

• **Habilidades sociais na Síndrome de Asperger**
Social skills in the Asperger's Syndrome

Carolina Rabello Padovani¹
Francisco Baptista Assumpção Junior² (Cad.17)
Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo

Resumo: A Síndrome de Asperger (S.A.) é um transtorno do comportamento, caracterizado principalmente por prejuízo na interação social e na relação emocional como também por interesses e comportamentos bizarros, com desenvolvimento da linguagem sem atraso e tampouco na evolução cognitiva. Tendo em vista o prejuízo social nos afetados pela S.A., o presente trabalho analisa o padrão de suas habilidades sociais. Para tanto são avaliados 16 pacientes do sexo masculino com a S.A., de idade média de 20 anos, utilizando como instrumento o Inventário de Habilidades Sociais Del-Prette (IHS). Os resultados indicam que as habilidades sociais analisadas através dos fatores do IHS encontram-se abaixo do esperado para a população considerada normal, conforme a idade e sexo. Entretanto, dois fatores mostram-se mais comprometidos que os demais: F2 (autoafirmação de afeto positivo) e F5 (autocontrole da agressividade).

Palavras-chave: Síndrome de Asperger; Sociabilidade; Transtornos Globais do desenvolvimento.

Abstract: *Asperger's Syndrome (AS) is a developmental disorder characterized primarily by impairment in social interaction and emotional relatedness, and by unusual patterns of circumscribed interests and behavior peculiarities, language developmental despite of having no clinically significant general delay in spoken or receptive language or cognitive developmental. Having the social impairment in mind, this work analyzes the pattern of social skills. For this, 16 male patients with AS were assessed, mean age 20 years old, using Del Prette's Inventory of Social Skills. The results found that the analyzed social skills were lower than expect for a normal group, according to genre and age. However, two factors were more damaged than others: F2 (self-affirmation of positive affectiveness) and F5 (self-control of aggressiveness).*

Keywords: *Asperger's Syndrome; Sociability; Pervasive Developmental Disorders*

1. Introdução

Para conceituar a Síndrome de Asperger, é importante ir às suas raízes que são relacionadas com o autismo em geral e suas especificidades conceituais e teóricas.

Leo Kanner (1943) e Hans Asperger (1943), pioneiros na temática do autismo infantil, publicaram, de maneira independente, as primeiras descrições

¹ Curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Contato: Rua Perucaia, 291 - Butantã - São Paulo, SP. - Brasil. CEP: 05578-070 Tel: (11) 37210160 / (11) 99806763. *E-mail:* crpadovani@yahoo.com.br

² Prof. Associado do Instituto de Psicologia – USP. Contato: – Al. Lorena, 105, ap. 83 – Jd. Paulista - São Paulo, SP. - Brasil. CEP 01424-000. Tel.:5579-2762. *E-mail:* cassiterides@bol.com.br

acerca do transtorno. Tomando por base observações de 11 crianças feitas em 1938, Kanner publicou, em 1943, o artigo intitulado “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”. No entanto, conforme os estudos de Uta Frith em 1989, esse quadro já era conhecido anteriormente, faltando apenas qualificá-lo com um nome. (Happé, 1994a).

Os trabalhos de Kanner tornaram-se rapidamente conhecidos pela comunidade científica enquanto que a publicação de Asperger permaneceu desconhecida durante anos. Schwartzman (1991) justifica esse desconhecimento sob o argumento de que os trabalhos de Asperger foram escritos em alemão durante a Grande Guerra. Somente nos anos 70, Van Krevelen (1971) e Lorna Wing (1981 e 1986), 10 a 15 anos depois, deram a conhecer a descoberta de Asperger e passaram-se anos até serem constituídas como entidades diferentes, porém dentro de um mesmo espectro, o autismo.

O uso do termo “autismo” para discriminar a natureza de uma alteração tanto por Kanner quanto por Asperger não é mera coincidência, uma vez que, no começo do século XX, o eminente psiquiatra Eugen Bleuler havia introduzido o termo, referindo-se à limitação de relações interpessoais e com o mundo externo típico da esquizofrenia (Frith, 2004). As palavras “autista” e “autismo”, que foram utilizadas para descrever a restrição da vida social para um retraimento em si mesmo, derivam do grego *autos*, que significa “si mesmo”.

