comunidade científica que o autismo infantil deveria ser diagnosticado precocemente na infância. De toda maneira, para Rutter, persistiam as questões relativas ao modo de aparecimento, que ainda causavam algum desconforto no

diagnóstico, e que, sobretudo, poderiam modificar a amostra do grupo a ser selecionado, tomando-se por base o critério da idade de aparecimento.

A idade de aparecimento dos sintomas continuava a ser para Rutter, em 1988, um aspecto a ser aprofundado. Ele se indagava como diagnosticar patologias que se apresentam iguais ao autismo e que diferiam quanto ao desenvolvimento, já que as crianças são aparentemente normais até os trinta meses. Não era claro, para ele, se o marco etário de trinta meses se referia ao aparecimento de alterações do desenvolvimento ou à presença de sintomas autísticos. Como o aparecimento dos sintomas costuma variar até 3 anos, sugere que haja uma mudança do ponto de corte (*cutoff*); de 30 para 36 meses¹², isto poderia remover a maioria das dificuldades, sem alterar os conceitos básicos da síndrome. Ocasionalmente, casos de desordens semelhantes ao autismo ocorrem após os três anos, mas são raros e normalmente devidos a desordens cerebrais (p. ex.: lipoidoses cerebrais). Era oportuno e útil separar estes casos (início tardio) dos autismos clássicos (no sentido original de Kanner).

A partir dessa constatação, Rutter propõe a mudança da idade limite de aparecimento dos sintomas de 30 meses (2 anos e meio) para 36 meses (3 anos).

A segunda questão em relação à idade de aparecimento, para Rutter, é qual a medida em que o autismo (que parece ter sido precedido por um período normal de desenvolvimento) difere de modo fundamental do autismo em que há um desenvolvimento anormal desde o início. Um princípio geral sugere que, provavelmente, os dois são diferentes em etiologia. No entanto, as pesquisas têm falhado em demonstrar essas diferenças, como mostra um estudo de Folstein e Rutter (1977), no qual um par de gêmeos monozigóticos era

¹² Os poucos dados existentes sugerem que, abaixo dos três anos, a idade de aparecimento dos sintomas não tem valor preditivo. Por outro lado, como algumas desordens desintegrativas iniciam-se após os três anos, Rutter achou, em 1978, que seria interessante antecipar ligeiramente a idade de aparecimento. Assim, estabeleceu a idade de 30 meses, sugerida e considerada razoável pela Organização Mundial de Saúde.

concordante para o autismo, embora marcadamente discordante quanto à idade de aparecimento.

* * *

Em 1978, já era clara a validade da entidade clínica autismo infantil; no entanto, eram bastante confusos os limites que separavam o autismo de outras desordens do desenvolvimento. Várias dificuldades advieram da proposta de Kanner e Eisemberg (1956) para se reduzir os sintomas fundamentais a fundamentalmente dois: isolamento extremo e preocupação de preservar a uniformidade do meio (*sameness*). Isto foi entendido como uma permissão de se utilizar esses critérios diagnósticos sem um cuidado em descrever os fenômenos clínicos a que se referiam e, algumas vezes, encarada como uma licença para se modificar os critérios. O resultado foi que vários autores utilizaram o diagnóstico de modo particular e com isso a literatura está repleta de casos clínicos e pesquisas com os mais diferentes tipos de problemas colocados sob o mesmo rótulo: *autismo*.

Kanner não apenas utilizou um rótulo como propôs que, sob o comportamento descrito, encontrava-se uma entidade diagnóstica que se diferenciava de outras desordens psiquiátricas. Rutter (1978) argumenta, no entanto, que Kanner talvez não tenha selecionado os sintomas mais apropriados para descrever a síndrome. Desse modo, revê a validade dos critérios propostos por Kanner, com o objetivo de propor um diagnóstico sob a ótica dos resultados das pesquisas disponíveis na época.

Rutter (1978) conclui, então, que o melhor procedimento seria utilizar quatro critérios essenciais, que deveriam estar presentes no comportamento das crianças antes dos 5 anos: 1) aparecimento antes dos 30 meses; 2) prejuízo no desenvolvimento social com características especiais e que não estejam relacionados com o nível intelectual da criança; 3) atraso e desvio no desenvolvimento da linguagem com características definidas e que também não tenham relação com o nível intelectual; 4) insistência em uniformidade (*sameness*), demonstrada por um padrão de brincadeiras estereotipadas, preocupações anormais e resistência a mudanças. Rutter afirma que a síndrome definida dessa maneira demonstra validade e, acima de tudo, difere marcadamente de outras síndromes clínicas.

Recomenda a utilização de tais critérios, chamando a atenção, no entanto, para o fato de serem *insuficientes*. Os casos clínicos selecionados devem ser descritos em relação ao QI e aos comprometimentos neurológicos e médicos. Recomenda para tanto que seja utilizada a abordagem do sistema multi-axial, que leva em consideração a síndrome comportamental, o nível intelectual, as condições médicas e a situação psicossocial. Acrescenta que muitos mal-entendidos podem ser evitados se este tipo de dimensão de diagnóstico for claramente diferenciado.

Enquanto que, em 1978, Rutter apenas descreve os quatro critérios que julgava fundamentais para o diagnóstico, em 1988, ele já é capaz de especificar detalhadamente quais sintomas e comportamentos devem ser investigados e estar presentes em cada critério proposto, o que o leva a formular novas mudanças na abordagem diagnóstica do autismo.

Inicialmente, propõe a mudança do ponto de corte da idade de aparecimento para os três anos, pelos motivos descritos anteriormente.

Posteriormente, descreve os sintomas relacionados ao segundo critério de diagnóstico, que diz respeito aos desvios presentes no desenvolvimento do contato social. Considera ainda serem vagos os termos utilizados para a descrição das características sociais como "recusa em contato olho no olho" ou "solitário". Os ganhos em conhecimento sobre o desenvolvimento social normal, assim como um melhor conhecimento do autismo, levaram recentemente a uma melhor especificação das anormalidades particulares do autismo, que refletiriam o déficit básico na capacidade de formar relacionamentos. Características como a inadequação em avaliar a condição emocional do outro, falta de modulação do comportamento em relação ao contexto social, mau domínio de sinais sociais, falta de integração do comportamento social, emocional e comunicativo e, especialmente, a falta de reciprocidade emocional, podem ser melhor avaliadas em aspectos como: 1) recusa em fazer contato olho no olho, expressão facial, postura corporal ou gestos para regular a interação social; 2) raramente procura os outros por conforto ou atenção; 3) raramente inicia jogos interativos com os outros; 4) raramente oferece conforto aos outros ou responde a seus sentimentos de tristeza ou descontentamento; 5) raramente cumprimenta as pessoas; 6) não faz laços de amizade para compartilhar interesses, atividades ou emoções, a despeito de ter oportunidades. Finalmente, ressalva que estes aspectos devem ser considerados em relação à idade mental da criança.¹³

Trata-se de uma relevante contribuição de Rutter, quando chama atenção para a necessidade de se considerar a presença do retardo mental, freqüentemente associado aos casos de autismo, uma vez que durante muitos anos os investigadores tendiam a ignorar este aspecto. Como a idade mental da criança interfere diretamente nos desvios apresentados no comportamento social, sabe-se na prática clínica o quanto é fundamental conseguirmos

¹³ Em 1978, o autor sinalizava prejuízos no contato social que não fossem relacionados com o nível intelectual.

diferenciar estes dois aspectos (autismo / retardo mental). Sugere ainda que a determinação do diagnóstico deveria incluir uma cuidadosa e sistemática avaliação cognitiva (Rutter, 1984).

Os aspectos relacionados às dificuldades de comunicação fazem parte do terceiro grupo de déficits avaliados. A tendência na abordagem diagnóstica anterior (1978) era de se considerar os prejuízos da fala e linguagem (atraso e desvio no desenvolvimento da linguagem, com características definidas, e que não tivessem relação com o nível intelectual). Com o passar do tempo, as características envolvendo as anormalidades extensivas da fala ao processo da comunicação foram se tornando prioritárias, assim como os desvios em relação ao atraso da fala. Rutter defende a existência de um déficit básico na capacidade de utilização da linguagem para a comunicação. Recomenda que esses fatores devam ser avaliados por: 1) atraso ou falta total de desenvolvimento da linguagem falada, que não seja compensada por gestos, mímica ou outros modos de comunicação; 2) falha em responder à comunicação dos outros, como não responder ao ser chamado pelo nome; 3) uma relativa incapacidade para iniciar ou sustentar uma conversação; 4) uso estereotipado e repetitivo da linguagem; 5) uso do *you* quando quer dizer *eu*; 6) uso idiossincrático das palavras; e 7) anormalidade no ritmo, entonação ou curso da fala. Conclui então que, como estes fatores dizem respeito a anormalidades na comunicação e não apenas na fala, eles podem ser observados antes mesmo da aquisição da fala pela criança.

O quarto fator para o diagnóstico diz respeito aos sintomas relacionados ao padrão de comportamento repetitivo, restrito e estereotipado¹⁴. O autor observa que o significado desta tendência a impor uma rotina rígida a diversos aspectos do dia a dia permanece obscuro.

¹⁴ Este aspecto do diagnóstico diz respeito à manutenção da uniformidade (*stameness*), que aparecia como um critério fundamental de diagnóstico para Kanner, sendo inclusive, em 1956, selecionado entre os dois principais. Está relacionado a fenômenos ritualísticos e compulsivos. Apesar disso, foi perdendo importância ao longo dos anos para outros aspectos, como os sociais e a linguagem.

Os padrões de comportamento estereotipados devem ser vistos em: 1) uma persistente preocupação com estereotípias e padrões repetitivos de interesses; 2) ligação a objetos não usuais; 3) rituais compulsivos; 4) estereotípias e maneirismos motores repetitivos; 5) preocupação com partes de objetos ou elementos não funcionais de jogos; e 6) angústia relacionada a pequenas alterações no ambiente.

Na década de 70, fica evidente que os sintomas de “insistência em preservar a uniformidade do meio” (*samness*) perderam progressivamente a importância e, além disso, perderam também em especificidade para o aspecto motor – as estereotípias¹⁵.

Quando Rutter propõe detalhar estes sintomas (comunicação, relacionamento e manutenção da uniformidade do meio), ele de certa maneira retoma o autismo descrito por Kanner, na medida em que prioriza uma descrição detalhada dos sintomas (fenomenológica).

Em 1988, Rutter assinala que, nos 10 anos decorridos até então, duas propostas de critérios haviam sido feitas: a primeira por ele e Schopler (Rutter e Schopler, 1978) e a segunda pela NSAC (1978). Embora a proposta diagnóstica do NSAC fosse fundamentada em pesquisas científicas, predominavam as motivações político-sociais e com isso suas definições foram sendo desenvolvidas com o objetivo de favorecer às políticas sociais em detrimento dos interesses científicos. Desse modo, muitas diferenças entre as duas classificações foram encontradas.

NSAC (*National Society for Autistic Children*)

A entidade estabelece, em 1978, uma lista de critérios de diagnóstico para o autismo infantil, recomendando sempre o conjunto dos cinco itens (A, B, C, D e E). São eles:

A) presença de sinais e sintomas antes dos trinta meses; B) distúrbio na seqüência ou grau do desenvolvimento; C) distúrbio da resposta aos estímulos sensoriais; D) distúrbio da fala, linguagem e da capacidade cognitiva; e E) distúrbio no relacionamento com pessoas, eventos e objetos.

Podemos notar que os critérios diagnósticos da NSAC são diferentes dos selecionados por Rutter. Entretanto, há coincidência em alguns deles: o prejuízo em estabelecer relacionamentos com pessoas, objetos ou eventos e os distúrbios na linguagem e na capacidade cognitiva. Ambos estão de acordo com a idade de aparecimento antes dos 30 meses. Concordam ainda que estes critérios poderão ser modificados com o desenvolvimento de novas pesquisas. Características descritas por Rutter (1978), como insistência em preservar a uniformidade do meio ambiente, demonstrada por padrão de brincadeiras estereotipados, preocupações anormais e resistência à mudança, podem estar subentendidas no critério do NSAC (item E), no qual fica estabelecida a existência de um distúrbio no relacionamento com pessoas e objetos. Entretanto, as peculiaridades sensoriais são enfatizadas na definição da NSAC. Rutter (1978) não especifica esta característica como critério diagnóstico. A NSAC estabelece ainda um padrão de desenvolvimento comprometido, seja em seqüência ou grau, incluindo aspectos motores, adaptação social e cognitivos. Esta característica também não encontramos em Rutter enquanto aspecto do diagnóstico.

Deve-se enfatizar a diferença de propósitos para o qual as duas classificações foram formuladas. Rutter propõe o entendimento da síndrome a partir de uma perspectiva histórica e científica. Ele traçou as mudanças no conhecimento, baseado no desenvolvimento de pesquisas. Segundo Schopler (1978), o artigo de Rutter é uma revisão crítica das principais pesquisas, somando mais de 100 referências ao longo dos anos.

¹⁵ Wing (1978), como veremos a seguir, não considera as características do *sameness* em sua tríade.

A definição da NSAC, por outro lado, tem diferentes propósitos. A sua intenção é ajudar os pais a alcançarem objetivos de ações políticas e sociais. A definição se destina a legisladores e administradores que poderão financiar ou facilitar serviços de tratamento ou de pesquisas. Esses indivíduos estão menos interessados em dados de pesquisas do que na legislação necessária para as ações políticas. Portanto, não se trata de avaliar o que é melhor ou pior, mas ter em mente o propósito que está sendo usado na seleção de um determinado grupo de crianças com o diagnóstico de autismo (Schopler, 1978).

Segundo Schreibman (1989), a utilização dos critérios desta instituição introduz crianças com atraso motor e déficits sensoriais no grupo daquelas diagnosticadas como autistas, levando a um aumento de casos diagnosticados. Os pais e educadores necessitam de um maior número de crianças autistas para justificar a necessidade de educação especial e de qualificação para incentivo financeiro governamental.

Lorna Wing

Lorna Wing é autora de dois conceitos em relação ao diagnóstico de autismo, muito citados pela literatura: a tríade de deficiências e o conceito de espectro autista. Estes dois conceitos, que foram publicados em 1979 e 1988, respectivamente, serão apresentados, como contribuição às modificações do diagnóstico do autismo ocorridas longo dos anos.

Em 1979, Lorna Wing e Judithn Gould publicam um trabalho baseado em uma pesquisa epidemiológica realizada em Camberwell, sul de Londres, com todas as crianças menores de 15 anos, num total de 35.000 crianças. A idéia do trabalho era tentar responder se o comportamento apresentado pelas crianças autistas ocorria ao acaso ou se existia um comportamento padrão encontrado em todas elas. Foram então selecionadas (entre as 35.000),

914 crianças que utilizavam algum tipo de atendimento de saúde ou educação especial. Destas 914, foram selecionadas 132 com dificuldades severas de aprendizagem, ou um dos seguintes sintomas: prejuízo social, prejuízo da linguagem verbal e não verbal, atividades repetitivas/estereotipadas. Portanto, foram selecionadas crianças que apresentassem algum dos sintomas descritos como sendo características do autismo, ou qualquer outro sintoma relacionado a alguma das síndromes no campo das "psicoses" infantis, ou, ainda, comportamento que fosse estranho ou bizarro. Puderam assim examinar os padrões de prejuízo e dos comportamentos agrupando as anormalidades.

Quando Wing iniciou o estudo em Camberwell, ela não estabeleceu previamente qual seria a melhor forma de subagrupar as crianças selecionadas. Posteriormente, identificou a emergência de dois grupos principais, o primeiro compreendendo crianças que apresentavam interação social apropriada para a sua idade mental; no segundo grupo, a interação social era imprópria para a idade mental. Identificou na pesquisa que os prejuízos da interação social são quase sempre acompanhados de prejuízos na comunicação social e no desenvolvimento imaginativo. Surge daí o conceito de tríade de prejuízos, na qual se destacam prejuízo na interação social, prejuízo na comunicação e prejuízo na imaginação e compreensão.

Wing considera o prejuízo da interação social como o principal déficit presente nas pessoas com autismo e inclui prejuízo no reconhecimento social, prejuízo na comunicação social, prejuízo no desenvolvimento imaginativo, podendo estar associados a atividades estereotipadas repetitivas, à presença de anormalidades associadas na fala, à falha na coordenação motora, habilidades cognitivas, resposta a estímulos sensoriais e problemas comportamentais. Observa ainda que a tríade ocorre em crianças com qualquer nível de

inteligência, sendo, entretanto, freqüentemente associada a retardo mental severo. A autora sugere também que o diagnóstico seja feito tomando-se por base inicialmente a presença da tríade, identificando-se posteriormente qualquer outro prejuízo ou anormalidade, assim como seu grau de severidade.

Ainda a respeito da tríade de Wing, Francesca Happé (1991) conclui que os déficits na interação social, na comunicação e na imaginação tendem a ocorrer concomitantemente no mesmo indivíduo, e não apenas acontecem juntos ao acaso nos indivíduos que são diagnosticados como autistas.

O conjunto desses três principais prejuízos, que passaram a ser conhecidos como tríade de Wing, é a base para o diagnóstico do autismo na atualidade. Os instrumentos de diagnóstico das duas mais importantes associações da área: o DSM IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, e o CID-10, *Classificação Internacional das Doenças*, décima revisão, da Organização Mundial de Saúde, são baseados na tríade que Wing identificou.

Segundo Wing, todas as crianças com síndrome de Kanner (autismo típico), apresentam a tríade de deficiências descritas acima. Porém, nem todas as crianças que apresentam a tríade, apresentam o autismo típico descrito por Kanner. Desse modo, podemos entender que a própria Wing, ao propor a tríade, não estava se referindo apenas ao autismo de Kanner.

Wing afirma que, com a utilização da tríade de deficiências, surge um conjunto de pacientes, cujos sintomas formam um leque de desordens, que podem ser denominadas continuum autístico ou espectro autista.

Pode-se observar que o conceito de espectro ou continuum autístico é derivado do conceito da tríade, tendo sido apresentado por Wing, em 1988. Seu trabalho é fruto de um estudo de *follow-up* de crianças que haviam sido examinadas em Camberwell (1979) e que, a esta altura (1988), eram adolescentes ou adultas. Wing estava interessada em demonstrar que a síndrome de Kanner é parte do continuum ou espectro de desordens autísticas. Wing (1988) mais uma vez deixa claro que, na sua opinião, o problema central, necessário e suficiente para o diagnóstico da desordem neste continuum, é um prejuízo intrínseco no desenvolvimento de habilidades para se engajar em interação social recíproca.

Os sintomas da tríade de Wing podem estar presentes no continuum autístico em diferentes graus de severidade, do mais severo ao mais leve, em todos os tipos de combinações possíveis.

O primeiro critério proposto por Wing para a identificação da tríade – interação social - pode ser relacionado aos mesmos sintomas aos quais Kanner se referiu quando destacou como critério diagnóstico o isolamento social. Pode-se pensar em relacionar, também, a interação social de Wing com o prejuízo no desenvolvimento social descrito por Rutter como critério diagnóstico. Wing aprofunda a descrição desse comportamento, relacionado à interação social, em três grupos: o isolado, o passivo e o bizarro.

O segundo critério proposto por Wing, o prejuízo na comunicação, pode estar presente mesmo naquelas pessoas que falam adequadamente, ampliando assim o conceito de déficit exclusivo da fala. Comparando-se a Kanner, que em seu primeiro artigo (1943) enfatizava os problemas de fala, percebemos que, em 1956, este sintoma não era considerado fundamental. Em relação a Rutter (1975), vimos que as questões relativas à linguagem têm

tido cada vez maior importância no autismo, legitimando, desse modo, a inclusão desse aspecto no critério de diagnóstico.

O terceiro critério da tríade, o prejuízo na imaginação social e na compreensão - incapacidade para copiar as ações dos outros, já que falta uma genuína compreensão de seu significado e propósito; prejuízo nas brincadeiras de imitação, que envolvem ação imaginativa de se colocar na posição do outro experimentando seus pensamentos e sentimentos - apesar de ter sido citado por Kanner, ele não considerou essa característica, ponto relevante para o diagnóstico¹⁶. O prejuízo na compreensão e na atividade imaginativa pode ser melhor entendido como a ausência de hipótese sobre o que a outra pessoa tem em mente, como foi citado por Kanner e Asperger, em seus artigos originais. Esta característica é denominada de Teoria da Mente. A valorização dessa característica nas crianças autistas foi destacada por Baron Cohen (1995), que desenvolveu uma hipótese, segundo a qual a Teoria da Mente não existiria nestas crianças.

Os aspectos nomeados por Kanner como *sameness*, características como: insistência em preservar o mesmo, ou a uniformidade do meio ambiente, o caráter repetitivo do comportamento e a resistência a mudanças (caráter obsessivo), passaram, segundo Wing, a ser considerados como aspectos associados, não sendo essenciais no diagnóstico das desordens autísticas, desordens essas que passaram a fazer parte do que Wing chamou de espectro autista. A autora (1988) esclarece que “apesar de ocorrer caracteristicamente com a tríade, o comportamento repetitivo não é, por si só, característico do continuum autístico, porque pode ser visto em crianças normais e em crianças com retardo mental severo, mesmo que não apresentem a tríade. No entanto, em nenhum desses grupos, a atividade repetitiva

¹⁶ Contrariamente, para os adeptos da teoria da mente, como Baron Cohen e Uta Frith (1995), este ponto é característico dos autistas.

domina o padrão de atividades espontâneas, como ocorre naqueles com a tríade" (p. 95). Desse modo, o prejuízo na imaginação e na compreensão, a terceira característica descrita, passa a ser considerado como necessário e suficiente para a presença da tríade.

O que em Wing me parece controverso é a presença da tríade para diagnosticar os casos específicos de autismo (como parecem formuladas as classificações mundiais) e os outros quadros que fazem parte do espectro, já que Wing acreditava ser o autismo apenas um subgrupo dentro de um espectro de desordens. Por outro lado, a utilização dos critérios sugeridos para o autismo infantil, leva à seleção de um grupo heterogêneo de quadros clínicos, uma gama de patologias que não deveriam ser identificadas sob a mesma rubrica (autismo).

A noção de espectro autista tenta dar conta da heterogeneidade da população diagnosticada, com a presença da tríade concebida por Wing propondo um diagnóstico sindrômico. Todos os quadros clínicos e patologias selecionados apresentam este conjunto de sinais e sintomas (a tríade) e, portanto conteriam os prejuízos, considerados fundamentais em comum. Desse modo, o autismo deixa de ser uma doença e passa a ser uma síndrome autística.

Considerações

Resumindo as idéias contidas no capítulo, vimos que Rutter evolui o conhecimento de autismo e identifica mudanças no conceito da síndrome, que deixa de ser uma psicose infantil e passa a ser uma desordem do desenvolvimento, com o foco centrado nas questões do desenvolvimento infantil. E propõe, em 1978, a mudança do critério relativo à idade de seu aparecimento, que passa para os 36 meses.

Lorna Wing, a partir de seu estudo em Camberwell, que passa a ter legitimidade, propõe o conceito da tríade de deficiências que acometeria estas crianças. Este conceito evoluiu para a noção de espectro autista, visto que identifica dentro do grupo selecionado pela tríade tanto crianças com o quadro clássico de Kanner quanto com outros quadros clínicos.

Rutter está mais interessado em aprofundar o conhecimento sobre o autismo descrito por Kanner, que seria considerado o autista clássico. Já Wing elegue três sintomas como centrais, modificando a amostra da população selecionada e transformando os casos diagnosticados de autismo em um espectro de distúrbios autísticos, selecionando, portanto, uma população heterogênea.

A NSAC propõe critérios com motivações políticas e sociais, que não foram acolhidos pela comunidade científica.

Rutter critica o reducionismo de Kanner quando, em 1956, limitou os critérios de diagnóstico a apenas dois, isolamento extremo e uniformidade (*sameness*). Enfatizando que a adoção desses critérios de diagnóstico pelos pesquisadores levou a uma heterogeneidade da população estudada, uma vez que era perdida a especificidade da síndrome, a sua proposta seria de se acrescentar dois critérios que marcariam, desse modo, uma diferença entre os quadros estudados e os de outras patologias infantis, e que seriam a idade de aparecimento (30 meses) e os problemas de comunicação.

Chama atenção o fato de o nível intelectual ser sempre levado em consideração nas pesquisas, já que se torna difícil interpretar dados sem uma identificação correta do grau de funcionamento intelectual, uma vez que qualquer diferença encontrada poderá ser atribuída ao autismo, ao retardo mental ou a ambos.

Rutter chama a atenção neste artigo para uma metodologia na utilização dos critérios de diagnóstico que parece muito pertinente, ou seja, a de se considerar as patologias associadas, o QI e o funcionamento da criança de maneira associada e incluí-las nas avaliações multiaxiais (atualmente encontramos este tipo de classificação por eixos no DSM IV). Entretanto, sabemos que não elas são utilizadas de maneira rotineira nas pesquisas. Poderíamos pensar que a utilização sistemática deste apêndice talvez pudesse resolver em parte a heterogeneidade das amostras estudadas, que constituem o objeto deste estudo, o que já era questionado por Rutter em 1978.