Em 1949, Kanner passa a denominar o quadro de “Autismo Infantil Precoce”, descrevendo-o como uma dificuldade marcante no contato com outras pessoas, desejo obsessivo em preservar coisas e situações, ligação com objetos, presença de uma fisionomia inteligente e alterações de linguagem variando entre um mutismo total à linguagem com forte deficiência na função comunicativa. Assim, estabeleceu uma síndrome bem definida, descobrindo-a no decorrer dos dois primeiros anos de vida e relacionada à esquizofrenia Infantil (Assumpção, 1995). Apesar disso, é válido destacar que, diferentemente da esquizofrenia descrita por Bleuler, as crianças acompanhadas por Kanner e por Asperger apresentavam um prejuízo desde o início da vida e não era observada uma deterioração progressiva; pelo contrário, elas tinham progresso na conduta com o desenvolvimento e a aprendizagem (Frith, 2004).

Historicamente, o transtorno recebeu diferentes denominações como “autismo infantil precoce” ou “autismo infantil”, porém caíram em desuso, posto que, em contraste, fariam pensar em um “autismo adulto”, sugerindo a ideia de que seria possível superar o autismo (Frith, 2004).

2. Mudanças conceituais

A ampliação dos estudos culminou na consideração do autismo como uma grande síndrome, variando em função de diversos fatores como a idade e a

capacidade intelectual. O conceito de “Espectro de Desordens Autísticas”, introduzido por Wing (1986), buscou refletir sua gama de manifestações, incluindo sintomas, segundo Happé (1994a), como grande dificuldade de compartilhar, dirigir a atenção, copiar movimento e reconhecer emoções.

Nos anos setenta, Ritvo e Ornitz (1976) alteraram o conceito do quadro do autismo, considerando-o uma síndrome de base biológica, com curso no transtorno no desenvolvimento caracterizado por transtornos de sociabilidade, linguagem e motilidade. Essa alteração conceitual possibilitou nítidas mudanças em sua abordagem como a descrição de sua prevalência, que passa de casos raros caracterizados por Kanner, para, no presente momento, a uma razão de 1:1000 (Bryson, 1997) ou de 2 a 4 em 10.000 (Fombonne & Tidmarsh, 2003), sendo mais frequente em homens na proporção de 4:1 (Bryson, 1997).

Concomitantemente, alterou-se sua compreensão, passando do comprometimento nas primeiras relações objetivas para transtornos com base cognitiva, provocando déficits na Teoria da Mente, na Coerência Central e das Disfunções Executivas (Happé, 1994b), o que será explicado posteriormente.

Enfim, altera-se a estruturação dos modelos terapêuticos, que passam da psicofarmacoterapia, com o intuito de melhora do quadro, para abordagem de sintomas-alvo e da psicoterapia de base analítica para modelos cognitivo-comportamentais com finalidade de reabilitação. A seguir serão conceituadas ambas as síndromes, autismo e Síndrome de Asperger, dadas as suas semelhanças.

2.1 Critérios diagnósticos – Autismo

Até o presente momento, o Autismo é definido, usando o critério comportamental, uma vez que nenhum marcador biológico específico é conhecido, sendo caracterizado pela “incapacidade de relacionar-se” de forma usual com as pessoas desde o início da vida, a existência de maneirismos motores estereotipados de resistência à mudança ou insistência na monotonia e linguagem não usual – com inversão de pronomes e ecolalia, sendo esta última nem sempre frequente.

Conforme se refere Gilberg (1990), o quadro apresenta etiologias múltiplas e curso de um transtorno de desenvolvimento, caracterizando-se por um déficit na interação social visualizado por inabilidade em relacionar-se com o outro, combinado com transtorno de linguagem e alterações comportamentais. Varia em grau de acometimento e é modificado por vários fatores, incluindo educação, habilidade e temperamento, podendo apresentar variações no curso de seu desenvolvimento. Além disso, o autismo está frequentemente associado a transtornos de déficit de atenção, descoordenação motora e sintomas emocionais como ansiedade e depressão (Frith & Hill, 2005).