Ele ainda questiona nesta época se o autismo deve ser subclassificado e, em caso afirmativo, como fazer essa subdivisão. Naquela época, declarava que ainda faltavam dados para saber se o autismo presente em crianças com inteligência normal era a mesma coisa que autismo presente nas crianças que também apresentam retardo mental.

Outra questão que já estava sendo pensada, e que hoje nos parece mais clara, é a necessidade de se subagrupar essas crianças, apesar de ainda não podermos identificar qual o melhor recorte a ser feito na realização deste subagrupamento.

CAPÍTULO 3

A EVOLUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE AUTISMO SEGUNDO O *DIAGNOSTICAL AND STATISTICAL MANUAL (DSM)*

Atualmente, contamos com dois instrumentos de diagnóstico mundialmente aceitos: o *Diagnostical and Statistical Manual*, na sua quarta edição revisada (DSM IV), da Associação Psiquiátrica Americana (APA), e o Código Internacional das Doenças, na sua décima edição (CID 10), da Organização Mundial de Saúde (OMS). Ambas as classificações contêm um capítulo destinado aos transtornos mentais e do comportamento.

Os critérios de diagnóstico propostos pelas duas entidades vêm sendo modificados ao longo dos anos de acordo com pesquisas e o avanço no conhecimento das patologias. Os diagnósticos, portanto, não se propõem a ser verdades absolutas sobre algum tema, apenas tentam uniformizar o diagnóstico em uma determinada época, para que, desse modo, a comunicação entre os profissionais em qualquer parte do mundo possa ser feita. Sendo assim, quando leio um trabalho alemão sobre autismo, relatando, por exemplo, que as crianças foram selecionadas pelo DSM IV, eu posso saber a que ele está se referindo.

Este capítulo se destina a analisar a evolução do diagnóstico de autismo proposto pelas classificações mundiais ao longo dos últimos 20 anos, com o objetivo de apontar as mudanças ocorridas. Escolhi aprofundar os DSMs, a fim de poder esclarecer como está estruturado o atual diagnóstico de autismo, qual a lógica da atual classificação e, desse modo, poder entender o conceito atual do autismo segundo esta classificação.

Escolhi o DSM em detrimento do CID, porque a maioria das publicações internacionais com as quais venho trabalhando utiliza o DSM como referência. Além disso, o DSM é baseado no CID e as diferenças entre eles costumam estar assinaladas pelo próprio DSM. Mesmo assim, as divergências importantes entre as duas classificações serão por mim apontadas.

Apresentarei também o CID 10, comparando-o com o DSM IV. Este fato se deve à tentativa de uniformizar o vocabulário utilizado para que possamos entender a que estamos nos referindo.

* * *

Histórico do DSM

A primeira edição do DSM, publicada em 1952, pela APA, trouxe grandes contribuições não só à psiquiatria americana, como à de outros países. Nos cerca de 20 anos seguintes, até 1967, mais de 20 edições foram publicadas.

Na preparação da segunda edição, o comitê de saúde mental (encarregado do diagnóstico) estava ciente da utilidade do manual na ajuda à uniformização de nomenclaturas em artigos, livros e na literatura profissional. Ele entendia que a adoção de nomenclaturas diferentes para o mesmo quadro clínico implicaria em diferentes conceitos, assim como (e por consequência) distintas práticas na clínica e na pesquisa.

Como o Comitê o considerava insatisfatório para a prática clínica, o capítulo V do CID 6 (Transtornos Mentais e do Comportamento) resolveu dar continuidade às publicações dos DSM's; o sucesso do DSM I colaborou para essa decisão.

A segunda edição do DSM (DSM II), publicada pela Associação Psiquiátrica Americana dos EUA, é baseada no CID-8, instrumento de diagnóstico da Organização Mundial de Saúde (OMS), e inclui alterações para possibilitar sua utilização nos EUA. Essas alterações foram feitas seguindo as próprias recomendações da OMS, a fim de que o manual pudesse ser utilizado em diversos países.

A idéia de uma classificação mundial reflete o aumento da necessidade de uma uniformização da linguagem para a comunicação entre os profissionais de saúde mental. O fato de vivermos em um mundo cada vez mais próximo, com possibilidades de comunicação simultânea, leva a esse esforço de uniformização.

O manual da Associação Psiquiátrica Americana apresenta uma nomenclatura a ser empregada nos serviços de saúde mental, hospitais, clínicas psiquiátricas, consultórios e hospitais, em geral. Além disso, essa nomenclatura passa a ser utilizada em cortes judiciais, serviços mentais de indústrias e na medicina do trabalho, o que revela o uso abrangente do manual.

Pressupostos Teóricos das Classificações do DSM

Por ser um manual de origem médica, as classificações e categorias de diagnóstico são baseadas em modelos médicos de diagnóstico. Entretanto, como em psiquiatria um diagnóstico etiológico é raro, os diagnósticos são feitos por descrições de sinais e sintomas, de modo que possam satisfazer às necessidades de psiquiatras de diversas escolas e orientações

teóricas. Devem também satisfazer aos psiquiatras dos EUA, bem como de qualquer outro país, estabelecendo desse modo, quais os sintomas suficientes e necessários para que seja diagnosticado determinado quadro clínico.

As entidades clínicas são abstrações teóricas de fenômenos da natureza. Segundo Franz Alexander (1980), a ciência precisa comparar e uniformizar para alavancar o conhecimento. Assim são estabelecidos critérios, a partir de pressupostos teóricos, e são feitos recortes, criando entidades clínicas ou categorias.

Dois grupos diferentes de profissionais utilizam manuais: clínicos e pesquisadores. Sabemos, no entanto, que suas necessidades são diferentes. Os clínicos estão interessados principalmente em incluir os pacientes em alguma categoria de diagnóstico, de modo a poder fornecer uma orientação de tratamento. Assim, a ampliação dos critérios lhes é vantajosa. Por outro lado, os pesquisadores preferem trabalhar com grupos mais homogêneos, mesmo que dentre essa população muitos permaneçam sem diagnóstico.

O manual tenta se adequar às duas tendências – grupos mais homogêneos (pesquisadores) e mais heterogêneos (clínicos). De acordo com seus pressupostos teóricos, a opção é a inclusão de patologias de tal forma que pacientes não fiquem sem diagnóstico.

O autismo e os DSM's

O **DSM I** foi publicado nos EUA, em 1952, e não faz referência ao autismo. Em 1968, foi publicado o **DSM II**, baseado no CID-8, e nesta segunda edição ainda não encontramos o autismo infantil como categoria de diagnóstico. E isso a despeito do fato de que, entre os pesquisadores que faziam parte do subcomitê de psiquiatria infantil, achava-se Leon Eisenberg, co-autor da revisão de Kanner, em 1956.

A referência ao autismo é encontrada dentre as esquizofrenias sob a rubrica 295, o subtipo Esquizofrenia – tipo Infantil, presente apenas no DSM.

“Esta categoria é para os casos em que os sintomas da esquizofrenia aparecem antes da puberdade. A condição pode se manifestar por comportamento autístico atípico e evitativo, prejuízo em desenvolver identidade separada da da mãe, maturidade grosseira e desenvolvimento inadequado. O defeito no desenvolvimento pode resultar em retardo mental, que também deve ser diagnosticado” (DSM II). A categoria é equivalente à esquizofrenia tipo infantil do DSM I.

A partir de 1980, com a edição do **DSM III**, o autismo infantil passa a estar presente nos manuais das classificações mundiais como uma **entidade diagnóstica**, classificado como um **Transtorno Global do Desenvolvimento - TGD** (*Pervasive Developmental Disorders - PDD*).

O Transtorno Global do Desenvolvimento é classificado dentro do capítulo das desordens que usualmente ocorrem na infância e adolescência, sendo estruturado da seguinte maneira:

DSM III - Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD/PDD)

299.0x Autismo Infantil

299.00 Autismo Infantil, presença da síndrome completa

299.01 Autismo Infantil, estado residual

299.8x Psicose Atípica da Infância

299.80 Psicose Atípica da Infância, presença de toda a síndrome

299.81 Psicose Atípica da Infância, estado residual

A categoria 299.0x (Autismo Infantil) estabelece que os seguintes critérios devem ser observados:

- a) aparecimento antes dos 30 meses;
- b) ausência de resposta a outros seres humanos;
- c) déficit grosseiro no desenvolvimento da linguagem;
- d) caso a fala esteja presente, são encontrados padrões peculiares como ecolalia imediata e tardia, linguagem metafórica e reversão pronominal;
- e) respostas bizarras a vários aspectos do meio ambiente, como resistência a mudanças, interesses ou apego peculiar a objetos animados ou inanimados.

Podemos notar que há um salto do DSM II para o DSM III; neste último, o autismo aparece descrito pela primeira vez. Podemos observar ainda que o diagnóstico de autismo, segundo esta classificação, está relacionado ao autismo de Kanner, isto é, a uma doença. Os critérios de diagnósticos são categóricos e todos devem estar presentes. Desse modo, esta classificação é considerada restritiva, se for comparada aos critérios atuais, pois considera um grupo de crianças menos abrangente. Além disso, é mais homogêneo, já que todos os cinco itens devem estar presentes.

Não deve ser coincidência o fato de esses diagnósticos serem semelhantes aos propostos por Rutter em 1978, visto que o trabalho de Rutter é conhecido internacionalmente

como uma grande revisão dos critérios diagnósticos de autismo a partir de Kanner. É possível assim, supormos que as classificações mundiais tenham captado esta tendência.

A revisão do DSM III (**DSM III-R**), publicada em 1987, estabelece profundas mudanças na abordagem do autismo. Essas mudanças ocorrem não apenas nos critérios de diagnóstico do autismo propriamente dito, como na estruturação dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (*Pervasive Developmental Disorders*). Nesse momento, o **conceito** de autismo passa a ser o de uma desordem do desenvolvimento e não o de uma psicose, assim como é abandonado o termo infantil. Esta mudança do nome de autismo infantil (DSM III) para Transtorno Autístico, segundo Mesibov, Adams & Klinger (1997), demarca o momento no qual o autismo deixou de ser considerado uma doença da criança para ser considerado como uma desordem no processo de desenvolvimento que se inicia na infância, mas que tende a acompanhar o indivíduo por toda a vida.

A mudança de maior importância ocorre com a adoção da tríade de Wing. A presença dos três déficits da tríade é a base para o diagnóstico do autismo na atualidade. Os manuais do DSM e CID baseiam-se nesses déficits identificados por Wing: 1) prejuízo qualitativo da interação social recíproca; 2) prejuízo qualitativo na comunicação verbal e não verbal e na atividade imaginativa; 3) repertório de atividades e interesses marcadamente restritos.

Com a adoção da tríade de Wing, o autismo passa a fazer parte de um grupo de patologias que apresenta os mesmos déficits básicos. Assim, existe um consenso no que diz respeito às anormalidades que caracterizam o TGD (*PDD*), e que seriam um déficit qualitativo ou desvio na interação social recíproca e na comunicação e um padrão de comportamento estereotipado e repetitivo (Rutter e Schopler, 1992).

Os critérios de diagnóstico de autismo determinados pelo DSM III-R passam a ser amplos, abrangendo uma população maior que a do DSM III. Isso se deve à mudança que havia ocorrido com o conceito de autismo. Agora eram diagnosticadas como autistas pessoas que apresentassem os três déficits básicos da tríade de Wing, que passam a definir um transtorno autístico (síndrome), e não apenas a constituir um quadro clínico. Desse modo, diagnóstico de autismo passa a ser dado a um conjunto de patologias (espectro autístico). Nesse momento, o autismo deixa de ser uma doença e passa a ser diagnosticado como uma síndrome.

Wing (1980) afirma que, com a utilização da tríade de deficiências, surge um conjunto de pacientes cujos sintomas formam um leque de desordens podendo ser denominadas *continuum autístico* ou espectro autista.

Os componentes do *continuum autístico* podem estar presentes em uma gradação de severidade, sendo que vários tipos de combinações são possíveis - algumas delas são nomeadas como síndromes, outras não. Assim, o termo *continuum* representa um conceito de complexidade considerável, maior do que simplesmente uma linha indo do severo ao leve. A tríade de Wing é mais fácil ser diagnosticada do que, por exemplo, a síndrome de Kanner, uma vez que esta última necessita de um número maior de características específicas.

A despeito da abrangência da população diagnosticada como autista pelo DSM III-R, este reduz as categorias de diagnóstico dentre os Transtornos Globais do Desenvolvimento a somente duas:

DSM III R Transtorno Global do Desenvolvimento:

299.00 Transtorno Autístico

299.80 Transtorno Global do Desenvolvimento, Sem Outras Especificações (SOE)

Inclui, no entanto, um número maior de características a serem avaliadas, propondo uma combinação entre elas para a realização do diagnóstico, apresentada a seguir:

Crterios de Diagnóstico de Distúrbio Autista- DSM III R:

Presença de, pelo menos, oito dos dezesseis itens a seguir relacionados, incluindo no mínimo dois de A, um de B e um de C.

A. Prejuízo qualitativo na interação social recíproca, manifestado pelas seguintes características:

- 1- ausência marcante de consciência da existência ou dos sentimentos alheios;
- 2- nenhuma busca ou busca anormal de conforto em épocas de sofrimento;
- 3- imitação ausente ou prejudicada;
- 4- atividade social ausente ou anormal;
- 5- prejuízo maciço na capacidade de fazer amizades;

B. Prejuízo qualitativo na comunicação verbal e não verbal e na atividade criativa, manifestado pelas seguintes características:

- 1- nenhuma forma de comunicação, como balbucio comunicativo, expressão facial, gestos, mímica ou linguagem falada;
- 2- comunicação não verbal marcadamente anormal, como no uso do olhar fixo nos olhos, expressão facial, postura corporal ou gestos para iniciar ou modular a interação social;

- 3- ausência de atividade criativa, como representar os papéis de adulto, imitar pessoas ou animais; falta de interesse por histórias ou acontecimentos imaginários;
- 4- anormalidades marcantes na produção da linguagem, incluindo volume, tonalidade, acentuação, velocidade, ritmo e entonação;
- 5- anormalidades marcantes na forma ou no conteúdo da linguagem, incluindo o uso estereotipado ou repetitivo da fala; uso do *você* quando quer dizer *eu*; uso idiossincrático de palavras ou frases; ou freqüentes observações irrelevantes;
- 6- prejuízo marcante na capacidade de iniciar ou manter uma conversa com outras pessoas, apesar da linguagem adequada;

C. Repertório marcadamente restrito de atividades e interesses, manifestado pelas seguintes características:

- 1- movimentos físicos estereotipados, p. ex.: sacudir ou rodar a mão, girar, bater com a cabeça, movimentos complexos com o corpo todo;
- 2- preocupação persistente com partes de objetos ou ligação a objetos incomuns;
- 3- angústia marcante relativa a alterações em aspectos triviais do ambiente; p. ex.: quando um vaso é mudado da posição habitual;
- 4- insistência irracional em seguir rotinas com detalhes precisos, p. ex. : insistir em seguir sempre o mesmo itinerário quando vai às compras;

5- âmbito de interesses marcadamente restrito e preocupação com um interesse limitado, p. ex.: interessado apenas em alinhar objetos, em reunir fatos sobre meteorologia ou em fingir ser um personagem de fantasia;

D. Aparecimento durante a infância e meninice

Especifique se o aparecimento ocorreu na meninice (após 36 meses de idade).

Desse modo, passa a ser diagnosticado como autista um grupo muito heterogêneo de patologias que descaracterizam o autismo de Kanner.

As crianças que apresentam um prejuízo qualitativo no desenvolvimento da interação social recíproca, na habilidade da comunicação verbal e não verbal (podendo ou não apresentar um padrão restrito de atividades e interesses) e que não preenchem os critérios de autismo, esquizofrenia ou desordem de personalidade esquizóide ou esquizotípica, devem ser diagnosticadas como casos de Transtorno Global do Desenvolvimento, sem outras especificações.

O DSM III-R estabelece ainda a adoção do sistema de eixos (sistema multi-axial) para a elaboração completa de um diagnóstico. Este sistema acessório está atento a alguns tipos de desordens, aspectos do ambiente e áreas de funcionamento que devem ser avaliadas na vigência de algum problema. O sistema oferece como objetivo a possibilidade da avaliação global do quadro clínico apresentado pela criança.

O sistema multi-axial é estruturado da seguinte maneira:

Eixo I - Síndromes Clínicas e condições não atribuíveis a um transtorno mental.

Eixo II - Transtornos do desenvolvimento (inclui retardo mental, transtorno do desenvolvimento específico e transtorno do desenvolvimento generalizado) e Transtorno de Personalidade.

Eixo III - Relaciona qualquer transtorno ou condição física que possa estar presente além de um transtorno mental. A condição física poderá ser etiológica e estar ou não relacionada ao transtorno mental.

Eixo IV - Severidade dos estressores psicossociais. Proporciona uma escala de classificação de 6 pontos para a condição dos estressores psicossociais que contribuem significativamente para o desenvolvimento ou exacerbação do transtorno atual. Os estressores são definidos como eventos predominantemente agudos, com duração inferior a 6 meses, ou então, predominantemente persistentes, quando as circunstâncias de duração são superiores a 6 meses (escala em anexo 1).

Eixo V - Avaliação global do funcionamento. O funcionamento é conceitualizado como composto por três áreas principais: relações sociais, funcionamento ocupacional e funcionamento psicológico. A escala é baseada num *continuum* de saúde e doença mental, consistindo de 90 pontos, sendo que o 90º representa o nível mais alto de funcionamento em todas as áreas (escala em anexo 2).

A utilização do sistema multi-axial relaciona em cada eixo a presença ou ausência de achados. O médico deverá inferir a presença ou ausência de uma síndrome psiquiátrica específica (eixo I); a presença de um transtorno de personalidade pré-mórbida concomitante ou retardo mental (eixo II); a presença de condição física que possa influenciar o manejo ou prognóstico da doença psiquiátrica (eixo III); os eventos vitais que possam ser relevantes ao entendimento dos fatores desencadeantes ou problemas no manejo (eixo IV); e, finalmente,

uma avaliação global no nível mais alto de funcionamento do paciente no decorrer do ano anterior, antes do aparecimento da doença, que possa fornecer uma linha de base a partir da qual seja avaliada a gravidade da doença e seu prognóstico (eixo V).

O sistema multi-axial não é utilizado de maneira sistemática na clínica nem nas pesquisas.

O **DSM IV** é publicado nos EUA, em 1994; ele é recebido pela comunidade científica como um instrumento com abrangência intermediária entre o DSM-III e o DSM-III-R. Além disso, deveria melhor definir os subgrupos que vinham sendo identificados dentro do autismo. Algumas patologias passaram a tomar forma como entidades diagnósticas, enquanto outras ainda não estavam completamente definidas.

Podemos citar brevemente as patologias que estavam em evidência e que foram adotadas pelo DSM-IV como entidades diagnósticas. Acrescente-se que tais patologias estavam sendo diagnosticadas como TGD (Transtornos Globais do Desenvolvimento) ou como autismo.

A descrição da Síndrome de Asperger foi disseminada, após a sua tradução para o inglês, feita por Utah Frith, em 1991. Passou, então, a ser mais investigada e considerada como entidade diagnóstica.

A Síndrome de Rett também surge como uma patologia que atinge principalmente meninas, cujo quadro clínico é caracterizado por uma deterioração do desenvolvimento, com a perda de aquisições já adquiridas, acompanhada de microcefalia e de movimentos estereotipados das mãos. A síndrome já apresenta atualmente um marcador biológico, genético.

O transtorno desintegrativo apresenta características de perda de funções adquiridas, sendo também considerado como subgrupo dentre os transtornos do espectro autista.

A categoria residual é mantida, isto é, os transtornos globais do desenvolvimento, sem outras especificações (SOE). Rutter e Schopler (1992) argumentam que TGD SOE não é um diagnóstico que deva ser fornecido aos pais, embora seja uma categoria presente no DSM IV. Argumentam ainda que, freqüentemente, crianças têm acesso o negado a serviços que necessitam e dos quais poderiam se beneficiar, por sofrerem de TGD e não de autismo. Sugere, então que este termo seja utilizado com um subtítulo, "Desordem do Espectro Autístico". A segunda sugestão seria dar a essas crianças o diagnóstico de Autismo Atípico. Concluem os autores que não há vantagens nesse procedimento, do ponto de vista científico, mas com certeza ele traz vantagens quanto à possibilidade de acesso aos tratamentos existentes.

A seguir, apresento como está estruturado o DSM IV.

DSM IV -TRANSTORNO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO (TGD)-299

(PERVASIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS (PDD - 299)

- 299.00 Transtorno Autístico (*Autistic Disorders*)
- 299.80 Transtorno de Rett
- 299.10 Transtorno Desintegrativo da Infância. (*Childhood Desintegrative Disorder*)
- 299.80 Síndrome de Asperger (*Asperger's Disorder*)

- 299.80 Transtorno Global do Desenvolvimento, Sem Outras Especificações (TGD-SOE)
Pervasive Developmental Disorder, not otherwise Specified. (PDD-NOS)

DSM IV- Critérios de diagnóstico:

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO

+299.00 Transtorno Autístico - (Critérios de diagnóstico):

A - Um mínimo de seis itens, incluindo no mínimo dois de 1, um de 2 e um de 3.

(1) Prejuízo qualitativo na interação social, que deve ser observado em pelo menos dois dos seguintes itens:

- a) comprometimento severo para a utilização de comportamentos não verbais como olhar no olho, expressão facial, postura corporal e gestos para regular a interação social;
- b) não se relaciona com os pares de maneira apropriada ao nível de desenvolvimento esperado;
- c) ausência de comportamento espontâneo que vise compartilhar prazer, interesses ou conquistas (p. ex.: incapacidade de mostrar, conduzir ou apontar para objetos de seu interesse);
- d) falta de reciprocidade social ou emocional;

(2) Comprometimento qualitativo da comunicação:

- a) atraso ou ausência de desenvolvimento da comunicação verbal (sem tentativas de compensação como gestos ou mímica);

- b) nos indivíduos com fala adequada, observa-se marcante dificuldade para iniciar ou sustentar a conversação com as pessoas (*others*);
- c) utiliza a linguagem de forma estereotipada, repetitiva ou idiossincrática;
- d) ausência de variação nas brincadeiras, de brincar de *faz-de-conta* ou imitações apropriadas para o grau de desenvolvimento;

(3) Padrão de comportamento, de interesses e de atividades repetitivos e estereotipados:

- a) preocupação persistente com um ou mais interesses estereotipados e restritos, anormais quanto à intensidade e ao foco;
- b) se prende, de modo aparentemente inflexível, a rituais e rotinas específicas e sem função;
- c) maneirismos motores repetitivos e estereotipados (p. ex.: *flapping* de mãos e dedos ou movimentos complexos com o corpo);
- d) preocupação persistente com partes de objeto;

B - Atraso ou funcionamento anormal (desvio) em pelo menos uma das áreas a seguir, com **aparecimento antes da idade de três anos**: (1) interação social; (2) linguagem utilizada para a comunicação; (3) brincar simbólico e criativo.

C - O distúrbio não se encaixa em Transtorno de Rett ou Desordem Desintegrativa da Infância.

É importante ressaltar que o sistema multi-axial se mantém no DSM IV.

Notamos que o DSM IV estabelece a **idade** como critério fundamental, item B, bem

como dois critérios de exclusão (no item C.)

Há ainda uma observação para que o Retardo Mental (317; 318.0; 318.1; 318.2; 319), seja catalogado no Eixo II.

O DSM IV tenta, assim, subagrupar as patologias descritas dentro do espectro de desordens autísticas, nomeando as síndromes (Rett, Asperger, Transtorno Desintegrativo). Apesar deste esforço, ainda hoje encontramos dentre as crianças que são diagnosticadas como autistas um grupo muito heterogêneo formando um espectro de patologias, cujos limites ainda são muito tênues. Ou seja, existe uma infinidade de crianças com as mais diversas patologias, quadros clínicos, graus de comprometimentos, que recebem o diagnóstico de autismo. Sabemos que o desempenho cognitivo das crianças autistas também é comprometido em dois terços dos casos. Além disso, não há um critério de exclusão quanto às patologias motoras.

É interessante ressaltar que muito é discutido quanto à heterogeneidade do quadro clínico de autismo e pouco acerca do seu conceito. No meu entender, estando claro o conceito, será mais fácil determinar o que é diferente. Isto é, poderemos saber a que se deve essa grande heterogeneidade de quadros clínicos. Poderemos nos interrogar se a heterogeneidade é devida às diferenças nos déficits cognitivos ou à diferença na idade de aparecimento. Ou seria devida à idade em que o diagnóstico é feito?¹⁷ Ou ainda, ao tipo de interação social?