Um esquema mais detalhado e recente é o descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV-TR; APA, 2000). Outro esquema de diagnóstico similar encontra-se na Classificação Internacional das Doenças (CID), publicado pela Organização Mundial da Saúde (Organização Mundial da Saúde, 1992). Atualmente, os critérios, presentes desde a primeira infância, são o prejuízo na interação social, na comunicação verbal e não verbal, e restrição de atividades e interesses (Frith, 2004).

Na primeira infância, boa parte das interações sociais ocorre mediante interação física, podendo os pais informarem acerca da falta de interesse de seus filhos pelos jogos sociais e a tolerância passiva do contato físico ou até a aversão. A partir do segundo e terceiro ano de vida, uma deficiência social é mais facilmente observada: falta de respostas sociais em comparação a outras crianças consideradas normais, dificuldades nos jogos em grupos e tendência a manifestar pouco interesse por seus pares em contraste ao maior interesse por objetos (Frith, 2004).

Muitas crianças com autismo começam a falar tardiamente e algumas nunca o fazem. Elas não utilizam expressões faciais no lugar da fala, uma vez que se observa uma comunicação gravemente limitada. Mesmo quando uma criança autista desenvolve a linguagem, ela apresenta uma deficiência na comunicação, podendo manifestar ecolalia, porém sem emitir a linguagem espontaneamente (Frith, 2004).

A observação de repertório restrito de atividades e interesses nas crianças autistas inclui estereotípias motoras simples (por exemplo, bater as mãos). Quando não há atraso intelectual, podem apresentar rotinas e rituais, refletindo insistência na invariância e tendências obsessivas (Frith, 2004).

Fenômenos sensoriais, apesar de não se caracterizarem como critério diagnóstico, podem ser mencionados como a hiposensibilidade e hipersensibilidade a certos estímulos que experimentam por meio dos órgãos do sentido.

2.2 Critérios diagnósticos – Síndrome de Asperger

No que concerne à citada síndrome, como posteriormente ficou conhecida, sua configuração como um diagnóstico distinto do protótipo kanneriano de autismo, parte da observação de algumas discrepâncias, como melhores capacidades linguísticas, mais problemas motores e talvez capacidades de pensamento mais originais que os sujeitos observados por Kanner (Happé, 1994).

Com o advento do DSM III-R (American Psychiatric Association, 1993) e da CID 10^a. (Organização Mundial de Saúde, 1993), a Síndrome de Asperger passa a fazer parte dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD).

Entretanto, a distinção entre ambos os quadros tem sido aventada como uma diferença mais de base quantitativa que qualitativa, em função da variabilidade observada nas áreas avaliadas através de estudos empíricos (Sanders, 2009).

Embora o quadro tenha sido descrito por Hans Asperger em 1943, Wing (1981) usou o termo “síndrome de Asperger”, valorizando o seu autor e definindo-o assim:

- fala sem atraso: embora com conteúdo estranho, pedante, estereotipado;
- comunicação não verbal: pobre expressão facial, voz monótona, gestos inapropriados;
- interações sociais: carência de reciprocidade, empatia;
- resistência a mudanças e gosto por atividades repetitivas;
- coordenação motora: gestos e postura estranhos;
- habilidades e interesses: boa memória de repetição, interesses especiais muito limitados.

Assim, a Síndrome de Asperger caracteriza-se pelo isolamento motivado por dificuldade de estabelecer relações interpessoais, mobilização “desajeitada”; fala pedante utilizando palavras difíceis e frases rebuscadas, em forma repetitiva e automática. A compreensão verbal limita-se àquelas utilizadas no uso diário sem entendimento do sentido metafórico de frases e expressões. As manifestações não verbais de comunicação encontram-se também afetadas como a mímica facial, os gestos e o contato face a face. São comuns movimentos estereotipados, especialmente quando o paciente é criança. O campo de interesses é restrito e peculiar a assuntos não usuais do grupo etário no qual o paciente se enquadra. Tais sintomas levaram os estudiosos (Wolff & Barlow, 1979; Wolff & Chick, 1980) até a denominarem “Personalidade Esquizóide da Infância”.