Para tal, vários estudos têm sido feitos na tentativa de se delimitar subtipos de autismos (Schopler & Rutter, 1976, Borden & Ollendick, 1994, Eaves, Ho & Eaves, 1994,

¹⁷ Sabemos que o quadro clínico muda e evolui com a idade; seria importante sempre identificar na amostra que está sendo estudada a faixa etária, pois os déficits cognitivos variam com a idade. Outros fatores como o padrão de brincadeiras repetitivas e estereotipadas mudam na sua forma de aparecimento com a idade. Se estivemos considerando uma pessoa adulta com este sintoma, procuraremos, então, um caráter obsessivo no seu relacionamento com eventos, pessoas e objetos, com rigidez, previsibilidade e inflexibilidade.

Sevin, Matson, Coe, Love, Matese, Benavidez, 1995). As referências mais freqüentemente citadas e clinicamente aplicadas são os subtipos propostos por Lorna Wing e colaboradores, baseados na qualidade do déficit da interação social (o indiferente, o passivo e o bizarro) (Eaves, 1994).

As diferenças conceituais do **DSM IV** em relação ao **CID 10** são poucas. O **CID 10** propõe subagrupar as patologias do espectro autístico dentro de um maior número de entidades diagnósticas.

Dentre as entidades selecionadas pelo **CID 10**, podemos observar concordância com o **DSM IV** nas seguintes categorias: o autismo (no **CID 10**, é mantido o termo *infantil*); Síndrome de Rett; Outros Transtornos Desintegrativos da Infância; Síndrome de Asperger; e Transtorno Invasivo, Sem Outras Especificações (SOE). O **CID 10** estabelece de modo apropriado, do meu ponto de vista, a categoria Autismo Atípico, na qual poderiam ser incluídos os casos em que não há um quadro clássico. No entanto, as demais entidades – Transtorno Hiperquinético associado com retardo mental e movimentos estereotipados, e os Outros Transtornos Invasivos do Desenvolvimento – me parecem de pouca utilidade e validade como entidade diagnóstica.

A seguir, apresento como está estruturado o **CID 10**.

A visão geral do capítulo é a seguinte:

CID 10 -F80-89 -TRANSTORNOS DO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO

Dentre os Transtornos do Desenvolvimento Psicológico F80-89, encontramos sob a rubrica F84 os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), equivalente ao Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) do **DSM IV** e ao *Pervasive Developmental Disorders*

(PDD). Cabe ressaltar que a categoria, Desordens Usualmente Ocorrendo na Infância e Adolescência do DSM IV, inclui todas as patologias infantis. Por outro lado, no CID 10, esta categoria inclui apenas uma parte dos transtornos infantis.

CID 10 Relaciono abaixo a itemização destes transtornos:

F80-89 TRANSTORNOS DO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO

F80 - Transtorno específico do desenvolvimento da fala e linguagem

F81 - Transtorno específico do desenvolvimento das habilidades escolares

F82 - Transtorno específico do desenvolvimento da função motora

F83 - Transtorno específico misto do desenvolvimento

F84 - Transtorno invasivo do desenvolvimento

F88 - Outros transtornos do desenvolvimento psicológico

F89 - Transtorno não específico do desenvolvimento psicológico

CID 10 - O item F84 - Transtornos Invasivos do Desenvolvimento - está estruturado da seguinte maneira:

F84.0 - Autismo infantil

F84.1 - Autismo atípico

F84.2 - Síndrome de Rett

F84.3 - Outros transtornos desintegrativos da infância

F84.4 - Transtorno hiperativo associado a retardo mental e movimentos estereotipados

F84.5 - Síndrome de Asperger

F84.6 - Outros transtornos invasivos do desenvolvimento

F84.9 - Transtornos invasivos do desenvolvimento, não especificado

* * *

Resumo a seguir a evolução do conceito, segundo os autores estudados, para apresentar um modelo gráfico explicativo. Considero que este modelo poderá contribuir para a compreensão dessa evolução e dos problemas do atual diagnóstico.

Em 1943, Kanner observou através da avaliação descritiva do quadro clínico de 11 crianças, estar diante de uma nova entidade diagnóstica. Isto é, que as crianças avaliadas apresentavam “peculiaridades fascinantes” e que as semelhanças entre elas apontavam para um quadro clínico ainda não descrito anteriormente. Esta nova entidade diagnóstica foi denominada **Distúrbio Autístico do Contato Afetivo**.

Rutter, em 1978, havia proposto uma abordagem diagnóstica que considerava satisfatória na época, com os resultados de pesquisa dos quais dispunha para uniformizar o diagnóstico proposto por Kanner.

Rutter (1988) afirma que a entidade diagnóstica Autismo Infantil estava bem estabelecida. No entanto, o conceito deste quadro clínico estava pouco claro, já que foi sendo modificado com o passar do tempo e o avanço no conhecimento. Além disso, contém

síndromes mal definidas. Por isso, o conceito do autismo enquanto síndrome também não era claro.

Lorna Wing, em 1980, propôs o conceito de espectro de desordens autísticas. No meu entender, nesse momento, a preocupação deixa de ser diagnosticar crianças com autismo (de Kanner) e passa a ser diagnosticar crianças que apresentassem um transtorno do desenvolvimento das habilidades compreendidas na tríade de deficiências.

A fim de compreendermos estas mudanças, podemos ressaltar as alterações nos DSMs, através das quais os critérios de diagnóstico deixaram de ser restritivos, como o DSM III, tornando-se ser amplos e abrangendo uma população de crianças cada vez maior (ver DSM III e DSM-IV). A preocupação da comunidade científica deixou de ser o quadro clínico assinalado por Kanner, assim como o conceito deixa de ser kanneriano e passa a ser direcionado a todas as crianças que apresentem déficit (desvios) no desenvolvimento do contato social, da comunicação e do brincar imaginativo (tríade de Wing). Isto leva não só a um aumento do contingente, como também a uma heterogeneidade da população diagnosticada.

Os modelos explicativos a seguir tentam ilustrar a evolução do diagnóstico de autismo.

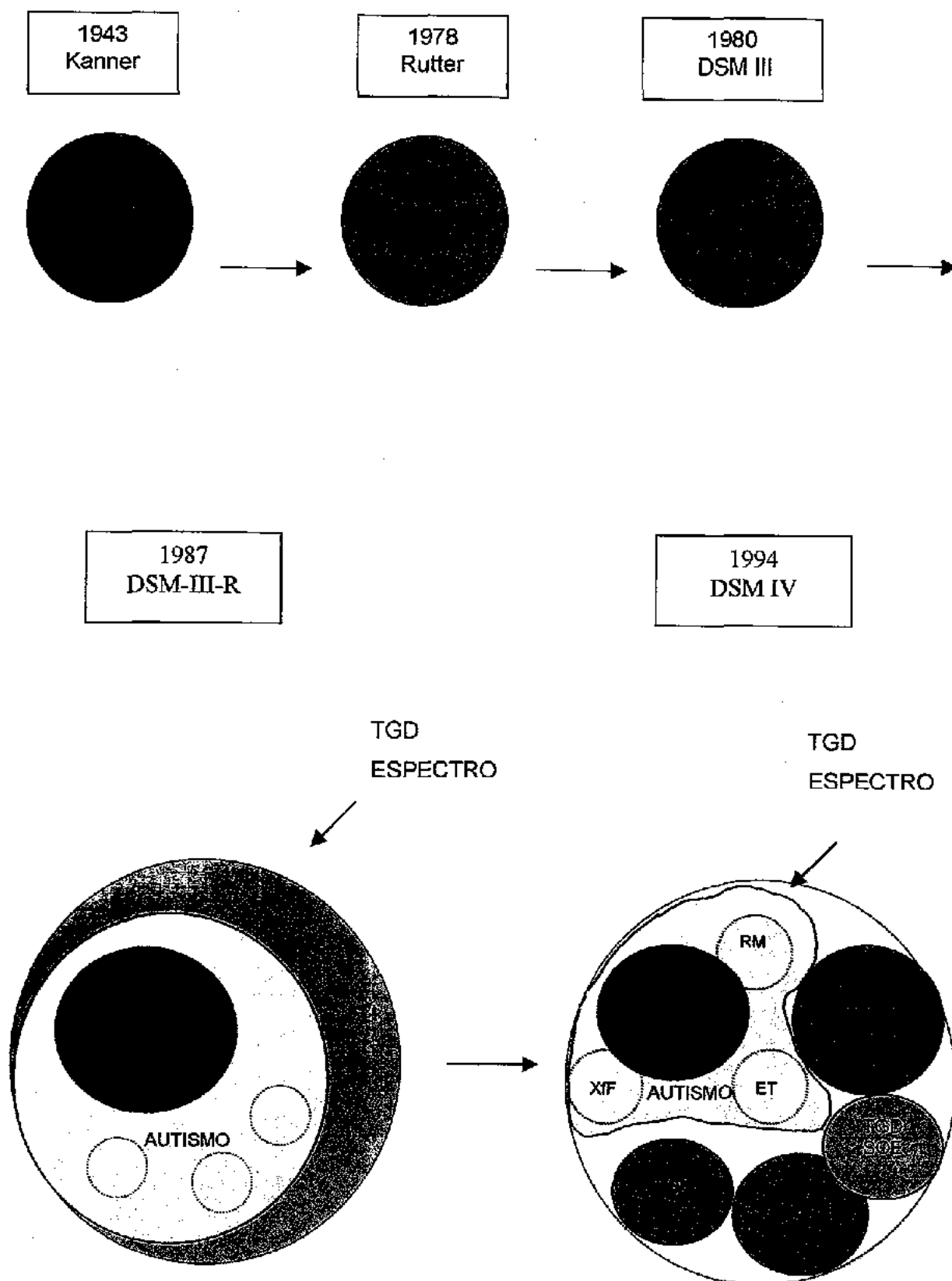


FIGURA 1: evolução do conceito de autismo de Kanner ao DSM IV.

Podemos observar que o grupo de crianças com as características descritas por Kanner em 1943 (em vermelho) continua presente em todos os conjuntos subsequentes (Rutter, DSM III, DSM III R, DSM IV), sendo que o grupo de crianças nomeadas de autistas a partir do DSM III-R é muito mais amplo (em amarelo).

Há uma infinidade de crianças com as mais diversas patologias, quadros clínicos e graus de comprometimentos que, a partir da definição de autismo pela tríade (DSM III-R), passaram a ser diagnosticadas como autistas. Passamos, assim, a identificar um grupo heterogêneo de quadros clínicos como autistas. Isto é, passou a ser diagnosticado um espectro de desordens autísticas.

As crianças diagnosticadas pelos critérios do DSM III-R que apresentavam prejuízo dentro do espectro de desordens autísticas (tríade de Wing) passaram a ser diagnosticadas como autistas (em amarelo) ou como apresentando Transtorno Global do Desenvolvimento, sem outras especificações (em azul).

Após a adoção do DSM III-R, começaram a surgir dentro as patologias deste espectro, quadros clínicos mais bem definidos enquanto entidades diagnósticas (no esquema DSM III-R, conjuntos pontilhados em azul).

O DSM IV mantém basicamente os mesmos critérios diagnósticos do DSM III-R. A mudança fundamental ocorre na estruturação do capítulo, onde são incluídas novas entidades diagnósticas dentro deste espectro. No modelo explicativo, deve-se atentar para os conjuntos - Rett, T. Desintegrativo, Asperger, em verde. O DSM IV inclui nos critérios diagnósticos de autismo o item C, no qual consta o critério de exclusão de outras entidades diagnósticas (Rett e Transtorno Desintegrativo).

Mesmo com as modificações propostas pelo DSM IV, ainda são feitos diagnósticos de vários quadros clínicos distintos dentro do Espectro Autístico: Autismo (em amarelo) ou Transtorno Global do desenvolvimento, sem outras especificações (em azul).

Atualmente, a tendência da comunidade científica é identificar subtipos de autismo. O modelo gráfico a seguir tenta dar maior compreensão à estruturação do atual diagnóstico DSM IV, utilizando outra perspectiva.

DSM IV

[REDACTED]

[REDACTED]

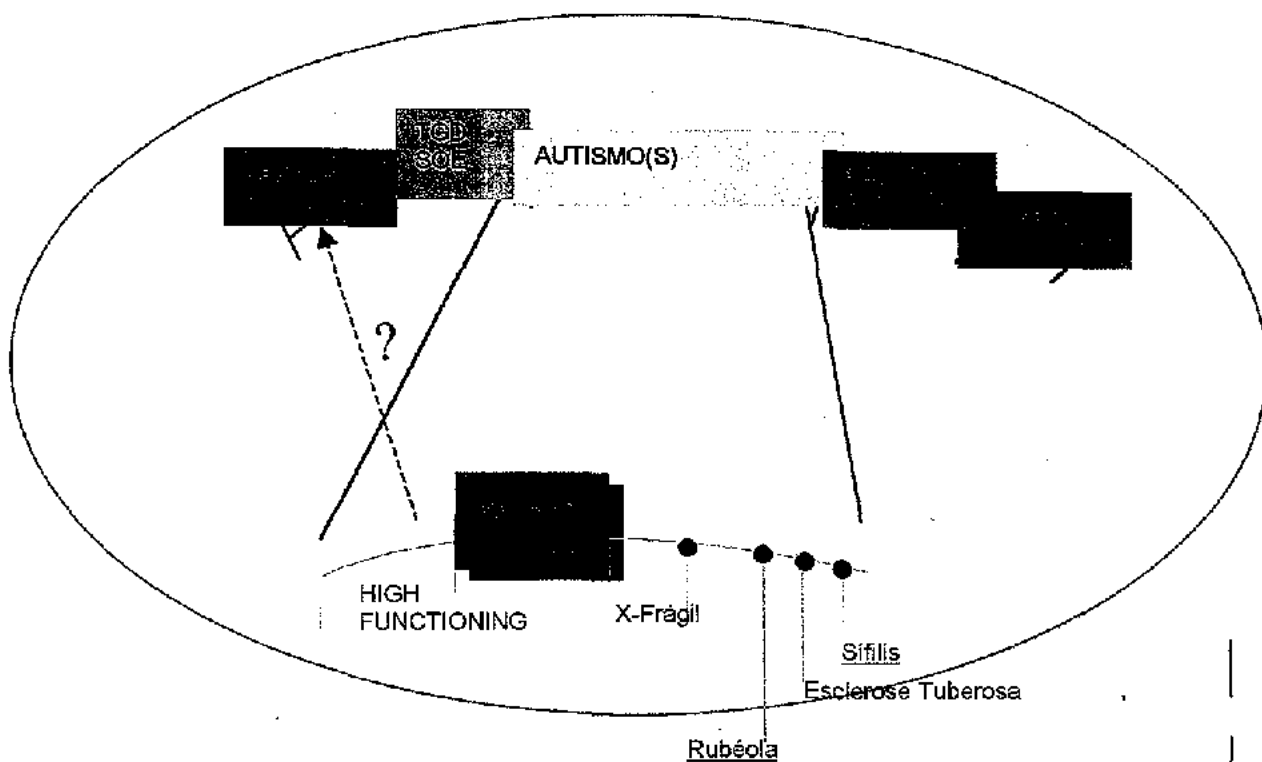


Figura II - Modelo gráfico: espectros TGD e Autismo

A fim de entendermos a estruturação do atual diagnóstico de autismo e compreendermos a problemática deste diagnóstico, isto é, a identificação de quadros clínicos heterogêneos, sugiro uma inversão na lógica de raciocínio. Pensamos no referencial de Kanner ao falarmos de autismo e no quanto o atual diagnóstico perdeu suas peculiaridades. No entanto, sabemos que o autismo de Kanner (no modelo, em vermelho) é apenas um subgrupo de crianças diagnosticadas dentro o espectro de patologias que são atualmente selecionadas como autismo (em amarelo). Podemos então pensar que, quando nomeou o seu Distúrbio do Contato Afetivo, Kanner estava definindo um subgrupo de crianças dentro deste espectro. O DSM propôs que os comprometimentos apresentados por aquelas onze crianças (paradigma) descritas por Kanner faziam parte de um espectro de deficiências muito mais amplo – o espectro autístico.

Devemos, então, pensar que Kanner identifica um subgrupo (em vermelho), que passa a ser chamado de Autismo (em amarelo), que posteriormente passa a ser chamado de espectro de desordens autísticas (em laranja). Dentro deste espectro, atualmente, já existem algumas patologias nomeadas, como a Síndrome de Asperger (em verde), o Transtorno Desintegrativo (em verde), o Transtorno de Rett (em verde) e os Transtornos Globais do Desenvolvimento Sem Outras Especificações (TGD SOE ou *PDD NOS*, em azul claro). O autismo é diagnosticado na mesma categoria das entidades diagnósticas citadas acima e, no entanto, ele se apresenta como uma síndrome (em amarelo).

É importante ressaltar que o diagnóstico de autismo segundo o DSM IV identifica um conjunto de patologias dentro do espectro de desordens autísticas. Encontramos aí subgrupos de crianças com os mais diversos quadros clínicos. Até o momento, ainda não

foram estabelecidos critérios que melhor definam estes subtipos de autismo. Sendo assim, é importante chamar a atenção para o fato de que existem dois espectros envolvidos nesta questão, o que eventualmente causa confusão na compreensão do problema. O primeiro espectro é o TGD (em laranja), que inclui crianças com os déficits básicos da tríade. Afirmando isso, baseada no fato de que os transtornos de Rett, de Asperger e Desintegrativo, até a publicação do DSM IV, eram diagnosticados como autismo ou como Transtorno Global do Desenvolvimento, sem outras especificações (pontilhado em azul no modelo anterior DSM III R). Alguns transtornos passaram a apresentar maior discriminação e validade, com síndromes recebendo status de entidade diagnóstica (Asperger, Rett, T. Desintegrativo, em verde).

Por outro lado, dentro do grupo de crianças selecionadas como autistas (em amarelo) ainda encontramos vários subgrupos à espera de serem identificados e nomeados. Por essas razões, acredito poder afirmar que dentro da entidade diagnóstica **autismo** encontra-se um outro espectro de desordens.

Finalmente, o modelo explicativo permite também compreender que, dentro da entidade diagnóstica **autismo** (amarelo), encontramos algumas patologias associadas, como X-frágil, rubéola congênita, sífilis congênita e esclerose tuberosa. Encontramos ainda um subtipo de autismo de alto funcionamento intelectual (*high-functioning*), que a comunidade científica questiona se se trata de Síndrome de Asperger.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando tive a idéia de aprofundar o conhecimento sobre o diagnóstico e o conceito de autismo, havia me deparado com inúmeras questões envolvendo o tema na prática clínica e no campo teórico. Por essa razão, decidi estudá-lo de maneira sistemática através da presente dissertação de mestrado.

Como apresentado de maneira sucinta na Introdução, na época em que os questionamentos surgiram, eu trabalhava como psiquiatra infantil no ambulatório de psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

A princípio, não havia da minha parte um interesse específico pelo autismo, apesar de reconhecer o grande desafio, para qualquer psiquiatra infantil, que é o entendimento do seu quadro clínico. Sendo assim, fui igualmente instigada por esse desafio. Passei a estudar o tema, dia a dia, e a avaliar um maior número de crianças com essa patologia.

Inicialmente, as crianças acompanhadas apresentavam características mais homogêneas, sendo muito comprometidas e com um quadro clínico grave. Isto é, a maioria não falava, apresentava retardo mental e estereotípias motoras. Com o passar do tempo, fui sendo solicitada por outros profissionais a avaliar crianças com idade aproximada em torno de 2, 3 anos, com suspeita de autismo. Na ocasião, optei por utilizar um modelo (instrumento) de diagnóstico mais objetivo que pudesse me servir de referência, assim como orientar o colega solicitante: o DSM IV.

Passei, então, a fazer o diagnóstico em um número maior de crianças, identificando como autista um grupo de crianças muito heterogêneo.

Dentre estas, uma me chamou atenção em especial. Tratava-se de uma menina de 2 anos e meio, com comprometimento neurológico grave, o que a levava a apresentar um atraso motor importante: não andava e não se sentava. Além disso, tinha um déficit cognitivo grave, a comunicação e a linguagem também eram comprometidas, não falava e parecia recusar a interlocução com o desvio do olhar.

Esta criança preenchia os critérios de diagnóstico para o autismo. No entanto, o bom senso me dizia que o quadro neurológico era preponderante e que este diagnóstico não seria adequado. Indagui-me em seguida: *que diagnóstico é esse? Para que serve? Por que o diagnóstico de autismo está estruturado dessa maneira?*

É importante relatar que a referência de autismo da qual eu dispunha era a do quadro clínico descrito por Kanner. Suspeitava, no entanto, que o conceito deveria ter passado por profundas mudanças e que muitas confusões e mal-entendidos advinham do emprego de tal "rótulo".

Iniciei, assim, o estudo da evolução do conceito e do diagnóstico de autismo, partindo de Kanner, com o objetivo de entender a problemática atual do diagnóstico, seus pressupostos teóricos, suas motivações e, sobretudo, o conceito atual deste quadro clínico.

Hoje, posso dizer que ainda me *restam* muitos questionamentos acerca deste quadro clínico. Vejo mais claramente, entretanto, qual o referencial deste diagnóstico, assim como tornou-se mais clara a compreensão do quadro clínico que estou diagnosticando. Isso pode abrir possibilidades para pensarmos num tratamento adequado, delimitarmos melhor um

prognóstico para essas crianças¹⁸ e orientar as pesquisas de maneira adequada (discriminando subgrupos).

A primeira grande crítica que recebi propondo este tema foi relativa ao próprio diagnóstico. Fui questionada quanto aos motivos que me levavam a me preocupar com este tema, já que o diagnóstico apenas “aprisionaria” os indivíduos em rótulos, não havendo, segundo tal raciocínio, benefício algum nisso. Atualmente, sinto-me segura para poder rebater tais críticas, visto que o diagnóstico norteia o tratamento, servindo para me orientar quanto ao prognóstico, à evolução, à incidência familiar e a uma possível etiologia.

No I Encontro de Pais de Autistas, realizado no centro de estudos do Hospital Municipal Jesus, em agosto de 1999, ouvi o relato de uma mãe de criança autista, sobre a sensação de alívio que finalmente sentiu quando a filha foi diagnosticada. Tratava-se de uma criança de memória prodigiosa, que iniciou a fala com apenas quatro anos e que apresentava um comportamento isolado quando em contato com outras crianças. Parece-me que, para a mãe de um criança autista, é muito pior não ter um diagnóstico para sua filha, do que sabê-la autista.

Mesmo considerando algumas ressalvas que podem ser feitas à realização de diagnósticos psiquiátricos, é fato que ele é um *constructor* teórico para orientar o tratamento e a comunicação entre profissionais em um determinado período estabelecido, sendo falível e mutável; devido também ao fato de o diagnóstico “aprisionar” indivíduos, nesse momento, sinto-me mais à vontade para falar do diagnóstico de autismo. Acredito sim que o conhecimento da atual entidade diagnóstica, com suas limitações e indicações de uso, possa

¹⁸ Sabemos que algumas crianças gravemente comprometidas na primeira infância (pré-escola) podem, posteriormente, ter uma vida e um desenvolvimento normal. A Temple Grandin é um exemplo (1995).

propiciar um melhor entendimento deste quadro clínico, das pesquisas realizadas, assim como melhorar a comunicação entre os profissionais que trabalham com o tema.

Pela minha experiência profissional em clínica psiquiátrica, sinto-me levada a considerar aspectos da vida prática quotidiana implicados na utilização desses manuais. Devemos considerá-los apenas um catálogo de patologias com lista de critérios para um diagnóstico? Ou há de fato algum benefício na sua utilização? Acredito que existam vantagens / importância na utilização destes manuais, que podem ser percebidas nas questões sociais, como pagamentos de seguro-saúde. Sabe-se, por exemplo, que nos EUA, os seguros de saúde requisitam diagnósticos para arcarem com as despesas dos tratamentos. Para se ter uma idéia do que isso representa em termos de custos, posso listar um protocolo básico de avaliação de crianças diagnosticadas **autistas**: 1) avaliação psiquiátrica e neurológica; 2) avaliação genética; 3) ressonância magnética; 4) EEG; 5) fisioterapia; 6) audiometria; 7) avaliação fonoaudiológica; 8) escola especial, ou especializada (inclusão); 9) atendimento psicológico.

Temas como questões trabalhistas, alguns relacionados aos direitos civis (direito de ir e vir), também estão envolvidos nesta problemática. No Brasil (Rio de Janeiro), são necessários laudos médicos constando o CID 10, para obtenção de pensão do Estado por invalidez temporária ou permanente. O *passaporte para utilizar gratuitamente o transporte público para atendimento médico continuado da FETRANPOR (Federação de Transportes)* também necessita de diagnóstico de doença incapacitante.¹⁹

Pelo exposto, podemos constatar a utilidade da aplicação de diagnósticos e dos manuais de diagnóstico na prática clínica.

* * *

A utilização destes instrumentos de diagnósticos deve ser norteada por critérios que servirão não só para a sua utilização em pesquisas, como na prática clínica.

Encontramos dificuldades em avaliar as pesquisas que utilizam os atuais instrumentos de diagnóstico, uma vez que a amostra selecionada é muito heterogênea. Percebemos, assim, dificuldade em determinar o déficit básico do autismo quando avaliamos pessoas com quadros clínicos diversos, seja na gravidade dos sintomas autísticos, sejam nas patologias associadas (epilepsias), na presença ou não de algum marcador biológico conhecido - X-frágil, ou na presença de retardo mental.