Em síntese, a Síndrome de Asperger como entidade independente e o seu curso são apresentados no DSMV-TR (American Psychiatric Association, 1987 e 2002) dentro da categoria dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), cujos critérios de identificação abrangem os citados anteriormente: desordens nos padrões de comunicação, repertório de interesses limitados e atividades diárias restritas, estereotipadas e repetitivas que evoluem ao longo do tempo. Além disso, as apresentações clínicas podem variar tanto em relação ao perfil da sintomatologia quanto ao grau de acometimento, mas os indivíduos afetados são agrupados por apresentarem em comum uma interrupção precoce dos processos de socialização.

O diagnóstico da Síndrome de Asperger tende a ser descoberto muito mais tarde do que o do autismo propriamente dito, no final da infância, na adolescência e inclusive na idade adulta, uma vez que o quadro é mais leve, podendo passar despercebido no início do desenvolvimento. As deficiências na comunicação

social interferem, sobremaneira, na interação com o grupo de iguais e aumentam conforme as expectativas e exigências da idade (Frith, 2004).

3. Peculiaridades teóricas

Citamos algumas interpretações teóricas que facilitam a compreensão da S.A. dentro do espectro de autismo.

3.1 A Teoria da Mente

A compreensão da interação social baseia-se numa importante ferramenta mental que os indivíduos considerados normais possuem e utilizam com grau variado de habilidade. Essa ferramenta é denominada teoria da mente, muito mais prática que uma teoria científica, capacitando o homem a predizer relações entre os estados externos das coisas e os estados mentais internos. Essa capacidade denomina-se “mentalização”: uma atividade automática e inconsciente de predizer a conduta alheia. A dificuldade dos autistas em pensar de maneira automática acerca dos próprios estados mentais e dos outros é comumente conhecida como “cegueira da mente”. Assim, a noção de um déficit na “teoria da mente” no autismo é amplamente conhecido e aceito, devido à existência de um extenso conjunto de trabalhos empíricos que confirmam essa hipótese (Frith, 2004).

Durante o desenvolvimento, experiências de aprendizagem permitem, com o mecanismo de “mentalização”, que as crianças aprendam, com rapidez surpreendente, as crenças e enganos. Aos cinco anos de idade, uma criança já possui rudimentos de uma teoria da mente pronta e direta, o que falta no autismo (Frith, 2004).

O primeiro estudo testando a hipótese de “cegueira da mente” ou “falta de mentalização” no autismo foi realizado por Baron-Cohen (1988), conhecido como experimento de Sally e Ann. A teoria da mente envolve estados mentais bem como falsas crenças. Crianças e adultos com autismo apresentam déficits na compreensão, como da ironia, da linguagem não verbal e da decepção (Frith & Hill, 2005).

Estudos efetuados com adolescentes autistas que apresentam linguagem articulada concluem que esses jovens não apresentam problemas em relação à sintaxe e à semântica, mas sim quanto à adequação pragmática da linguagem, tornando a comunicação bizarra e descontextualizada no uso diário. Os estudos demonstram que a teoria da mente explicaria o déficit na capacidade de metarrepresentar, ocasionando comprometimentos nos padrões sociais específicos e dificuldades nos aspectos que se referem à linguagem pragmática. (Sparrevohm & Howe, 1995 e Targer – Flusberg, 1991, 1992, 1993, 1996 e 2000).

3.2 Teoria da Coerência Central

As características não verbais do autismo, como o repertório restrito de comportamentos, são correntemente explicadas por grandes teorias cognitivas e suas variantes. Uma delas, a Teoria da Coerência Central, é ainda tão pouco específica quanto aos processos neurofisiológicos subjacentes, mas faz alusão ao estilo de processamento da informação, especificamente à tendência em processá-la para chegar a seu contexto: que é reuni-la por meio de um alto nível de significado. No caso de forte coerência central, esta tendência desenvolver-se-ia na expansão da atenção e da memória para detalhes. No caso de uma fraca coerência central, esta tendência funcionaria na expansão do sentido do contexto e em favor do processamento gradual.

Segundo essa teoria, indivíduos com autismo são descritos como exibindo uma fraca coerência central. A tendência de dirigir-se aos detalhes, em detrimento dos aspectos globais de um objeto de interesse, pode explicar o perfil desigual de vantagens e déficits na *performance* de testes de inteligência, quando verbais ou não verbais (Frith & Hill, 2005).

3.3 Teorias das Funções Executivas

As funções executivas são aquelas que incluem o planejamento da memória de trabalho, controle dos impulsos, iniciação e monitoramento da ação, bem como a inibição de respostas e alteração de comportamentos em virtude de variações no ambiente. Pensando no quadro clínico do autismo, observa-se a preferência por manter rotinas, comportamentos repetitivos e às vezes rituais elaborados. Baixos desempenhos em testes de função executiva que foram documentados no autismo mostram que as crianças afetadas apresentam déficits de planejamento, além da presença de perseverança nas respostas (Frith & Hill, 2005).

4. Prejuízo Social na Síndrome de Asperger

Considerando-se a evolução nos pacientes com S.A., pode-se observar um prejuízo social permanente, embora muitas das crianças afetadas sejam capazes de assistir às aulas em escolas regulares, o que as leva, frequentemente, a chacotas e à vitimização, caracterizando-as como um grupo de alunos excluídos.

Durante a adolescência, aproximadamente 30% apresentam-se com baixo funcionamento cognitivo (QI<50), mostram evidências de regressão comportamental ou agravamento do quadro, que persistem durante a idade adulta (Bryson, 1997). Naqueles que apresentam bom desempenho cognitivo, a presença de interesses e habilidades específicas pode favorecer a obtenção de empregos e a possibilidade de vidas autônoma e autossustentada.

Na atualidade, apesar das afirmações iniciais sobre a Síndrome de Asperger serem diferentes do Autismo e de não se conhecer sua etiologia, boa parte dos

autores admitem, hoje, ser a S.A. um tipo de autismo, diferindo deste por sinais e sintomas sutis do que por ser este fundamentalmente diferente.

Comprovaram a identificação nos achados neurológicos e genéticos, presentes em ambos os quadros. Assim como afirmam Duncan (1986) e mais tarde Schwartzman (1991), várias patologias primariamente neurológicas e com anormalidades cromossômicas (por ex.: X Frágil) encontram-se na mesma proporção nos dois quadros. Além disso, alguns trabalhos têm identificado a S.A. como autismo de alto rendimento intelectual.

O fato de não serem devidamente identificados como autismo traz, por consequência, a uma dificuldade maior na escolha dos métodos de reabilitação a serem propostos aos seus portadores. Esta insegurança e demora podem redundar no agravamento do quadro e um nível de sofrimento mais acentuado, ocorrendo até patologias secundárias, como a depressão.

Por outro lado, a incorporação da S.A. no espectro autista vem a ser comprovada tanto nas bases orgânicas (fatores neurológicos e genéticos) como na sintomatologia semelhante. Wing (1983) apresentou o caso de trigêmeos portadores de S.A., evidenciando a influência de fatores genéticos e ambientais. Nestes últimos, registrou a presença de traumatismo perinatal.

Os autores posicionaram-se, baseando-se nesses e em outros casos por eles estudados, a favor da incorporação da S.A. no grande espectro de autismo, sendo aquele identificado por sintomatologia mais leve e rendimento intelectual satisfatório.

A dúvida de ser incorporado ou não no espectro de autismo conduz à observação de que o isolamento social é o fator primordial, de distinção dos demais sintomas, embora os afetados pela S.A. percebam a presença do outro e apresentem tentativas desajeitadas, inapropriadas e peculiares de aproximação (Volkmar, 1997). Considerando que esse déficit de sociabilidade apresenta características específicas, foi estruturada a presente pesquisa com pacientes diagnosticados pela S.A.

5. Objetivo

A investigação em foco teve por objetivo averiguar a possível presença de um padrão típico de sociabilidade, em que se pesem suas características deficitárias no que se refere ao desempenho das habilidades sociais nos portadores de S.A..

6. Método

Foram avaliados 16 participantes do sexo masculino, diagnosticados clinicamente como apresentando síndrome de Asperger a partir dos critérios do DSM IV-TR.

Sua idade média, ao momento da avaliação, foi de 20 anos e não apresentaram déficit intelectual; todos frequentando escolas regulares. A opção pela escolha de pacientes do sexo masculino baseou-se na descrição da literatura científica que refere maior frequência de casos nesse gênero.

Todos os pacientes foram submetidos à aplicação do “Inventário de Habilidades Sociais”. (Del-Prette, 2001)

Esse Inventário é um instrumento de avaliação da sociabilidade que permite caracterizar o desempenho social em diversos contextos, tais como trabalho, escola, família e cotidiano, sendo composto por cinco fatores:

- Fator 1: Enfrentamento e autoafirmação com risco. Contempla situações interpessoais de afirmação de direitos e de autoestima, ainda que frente a riscos potenciais de reações não desejáveis do interlocutor.
- Fator 2: Autoafirmação de afeto positivo. Aborda a expressão de afetos positivos e afirmação da autoestima, apresentando menor risco de reação indesejável por parte do interlocutor.
- Fator 3: Conversação e desenvoltura social. Corresponde a situações sociais neutras que reivindicam o conhecimento de normas sociais de relacionamento necessárias à ocorrência cotidiana da conversação.
- Fator 4: Autoexposição a desconhecidos e situações novas. Engloba a autoexposição na abordagem de pessoas estranhas.
- Fator 5: Autocontrole da agressividade. Diz respeito ao controle da raiva e da agressividade em situações de estimulações aversivas por parte do interlocutor.

7. Resultados

Em função da metodologia apresentada, obtiveram-se os seguintes resultados:

Grupo S.A.	Idade (anos)	F1	F2	F3	F4	F5	Ftotal
média	20,81	9,81	6,75	6,75	2,81	0,43	90,87
Desvio padrão	6,08	2,79	1,61	2,21	0,9206	0,63	10,78

Tabela 1: Média e desvio padrão obtidos, considerando-se a idade dos sujeitos e os escores dos fatores do IHS.

G. S.A.	F1	F2	F3	F4	F5	Ftotal
percentil	40	15	50	35	10/15	30

Tabela 2: Percentis dos diferentes fatores do IHS em sujeitos com S. A.

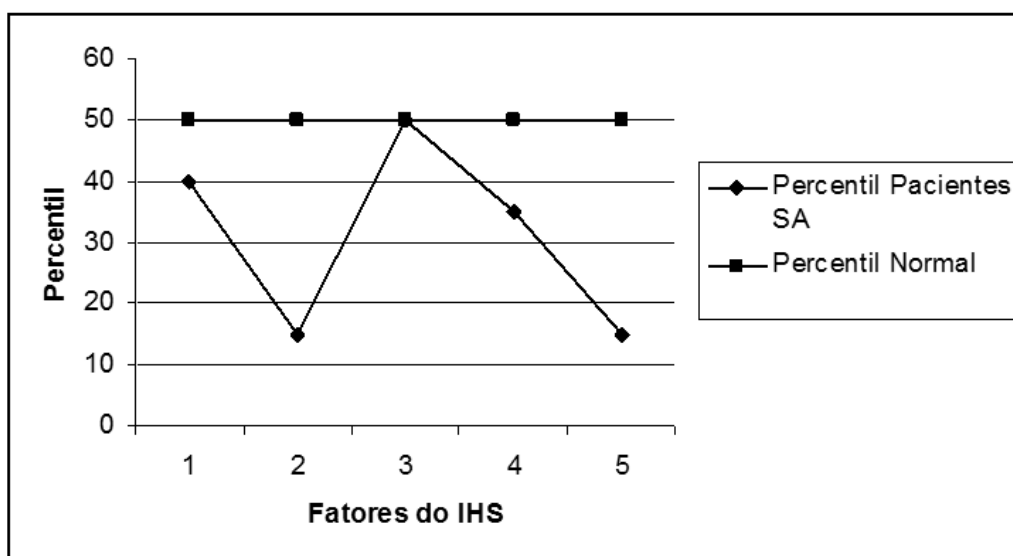


Figura 1: Percentil médio obtido pelo grupo avaliado em cada fator e o referente percentil médio segundo o instrumento utilizado.

Legenda: 1 – F1; 2 – F2; 3 – F3; 4 – F4; 5 – F5.

8. Discussão e conclusão

De acordo com a própria descrição dos quadros, pode-se observar que, em todas as habilidades sociais do grupo S.A. analisado por meio dos fatores do IHS, encontra-se abaixo do esperado para o grupo considerado normal, conforme a idade e sexo. Isso corrobora as descrições de Síndrome de Asperger que referem um déficit de sociabilidade com aproximações interpessoais inapropriadas e pouco adaptadas.

Entretanto, dois fatores mostraram-se mais comprometidos que os demais: F2 (autoafirmação de afeto positivo) e F5 (autocontrole da agressividade).

Conforme foi apontado anteriormente, muitos dos pacientes afetados são capazes de se adaptarem em ambientes regulares. Entretanto, seu déficit social, como a incapacidade de perceber as intenções e os sentimentos do outro devido ao prejuízo na Teoria da Mente, leva-as a sofrer discriminações do ambiente que as cerca, o que, a nosso ver, poderia ocasionar prejuízos na autoimagem e na autoafirmação. Esse dado pode ser reforçado pela descrição de quadros depressivos e reacionais encontrados com certa frequência na população estudada, conforme refere Bryson (1997).

Isso porque o déficit cognitivo central levaria a uma falha no reconhecimento dos estados mentais das demais pessoas, habilidade chamada de metarrepresentação ou “teoria da mente”, que ocasionaria prejuízos no padrão social, simbólicos e pragmáticos. Assim, as atividades, nas quais se faz

necessário atribuir o estado mental ao outro, encontram-se prejudicadas, enquanto as que não requerem metarrepresentações, tais como reconhecimento de gênero, permanência do objeto ou autorreconhecimento no espelho podem estar intactas. Esse déficit na Teoria da Mente explicaria os padrões alterados de interação social, pragmáticos e simbólicos com a manutenção de habilidades que permitem sua permanência e desempenho em ambiente escolar e profissional, embora com nítido prejuízo social (Baron-Cohen, 1988).

A Teoria da Disfunção Executiva é outro enfoque, como já foi referido, utilizado para a compreensão dos quadros autísticos, incluindo a S.A.. Ela propõe que os prejuízos na socialização e na comunicação são secundários aos déficits na função executiva que envolve a habilidade para resolução de problemas e todo o processo que forma a base do comportamento direcionado, tais como planejamento, memória de trabalho, inibição de respostas (controle de impulsos) e flexibilidade cognitiva. Esse comprometimento pode estar envolvido no maior prejuízo do fator F5 que reflete baixo autocontrole de agressividade, com prejuízo na sociabilidade.

Por outro lado, esse comprometimento pode justificar um melhor desempenho no fator F1 (enfrentamento e autoafirmação com risco) uma vez que se pode considerar dele dependente a não previsão de consequências e o não planejamento adequado da ação, desconsiderando-se o risco nela envolvido.

É difícil generalizar os dados obtidos devido ao pequeno tamanho do grupo estudado, entretanto, como se trata de um quadro clínico de baixa incidência, constituído por pessoas com grandes dificuldades em responderem a uma avaliação psicológica, nossos resultados, diante destas características, refletem um grupo significativo. Acredita-se que o aprofundamento deste estudo possa evidenciar melhor as características dos portadores da Síndrome de Asperger, contribuindo para a compreensão dos casos individualmente.

Referências

- Asperger, H. (1943) Psicopatias Autísticas na infância. *Arch. Psychiatr. Nevnk*, (117) 76-136.
- Assumpção Jr., F. B. (1995). *Conceito e classificação das síndromes autísticas*. In Schwartzman, J.S. & Assumpção Jr., F.B. *Autismo Infantil*; São Paulo: Memnon.
- American Psychiatric Association (1987). *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais*. 3ª. Edição revisada – DSM III-R, São Paulo: Manole.
- American Psychiatric Association (1993). *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais*. 4ª. Edição revisada – DSM IV, Porto Alegre; Artes Médicas.

- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais*, 4ª. Edição revisada – DSM IV-TR. Porto Alegre; Artmed.
- Baron-Cohen, S. (1988). Social and Pragmatic Deficits in Autism: Cognitive or Affective? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 18, n. 3, p. 379- 401.
- Bryson, S. E. (1997). *Epidemiology of Autism: Overview and issues outstanding*. In Cohen, D. J.; Volkmar, F. R. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. 2ª Edição. Nova York: John Wiley and Sons.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Duncan, J. (1986) *Disorganization of Behavior after Frontal Lobe Damage*. *Cognitive Neuropsychology*, v. 3, p. 271-290.
- Frith, U. (2004). *Autismo: hacia una explicación del enigma*. Spain: Alianza Editorial.
- Frith, U. & Hill, E. (2005). *Autism: Mind and Brain*. New York: Oxford University Press.
- Fomborne, E. & Tidmarsh, L. (2003). Epidemiologic data on Asperger disorder. *Child Adolesc Psychiatric Clin*; (12) 15-21
- Gillberg C. (1990). Autism and pervasive developmental disorders. *J Child Psychol Psychiat*;31(1):99-119.
- Happé, F. (1994a). *Introducción al autismo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Happé, F. (1994b). *Autism: an introduction to psychological theory*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbance of affective contact. *Nerv Child* v.2:217-50.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed.
- Ritvo, E.R. & Ornitz (1976) Medical Assessment in Ritvo, E.R. *Autismo: Diagnosis, current, research and manegement*. New York: Spectrum Publication Inc.
- Sanders, J. L. (2009). Qualitative or quantitative differences between Asperger's syndrome and Autism? Historical considerations. *J. Autism Developmental Disorders*. 39(11) p .1560-1567.
- Schwartzman, J.S. (1991) Síndrome de Asperger. *Temas sobre Desenvolvimento*, (2) 19-21.
- Sparrevohn, R. & Howe, M. (1995) Theory of Mind in Children with autistic disorder Evidence of developmental progression and the role of verbal ability.

Journal of Child Psychology and Psychiatric and Allied Disciplines, 36 (2), 249-263.

- Sztmari, J. P.; Bremner, R. & Nagy, J. (1987) Asperger's Syndrome: a review. *Dev. Med. Child Neurol.* (29), 641-9.
- Tager-Flusberg, H. & Anderson, M. (1991). The development of contingent discourse ability in autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32 (7), 1123-1134.
- Tager-Flusberg, H. (1992). Autistic children's talk about psychological states: deficits in the early acquisition of a theory of mind. *Child Development*, 63, 161-172.
- Tager-Flusberg, H. (1993). What language reveals about the understanding of minds in children with autism. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg & J.D. Cohen (orgs.), *Understanding other minds*. Oxford: Oxford University Press.
- Tager-Flusberg, H. (1996). Brief Report: Current Theory and Research on language and communication in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, (2), 169-172.
- Tager-Flusberg, H. (2000). Language and understanding minds: connections in Autism. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg & D.J. Cohen (Eds.), *Understanding other minds: Perspectives from autism and developmental cognitive neuroscience* (PP.124-149). Oxford: Oxford University Press.
- Van Krevelen, D.A. (1971) Early Infantile autism and autistic psychopathology. *J. Autism childhood schizophrenia*. 1 (1); 82-86.
- Volkmar, F.R.; Bregman, J.; Cohen, D.J. & Cicchetti, D.V. (1988) DSM-III and DSM-III diagnosis of autism. *Am. J. Psychiatry* (145): 1404-8.
- Volkmar, F.R. (1997) *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York: John Wiley & Sons
- Wing, L. (1981). Asperger's Syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*, 11, 115-129.
- Wing L. (1983) Social and interpersonal needs. In: Schopler E, Mesibov GB (Eds.) *Autism in adolescents and adults*. New York: Plenum Press, pp. 337-353.
- Wing, L. (1986) Clarification on Asperger's syndrome. *J. Autism Dev. Disord* (16): 513-7.
- Wolff, S. & Barlow, A. (1979) Schizoid Personality in Childhood: a comparative study of schizoid autistic and normal children. *J. Child Psychol Psychiatry* (20): 29-46.
- Wolff & Chick, J. (1980) Schizoid Personality in childhood: a controlled follow-up study. *Psychol. Medicine* (10): 85-100.

Recebido em: 15/01/2010 / Aceito em: 25/04/2010.