Segundo Geraldine Dawson (1996), a literatura sobre os aspectos neuropsicológicos do autismo, por exemplo, é considerada complexa e inconsistente. Essa inconsistência deve-se, primordialmente, a dois fatores, a saber: a variedade existente no comportamento do autista, o que resulta em estudos que diferem substancialmente na população pesquisada. Seria surpresa se apenas um padrão neuropsicológico estivesse presente em todas as pessoas com autismo, se levarmos em conta sua ampla e variada capacidade de linguagem, cognitiva e social. Em segundo lugar, a presença ou não de prejuízos em um determinado estudo depende do grupo selecionado para a comparação (retardo mental versus distúrbio de aprendizado) e da variável escolhida a ser comparada (QI versus comunicação versus habilidade não verbal). Atualmente, não há uma regra comum

¹⁹ No HUPE, quando do início do atendimento semanal às crianças, foi preciso esclarecer às entidades responsáveis pelo

entre os investigadores para a seleção dos grupos-controle, nem estratégias de combinação. Desse modo, as pesquisas têm dificuldade em encontrar o déficit básico da síndrome.

A utilização do sistema de eixos poderia resolver uma parte destes problemas, adotando-se, por exemplo (para pesquisas), critérios de exclusão ou inclusão de alterações nos eixos: crianças entre 5 e 7 anos sem comprometimento no eixo II, isto é, sem retardo mental associado.

A comunidade científica tem se mostrado preocupada em melhorar os instrumentos padronizados de avaliação que são utilizados para pesquisa. Dentre estes instrumentos, encontramos o WADIC (*Wing Autistic Disorder Interview Checklist* - Isabelle Rapin, 1996, elaborado por Lorna Wing, após um estudo realizado ao longo de 20 anos). Este instrumento apresentou-se mais discriminado do que o DSM e o CID ao diferenciar crianças com autismo de outras não autistas com retardo mental e das que apresentavam desordens de comunicação, podendo assim ser recomendado como um instrumento alternativo à realização de pesquisas.

* * *

Um ponto importante a mencionar diz respeito ao diagnóstico precoce. Como vimos, a mudança do conceito de autismo para o de espectro autista inclui por **definição** crianças que apresentem, **antes dos trinta e seis meses**, algum **desvio** no desenvolvimento de

três áreas: a interação social, a linguagem utilizada para a comunicação e o brincar simbólico e imaginativo.

Cabe aqui enfatizar a importância do critério idade de aparecimento. Será que existe um período prévio de desenvolvimento absolutamente normal? Ou será que os pais não percebiam os sinais precoces? Estas perguntas remetem a uma questão que considero fundamental.

Existe um diagnóstico precoce? Como ele é feito? Qual seria a sua utilidade?

Podemos considerar, então, que não é preciso que os sintomas do autismo (doença) estejam presentes, mas sim desvios no desempenho e no desenvolvimento das habilidades supracitadas.

Prevenir precocemente o desenvolvimento de um transtorno do espectro autista nas suas formas mais graves (se a sua presença for inexorável) ou evitar o "aparecimento" do autismo nas suas formas mais leves, caso o diagnóstico seja amplo a ponto de diagnosticar crianças absolutamente normais, seria uma justificativa positiva para a modificação do seu conceito e da sua ampliação. Isto é, com a utilização do critério atual, fazemos diagnóstico de Transtornos Globais do Desenvolvimento e instituímos medidas terapêuticas preventivas, com a estimulação precoce das áreas afetadas e a orientação de pais com o objetivo de controlar a evolução dos sintomas. Segundo Sally J. Rogers (1996), as crianças com autismo se beneficiam, quando a intervenção é feita precocemente, entre 2 e 4 anos, apresentando maiores progressos do que crianças mais velhas que recebem a mesma intervenção. Além disso, apresentam ganhos mais rápidos do que crianças com outras desordens severas do desenvolvimento. A autora atribui isso a uma plasticidade singular do desenvolvimento precoce das crianças autistas, o que poderia indicar um período crítico de intervenção.

Sobre esta questão vale ainda ressaltar um trabalho de pesquisa, no qual foram avaliadas 1.600 crianças na Inglaterra, de Baron Cohen (1992, 1996), que investiga se o autismo poderia ser detectado aos 18 meses. O instrumento utilizado é o CHAT (*Check List for Autism in Toddlers*). Crianças que falham em três itens – pontar protodeclarativo, olhar dirigido (*gaze-monitoring*) e brincar imitativo – estariam sob suspeita de receber o diagnóstico de autismo. O prejuízo nas áreas investigadas acarreta um risco de 83,3% para o autismo. Com este resultado, ele afirma que seriam válidas tanto uma maior investigação quanto a adoção deste *screening* na prática pediátrica.

* * *

Outro aspecto a ser considerado com relação à utilização dos instrumentos de diagnóstico diz respeito ao uso sistemático dos eixos que compõem o DSM IV. É de fundamental importância que os DSM sejam utilizados de maneira completa. Adotando o critério dessa maneira, poderemos conhecer de modo mais preciso o quadro clínico da criança que está sendo diagnosticada: os eixos estabelecem a presença ou não de patologias associadas, de retardo mental, o funcionamento da criança no ano precedente. Deste modo, o quadro clínico em questão estará melhor definido.

Uma consideração relevante a ser feita diz respeito à terminologia utilizada para nos referirmos ao autismo. O termo *autismo* era confundido com *esquizofrenia* e *psicose infantil* e, até mesmo, quadros infantis mal definidos, como “criança difícil”. Posteriormente, o termo *autismo* passou a ter vida própria. No entanto, o conceito desta entidade diagnóstica

foi se modificando e se afastando do conceito inicial kanneriano. O autismo é definido atualmente como um transtorno do desenvolvimento que afeta três áreas: interação social, comunicação e comportamento repetitivo e estereotipado, ocorrendo antes dos 36 meses.

O conceito mudou, mas a comunidade científica não fala claramente nisso. Ainda utilizamos o mesmo "rótulo" de *autismo*. Parecemos "viciados" em pensar que foram incluídas várias patologias dentro do autismo de Kanner. Na realidade, dá-se o contrário. O conceito foi modificado e (talvez em função disso) ampliado. O quadro clínico selecionado por Kanner faz parte de um espectro muito mais amplo de desordens. Este espectro, embora ainda não esteja bem delimitado, é denominado Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD ou *PDD, Pervasive Developmental Disorders*). Isto é, o termo TGD é confundido com o próprio autismo, o que acarreta problemas na comunicação entre os profissionais e na compreensão da literatura sobre o tema. É fundamental deixar claro que o autismo de Kanner é apenas um subgrupo dentro do TGD e do autismo, conforme tentamos demonstrar no modelo gráfico explicativo.

Outra modificação que poderia advir de tudo o que foi levantado seria uma mudança de perspectiva. Deixaríamos de pensar em um critério que inclui patologias dentro da rubrica autismo para adotarmos o conceito do autismo como um transtorno do desenvolvimento, dando, deste modo, possibilidades terapêuticas a um número maior de crianças (a prevalência do distúrbio autista ocorre numa taxa de 4 a 5 por 20.000). Se incluirmos retardo mental grave com aspectos autistas, essa taxa pode subir para mais de 20 por 10.000, na maioria dos casos (Volkmar, F., 1995).

Em conclusão, eu gostaria de sugerir uma mudança na terminologia, no sentido de elucidar sua utilização: nomear o quadro clínico de Kanner como Síndrome de Kanner, dando

a esta entidade o status de entidade diagnóstica, enquanto que os demais quadros clínicos selecionados seriam chamados de *autismo* ou *transtornos do desenvolvimento*, como demonstrado no gráfico a seguir.



DSM IV

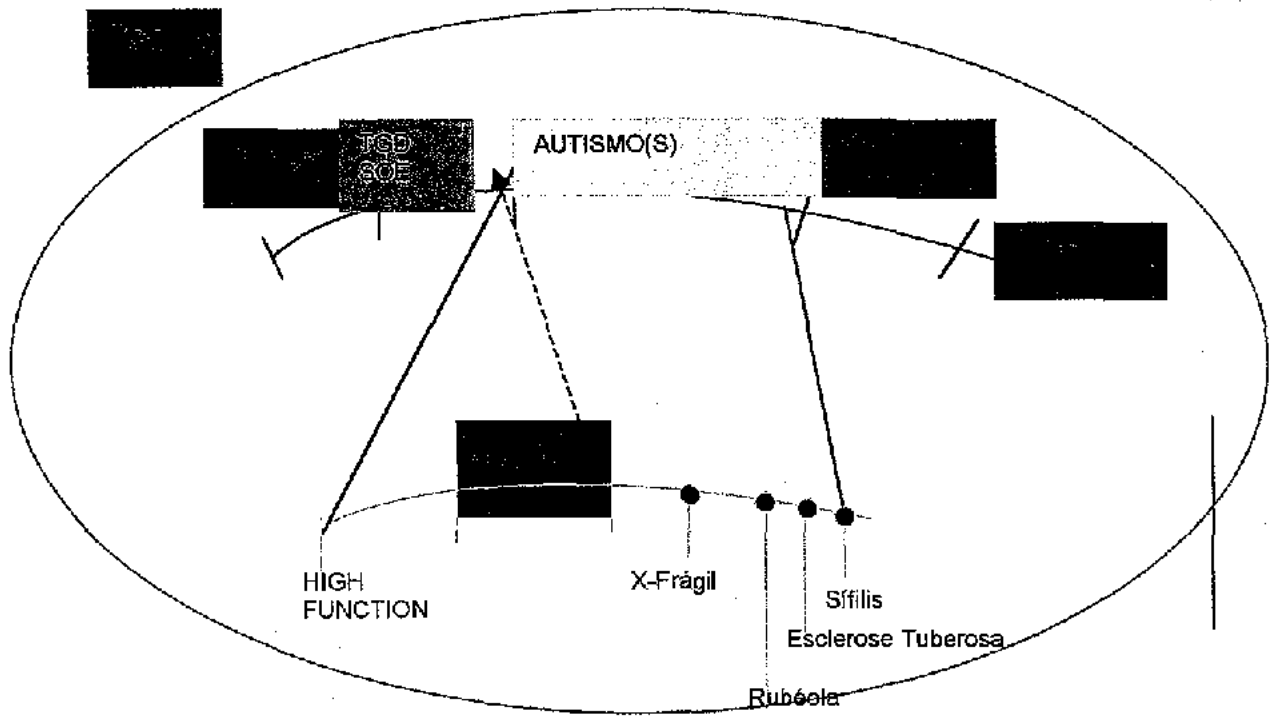


Figura III - Modelo gráfico: Kanner como uma entidade diagnóstica separada de Autismos

ANEXO 1
Escala de estressores

Exemplo de estressores

Código	Termo	Eventos Agudos	Circunstâncias Prolongadas
1	Nenhum	Nenhum evento agudo que possa ser relevante para o transtorno	Nenhuma circunstância prolongada que possa ser relevante para o transtorno
2	Leve	Rompimento com amigo(a); mudança de escola	Vizinhança superpovoada; s discussões em família
3	Moderado	Expulsão da escola; nascimento de irmão	Doença crônica debilitante em pai/mãe; discórdia parental crônica
4	Grave	Divórcio dos pais; gravidez indesejada; desatenção	Pais rudes ou rejeitadores; doença crônica ameaçando a vida de um dos pais; colocação em múltiplos lares adotivos
5	Extremo	Abuso sexual ou físico; morte de um dos pais	Abuso físico ou sexual recorrente
6	Catastrófico	Morte de ambos os pais	Doença crônica ameaçadora à vida

A fim de determinar estressores psicossociais etiologicalmente importantes, devem ser consideradas as seguintes áreas:

Conjugal (marital ou não-marital): por exemplo, noivado, casamento, desacordo, separação morte do cônjuge

Parental: por ex., tornar-se pai/mãe, atritos com filho (a).

Outros fatores interpessoais: problemas com amigos, vizinhos, sócios ou membros não-conjugais da família; por ex., doença do melhor amigo, discórdia no relacionamento com o patrão.

Ocupacional: inclui o trabalho, a escola e o lar: por ex., desemprego, aposentadoria, problemas escolares.

Circunstâncias de vida: por ex., mudança de residência, ameaça à segurança pessoal, imigração.

Financeira: por ex., finanças inadequadas, mudança no status financeiro.

Legal: por ex., detenção, prisão, processo judicial ou julgamento.

Desenvolvimento: fases do ciclo vital, por ex., puberdade, transição à idade adulta, menopausa, meia-idade.

Doença ou dano físico: por ex., enfermidade, acidente, cirurgia, aborto. (Observação: um transtorno físico É anotado no Eixo III, sempre que estiver relacionado ao desenvolvimento ou manejo de um transtorno dos eixos I ou II. Um distúrbio físico também pode ser um estressor psicossocial, se seu impacto for devido a seu significado para o indivíduo, sendo, neste caso, anotado nos Eixos III e IV.).

Outros estressores psicossociais: por ex., desastre natural ou causado pelo homem, perseguição, gravidez indesejada, nascimento fora dos laços do matrimônio, estupro.

Fatores familiares (Crianças e adolescentes): além dos mencionados acima, os seguintes estressores podem ser considerados: relacionamento frio, hostil, invasivo, abusivo, conflitante ou confusamente inconsistente entre os pais ou para com a criança; doença física ou mental de um membro de família; falta de orientação parental ou controle parental excessivamente rígido ou inconsciente; estimulação social ou cognitiva insuficiente, excessiva ou confusa; situação familiar anômala, por ex., arranjos de custódia parental ou de visitas complexas ou inconsistentes; família adotiva; criação em instituição; perda de membros da família nuclear.

ANEXO 2

Eixo V: Escala de Avaliação do Funcionamento Global Escala GAF

Considere o funcionamento psicológico, social e ocupacional com base em um *continuum* de saúde-doença mental. Não inclua prejuízo no funcionamento provocado por limitações físicas (ou ambientais).

Nota: Utilize códigos intermediários quando necessário, por ex., 45, 68,72.

- Código
- 90 Sintomas ausentes ou mínimos (por ex., ansiedade leve antes do exame), bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma vasta gama de atividades, socialmente efetivo, geralmente satisfeito com a vida, não mais do que problemas ou preocupações rotineiras (por ex., uma discussão ocasional com membros da família).
até 81
- 80 Se os sintomas estão presentes, eles constituem reações transitórias e previsíveis aos estressores psicossociais (por ex., dificuldade de concentração após discussão familiar); não mais do que leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex., mau desempenho escolar temporário).
até 71
- 70 Alguns sintomas leves (por ex., humor deprimido e ligeira insônia) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex., ausências eventuais à escola ou furto dentro de casa) mas geralmente funcionando bastante bem; possui alguns relacionamentos interpessoais significativos.
até 61
- 60 Sintomas moderados (por ex., afeto plano e fala circunstancial, ocasionais ataques de pânico) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex., poucos amigos , conflitos com colegas de trabalho).
até 51
- 50 Sintomas graves (por ex., ideação suicida, graves rituais obsessivos, freqüentes furtos de lojas) OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex., não tem amigos, é incapaz de manter um emprego).
até 41
- 40 Algum prejuízo no teste de realidade ou comunicação (por ex., a fala às vezes é ilógica, obscura e irrelevante) OU prejuízo importante em várias áreas, como trabalho ou escola, relações familiares, julgamento, pensamento ou humor (por ex., homem deprimido que evita amigos, e é incapaz de trabalhar; criança que freqüentemente bate em crianças menores, é rebelde em casa e tem notas baixas na escola).
até 31
- 30 O comportamento é consideravelmente influenciado por delírios ou alucinações OU existe grave prejuízo na comunicação ou julgamento (por ex., às vezes é incoerente, age de modo notadamente inadequado e apresenta preocupação suicida) OU incapacidade para funcionar em quase todas as áreas (por ex., permanece na cama o dia inteiro; não tem emprego, casa ou amigos.).
até 21
- 20 Algum perigo de ferir a si ou outros (por ex., tentativas de suicídio sem expectativa clara de morte, freqüentemente violento, excitação maníaca) OU ocasionalmente deixa de manter a mínima higiene pessoal (por ex., sujo de fezes) OU amplo prejuízo na comunicação (por ex., amplamente incoerente ou mudo).
até 11
- 10 Perigo persistente de ferir a si ou outros (por ex., violência recorrente) OU persistente incapacidade em manter o mínimo de higiene pessoal OU um sério ato de suicídio com clara expectativa de morte.
até 1
- 0 Informação inadequada

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

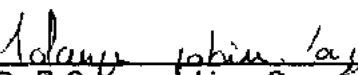
- American Psychiatric Association (1968), *DSM-II Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (segunda edição). Washington, D.C. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980), *DSM-III Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (terceira edição) Washington, D.C. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987), *DSM-III-R Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (terceira edição, rev.). Washington, D.C. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994), *DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (quarta edição). Washington, D.C. American Psychiatric Association.
- Asperger, H. (1991) "Autistic Psychopathy" in Childhood. Em U. Frith (org.), *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Baron-Cohen, S., & Leslie, U. Frith. (1985). Does the Autistic Child have a "theory of mind? *Cognition* 21, 37-46.
- Baron-Cohen, Allen, J.; & Gillbert, C (1992) Can autism be detected at 18? The needle, the haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, 161, 839-843.
- Baron-Cohen,S.; Cox, A; Baird, G.; Swettenham,Nightingale,N.; Morgan, K.; Drew, A. Charman,T. (1996), Psychological Markers in Detection of Autism in Infancy in a Large Population.; *British Journal of Psychiatry*,168, 158-163
- Borden, M. C. e Ollendick, T. H. (1994) An Examination of Validity of Social Subtypes in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 1,23-37.
- Cohen, B.S., (1995) *Mindblindness-Na essay on Autism and Theory of Mind*, A Bradford Book, Mit Press.
- Eaves. L. C., Ho, H. H e Eaves, D. M. (1994). Subtypes of Autism By Cluster Analysis- *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 1, 3- 22.
- Dawson, G. (1996) Brief Report: Neuropsychological of Autism: A report on the State of the Science. *Journal of Autism and Developmental Disorders* Vol. 26. No 2.
- Folstein, S. & Rutter, M.(1977) Infantila Autism: A genetic study of 21 twins pairs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 3-30.
- Frith, U. (1991) Asperger and his Syndrome. Em U. Frith, (org), *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Gilbert, C. (1985) Asperger's syndrome and recurrent psychosis- a case study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15, 389-397.
- Gilbert, C.(1989a) Asperger syndrome in 23 Swedish children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 31, 520-31.
- Grandin, T. (1995) The Great Continuum. Diagnosing Autism. Em T. Grandin *Thinking in Picture- and other reports from my life with autism*. N.Y.-Vintagge Books. Cap.2.
- Happe, F. (1994) *Autism. An Introduction to Psychological Theory*. Londres - UCL Press.

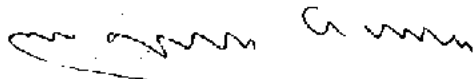
- Kanner, L. (1943) Autistic Disturbance of Affective Contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kanner, L. ;& Eisenberg; L. (1955) Note on the follow-up studies of autistic children Em P.H. Hocch & J. Bubim(cds), *Psychopatology of childhood*, New York: Greene and Stratton.
- Kanner, L. & Eisenberg, L. (1956) Simposium 1955- Early Infantili Autism, 1943- 55.- *Americam Journal Of Orthopsychiatry* XXVI, 3, 556-66.
- Kerbeshian, J., Burd, L., & Fisher, W. (1990). Asperger's syndrome- to be or not to be? *British Journal of Psychiatry*, 156, 721-5.
- Nagy, J. & Szatmari, P. (1986) A chart review of schizotypal personality disorders in children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 16, 351-67.
- National Society for Autistic Children. (1978). National Society for Autistic Children definition of the Sindrome of Autism. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 8, 162-7.
- Reichler, R. J. e Lee, E. M. C. (1989) Overview of Biomedical Issues in Autism. Em- E. Schopler e Gary Mesibov, (org), *Neurobiologica issues in Autism*. N.Y. Plenum Press.
- Rapin, I.(1996). *Preschool Children with Inadequata Communication, Developmental languagedisorder, autism, low IQ* Mac Keith Press Cambridge University Press.
- Roger, S. J.(1996) Brief Report: Early Intrevention in Autism *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol 26, No 2.
- Rutter, M. (1968) Concepts of Autism - A Review of Research. - *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 9, 1-25.
- Rutter, M. e Shopler, E.(1976) Subgroups Vary with Selection Purpose. Em *Autism A Reappraisal of Concepts and Treatment* - Plenum Press - New York and London.
- Rutter, M. (1978) Diagnosis and definition of Childhood Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 8, 139-161. Plenum Press. New York and London.
- Rutter, M. (1984). Infantile autism. Em D.Shaffer, A. Erhardt, & L. Greenhill (eds.), *A clinician's guide to child psychiatry* (p.48-78). New York: Free Press.
- Rutter, M. e Shopler, E. (1988) Autism and Pervasive Developmental Disorders – Concepts and Diagnostic Issues Em- E. Schopler & G B. Mesibov (org.), *Diagnosis and Assesment in Autism*. N.Y.- Plenum Press.
- Rutter, M. (1992) Classification of Pervasive Developmental Disorders- Some Concepts and Practical Considerations. Em- *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 22, No 4.
- Schopler, E.(1983). New developmental in the definition and diagnosis of autism. Em B.B.Lahey & A E. Kasdin (Eds.), *Advances in clinical chil psychology* vol 6, p93-127). New York: Plenum.
- Shopler, E. (1985) Convergence of learning disability, higher-level autism and Asperger's sindrome *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15, 359.
- Schopler, E. and Mesibov, G. B. (1988). Introduction to Diagnosis and Assesment of Em-E. Schopler & G. B. Mesibov (org.), *Diagnosis and Assesment in Autism*. N.Y.- Plenum Press.

- Schreibman, L. (1988) *Autism*. Newbury Park, CA- Sage. (Cap 1- 4) Autism - A Historical Perspective , Behavioral Characteristics, Diagnosis and Evaluation, Etiology.
- Sevin, J. A., Matson, J. L., Coe, D., Love, S. R., Matese, M. J. e Benavidez, D. A. (1995) Empirically Derived Subtypes of Pervasive Developmental Disorders- A Cluster Analytic Study. Em- *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 25, 6, 561-578.
- Sponheim, E. (1996) Changing Criteria of Disorders- A Comparison of the Research Criteria and DSM-IV with DSM-III-R, CARS, and ABC. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 26, No 5.
- Szatmari, P., Bartolucci, G. & Bremner, R. (1989) Asperger's syndrome and autism -comparison of early history and outcome. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 31, 709-20.
- Szatmari, P., Tuff, L., Finlayson, A. J. & Bartolucci, G. (1990) Asperger's syndrome and autism- neuro cognitive aspects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 130-6.
- Volkmar, F. R., Paul, R., & Cohen, D. J. (1985) The use of the 'Asperger's syndrome'. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15, 437- 439.
- Volkmar, F. R., Bregman, J., Cohen, D. J., Cicchetti, D. (1988) DSM-III and DSM-III-R Diagnosis of Autism, - *American Journal Psychiatry*. 145- 11, 1404-1408.
- Volkmar, F.R., e Cohen, D. J. (1988) - Diagnosis of pervasive developmental disorders. Em-B. Lahey, A. Dzdin (org.), - *Advances in Clinical Child Psychology*, (vol. 11), pg. 249-284. New York, Plenum Press.
- Volkmar, F.R (1995). Autismo e Transtornos Globais do Desenvolvimento. Lewis, (org) - *Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência*. - Porto Alegre- Artes Médicas.
- Waterhouse, L. , Morris, R., e Wing, L., (1996). Diagnosis and Classification in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 1.
- Waterhouse, L., Wing, L., e Fein, D. (1989). Re-Evaluating the Syndrome of Autism in the Light of Empirical Research. Em- G. Dawson (org.) *Autism - Nature, Diagnosis, and Treatment*. New York - London. The Guildford Press.
- Wing, L. & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children - Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-30.
- Wing, L. & Attwood, A. (1987). Syndromes of autism and atypical developmental. Em - D. J. Cohen & A. M. Donnellan (Eds.) *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, New York - Wiley.
- Wing, L. (1988) The Continuum of Autistic Characteristics. Em-E. Schopler & G. B. Mesibov. (org.), *Diagnosis and Assesment in Autism*. Plenum Press.
- World Health Organization (1993) Classificação dos Transtornos Mentais e do Comportamento da CID-10- Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre - Artes Médicas.


Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Sandra Amaral Cohen, intitulada "A evolução do conceito e do diagnóstico de autismo", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:


Prof.^a Carolina Lamprea
(Orientadora) PUC-Rio


Prof.^a Solange Jobim e Souza
PUC-Rio


Prof. Miguel Chalub
UFRJ

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro,/...../ 2000.


Prof. Jurgen Heye
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas