

## Síndrome de Asperger em paciente adulto: um estudo de caso

### Asperger syndrome in an adult patient: a case study

Manuela Borges <sup>I</sup>; Helene Shinohara <sup>II</sup>

<sup>I</sup> Psicóloga – clínica particular

<sup>II</sup> Mestre e especialista em psicologia clínica, professora e supervisora do departamento de psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Estado do Rio de Janeiro.

[Endereço para correspondência](#)

---

#### RESUMO

Os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento têm recebido atenção especial dos psicólogos, principalmente dos terapeutas cognitivo-comportamentais, que investigam uma forma mais eficaz de intervir clinicamente nesta população. O presente estudo tem como objetivo apresentar uma descrição dos principais transtornos desta classe diagnóstica e relatar o tratamento de um paciente adulto com Síndrome de Asperger. As co-morbidades são comuns entre estes pacientes, por este motivo, as ocorridas no caso citado também serão sucintamente apresentadas. O tratamento e suas peculiaridades, direcionadas para este tipo de paciente, serão descritos, assim como suas limitações. Alguns aspectos importantes abordados durante a terapia foram: o questionamento socrático, a percepção dos aspectos pragmáticos da linguagem, o treino em solução de problemas e para o aumento da empatia e das habilidades sociais, a tentativa de ampliação de sua gama de interesses, a expressão mais adequada de suas emoções e um melhor reconhecimento das emoções alheias, o desenvolvimento do raciocínio abstrato e a tentativa de relativização de seu estilo de pensamento e comportamento.

**Palavras-chave:** Transtornos invasivos do desenvolvimento, Terapia cognitivo-comportamental, Síndrome de Asperger.

---

## ABSTRACT

Pervasive Developmental Disorders have been receiving great attention from psychologists, especially cognitive-behavior therapists, in order to develop more efficient techniques that could be useful for the treatment of these patients. The objectives of this study are to introduce a description of the main disorders in this spectrum and present a cognitive-behavior treatment of an adult with Asperger Syndrome. The co-morbidities are very common among these patients; therefore the ones that were important will be briefly mentioned. The psychological treatment and special techniques that were used will be described, and limitations discussed. Some important aspects of the treatment were: the Socratic dialogue, the perception of pragmatic aspects of language, problem-solving and social abilities training, increase in empathy and broadening of interests, more adequate expression of emotions and recognition of others' emotions, development of abstract reasoning, and attempts at making his thoughts and behavior styles less inflexible.

**Keywords:** Pervasive developmental disorders, Cognitive-behavior therapy, Asperger syndrome.

---

## Transtornos Invasivos (abrangentes) do Desenvolvimento

Os Transtornos Invasivos são distúrbios do desenvolvimento humano que vêm sendo estudados pela ciência há seis décadas, embora, dentro do âmbito da ciência, ainda permaneçam divergências e grandes questões por responder. Este grupo de transtornos caracteriza-se por:

Prejuízo grave e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação, ou presença de comportamento, interesses e atividades estereotipados. Os prejuízos qualitativos que definem essas condições representam um desvio acentuado em relação ao nível de desenvolvimento ou idade mental do indivíduo. (PsiquiWeb, 2006).

O Autismo é o transtorno mais conhecido deste grupo, porém, outras formas de Transtornos Globais do Desenvolvimento são: a Síndrome de Asperger, o Autismo Atípico, a Síndrome de Rett, o Transtorno Desintegrativo da Infância e o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.

Segundo a literatura (*American Psychiatry Association*, 1994; PsiquiWeb, 2006), estes transtornos em geral se manifestam nos primeiros anos de vida e freqüentemente estão associados com algum grau de retardo mental. Um grupo de várias outras condições médicas gerais (por ex., anormalidades cromossômicas, infecções congênitas e anormalidades estruturais do sistema nervoso central) podem se apresentar em conjunto com os transtornos abrangentes. Embora termos como

“psicose” e “esquizofrenia da infância” já tenham sido usados com referência a indivíduos com essas condições, evidências consideráveis sugerem que os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento são distintos da Esquizofrenia (APA, 1994).

## **Autismo**

O Autismo é um distúrbio do desenvolvimento, caracterizado por atrasos graves e específicos e por disfunções na comunicação (linguagem) e no desenvolvimento social e cognitivo (Volkmar & Cohen, 1988). Ele geralmente é considerado um dos mais graves distúrbios neuropsiquiátricos infantis, afetando de 2 a 5 infantes a cada 10.000 crianças (APA, 1994). É mais prevalente em meninos, porém, as meninas, quando afetadas, são freqüentemente mais comprometidas.

O Autismo é uma síndrome, não uma entidade médica distinta, e suas causas neuropsicológicas ainda não são totalmente conhecidas. Diferentes hipóteses etiológicas têm sido discutidas para o mesmo, dentre elas, pode-se citar: a hipótese neuropsicológica/comportamental e a patofisiológica/neural (Pelios & Lund, 2001). Atualmente, há um consenso de que esta é uma desordem de base biológica, consequência de uma disfunção orgânica. Diversas anormalidades cerebrais têm sido identificadas em indivíduos com Autismo, entretanto, qual delas é universal e específica para ele, continua sem ser descoberta. O achado mais consistente inclui uma alteração no sistema límbico e no cerebelo e seus circuitos (Bauman & Kemper, 1994).

Apesar da natureza heterogênea da síndrome, é o comprometimento na interação social que faz desta população uma categoria clínica. Esse é manifestado pelo comprometimento na comunicação verbal e não-verbal, na incapacidade para imitar, na ausência de afeto normal, no envolvimento afetivo pobre ou ausente, na falta de interesse nas outras pessoas e no comprometimento de atividades imaginativas (como a brincadeira de faz-de-conta).

Esta constelação de prejuízos na comunicação, na interação social e na imaginação tem sido conceituada como a “tríade de comprometimentos” do Autismo (Wing & Gould, 1979). A hipótese da Teoria da Mente é a explicação mais significativa para justificar os déficits sociais e da pragmática da linguagem nesta síndrome. Este termo foi primeiramente usado por Premack e Woodruff (1978) para se referir à habilidade para explicar, prever e interpretar comportamentos no que tange estados mentais (por exemplo: intenções, crenças e desejos). No caso do Autismo, segundo Baron-Cohen e Swettenham (1997), o comprometimento na habilidade para inferir estados mentais de outras pessoas pode ser por conta de um “mecanismo de percepção social” inativo ou por um viés atento ausente de informações sociais relevantes, que vão ocasionar a construção da Teoria da Mente.

Segundo Ozonoff, Pennington e Rogers (1990), há ainda uma hipótese de disfunção executiva no Autismo. Uma vez que esta função, quando deficitária, pode causar prejuízos significativos na percepção da emoção, na imitação, no raciocínio espacial, no jogo imaginativo e na Teoria da Mente.

O tratamento destes pacientes deve incluir ênfase substancial no estabelecimento de habilidades com funcionalidade imediata, como a comunicação e as habilidades sociais; e uma vasta variedade de outras habilidades que permitirão uma relação mais apropriada com o ambiente que os cerca. A ciência da análise do comportamento tem criado técnicas efetivas e o paradigma de intervenção continua sendo desenvolvido. Essa se constitui em uma forma confiável e eficaz de tratamento com crianças autistas, melhorando suas vidas e a relação com seus familiares (Pelios & Lund, 2001).

## **Síndrome de Asperger**

Em 1944, Hans Asperger descreveu um grupo de crianças com distúrbios sociais similares aos do Autismo, porém, com linguagem e inteligência geral relativamente preservadas. O termo "Síndrome de Asperger" foi usado, pela primeira vez, por Wing (1981). No DSM-IV (APA, 1994), foram descritos os critérios diagnósticos para esta síndrome, que incluem comprometimento significativo na interação social; padrões de comportamento restritos, repetitivos ou estereotipados; funcionamento social restrito; ausência de atraso significativo da linguagem ou do desenvolvimento cognitivo. A prevalência desta síndrome é estimada em 2 a 4 crianças a cada 10.000 nascidos.

Algumas das características peculiares mais freqüentemente apresentadas pelos portadores da Síndrome de Asperger são:

- Atraso na fala, mas com desenvolvimento fluente da linguagem verbal antes do 5 anos e, geralmente, com: dificuldades na linguagem, linguagem pedante e rebuscada, ecolalia ou repetição de palavras e/ou frases ouvidas de outros, voz pouco emotiva e sem entonação.
- Interesses restritos: escolhem um assunto de interesse, que pode ser seu único foco de atenção por muito tempo. Costumam apegar-se mais às questões factuais do que ao significado. Casos comuns são o interesse exacerbado por coleções (dinossauros, carros, etc.) e cálculos. A atenção ao assunto escolhido existe em detrimento de assuntos sociais ou cotidianos.
- Presença de habilidades incomuns como cálculos de calendário, memorização de grandes seqüências como mapas de cidades, cálculos matemáticos complexos, ouvido musical absoluto etc.
- Interpretação literal: incapacidade para interpretar mentiras, metáforas, ironias, frases com duplo sentido etc.
- Dificuldades no uso do olhar, das expressões faciais, dos gestos e dos movimentos corporais como comunicação não verbal.
- Pensamento concreto.
- Dificuldade para entender e expressar emoções.
- Falta de auto-censura: costumam falar tudo o que pensam.

- Apego a rotinas e rituais, com dificuldade de adaptação a mudanças e fixação em assuntos específicos;
- Atraso no desenvolvimento motor e freqüentes dificuldades na coordenação motora tanto grossa como fina, inclusive na escrita;
- Hipersensibilidade sensorial: sensibilidade exacerbada a determinados ruídos, fascinação por objetos luminosos e com música, atração por determinadas texturas etc.;
- Comportamentos estranhos de autoestimulação;
- Dificuldades em generalizar o aprendido;
- Dificuldades na organização e planejamento da execução de tarefas;

Por um lado, dizer que alguém é portador da Síndrome de Asperger, mesmo que de alto funcionamento, parece mais leve e menos grave do que ser portador de Autismo — embora isto seja provavelmente uma ilusão.

As principais características que distinguem a Síndrome de Asperger e o Autismo são as habilidades normais (ou próximas à normalidade) da inteligência e da linguagem. A preservação destas habilidades pode mascarar déficits no desenvolvimento social e na flexibilidade cognitiva, o que faz com que o diagnóstico seja tardio nestes pacientes, como enfatizam White, Hill, Winston e Frith (2006).

Uma interação social eficaz depende de atribuições causais bem feitas e de um processamento da informação íntegro. Assim, os déficits na Teoria da Mente e nas funções executivas, presentes nos indivíduos com Transtornos Abrangentes do Desenvolvimento, acabam ocasionando interação social inadequada, negativa e, muitas vezes, ineficaz.

Os problemas enfrentados por estes pacientes na manutenção das relações sociais podem se exemplificar pela dificuldade em interpretar pistas sociais sutis. Tal prejuízo, causado pelo déficit na Teoria da Mente, influencia, significativamente, no modo como os indivíduos com Asperger explicam as situações sociais. Atribuições causais, nesta população, têm sido investigadas por clínicos, os quais sugerem que ilusões persecutórias e paranóia aparecem como um problema clínico nestes pacientes (Blackshaw, Kinderman, Hare & Hatton, 2001; Hare, 1997; Tantam, 1989).

Dentre os prejuízos sociais também documentados nos pacientes com Asperger, recebe destaque a mentalização de problemas, que envolve déficits nas atribuições de estados mentais. A responsividade e a regulação emocionais também são áreas deficitárias nestes pacientes, assim como a memória para reconhecimento de faces e o entendimento das expressões emocionais. Por outro lado, alguns aspectos do conhecimento social mostram-se preservados, como a aprendizagem e a aplicação de regras sociais, achados evidenciados em literatura biográfica.

No estudo, anteriormente citado, de White et al. (2006) sobre a capacidade de os pacientes com Asperger estabelecerem estereótipos, foi verificado que eles têm esta habilidade preservada. Como conclusão, os autores sugerem que a cognição social tem

diferentes componentes cognitivos e que há aspectos desta cognição social que não estão prejudicados nestes pacientes. Já Golan e Baron-Cohen (2006) assinalam que o reconhecimento de emoções básicas está relativamente preservado nos indivíduos com condições do espectro autista e que eles mostram maior dificuldade apenas no reconhecimento de emoções e estados mentais mais complexos.

Esta dificuldade em acessar estados mentais e emoções mais complexas pode estar relacionada à incapacidade de assimilar pistas emocionais corretas e/ou à dificuldade de integrá-las, déficits explicados pela fraca coerência central, em nível cognitivo (Frith, 1989), e pela baixa interconectividade entre as regiões cerebrais, em nível neurobiológico (Belmonte et al., 2004).

A hipótese de fraca coerência central é um modelo cognitivo de explicação para alguns déficits observados nos Transtornos Abrangentes, incluindo a tendência destes pacientes a focar em partes dos objetos, a extrema sensibilidade para pequenas mudanças no ambiente, os interesses restritos, e as ilhas de alto funcionamento em algumas habilidades. De acordo com os proponentes deste modelo, estes aspectos podem ser explicados por um declínio ou pela ausência de uma tendência normal, no processamento da informação, de integrar estímulos num "todo" coerente (Frith, 1989).

Os pacientes com Asperger, diferentemente dos autistas, tendem a ter maior consciência de suas diferenças e a apresentar maior sofrimento devido a isso. Assim, na vida adulta, costumam apresentar sérias dificuldades psicológicas (Tantam, 1989). Intervenções clínicas em indivíduos adultos com Asperger tendem a focar o treino em habilidades sociais, entretanto, precisam ser desenvolvidas intervenções mais apropriadas para este grupo de pacientes (Hare, 1997).

A terapia cognitivo-comportamental tem se mostrado a mais eficaz no tratamento de pacientes com Asperger, a despeito de alguns problemas clínicos, como a forma que estes pacientes vêem a relação cliente-terapeuta e a natureza rígida de suas interações (Hare, 1997).

Intervenções grupais, com foco no treino de habilidades sociais, também têm sido propostas como formas eficazes de tratamento para este tipo de paciente. Além disso, estruturas visuais e rotinas previsíveis são essenciais para o sucesso do mesmo, segundo sugerem Krasny, Williams, Provencal e Ozonoff (2003).

Assim, verifica-se que pouco tem sido estudado sobre o tratamento de pacientes adultos portadores de transtornos abrangentes, embora o número de pesquisas tenha aumentado nos últimos anos. Em seguida, será apresentado um estudo de caso de um paciente adulto com síndrome de Asperger, baseado na terapia cognitivo-comportamental.

## **Caso Clínico**

C. é um paciente do sexo masculino, atualmente com 29 anos, e que foi encaminhado para atendimento comunitário, em uma faculdade particular, pela primeira vez, em 2003, com o diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) - F 42, CID - 10

(1993), onde permanece até o presente momento, sendo atendido tanto pelo serviço de psiquiatria quanto de psicologia.

O TOC é uma doença em que o indivíduo apresenta obsessões e compulsões, ou seja, sofre de idéias e/ou comportamentos que podem parecer absurdas ou ridículas para a própria pessoa e para os outros e, mesmo assim, são incontroláveis, repetitivos e persistentes. As pessoas com TOC são dominadas por pensamentos desagradáveis de natureza sexual, agressiva, entre outros, que são difíceis de serem afastados de sua mente, parecem sem sentido e são aliviados, temporariamente, por determinados comportamentos. As obsessões não são meras preocupações excessivas com problemas da vida real.

Compulsão é um comportamento consciente e repetitivo, como contar, verificar ou evitar um pensamento, que serve para anular uma obsessão. Acomete de 2 a 3% da população em geral. A idade média de início costuma ser por volta dos 20 anos e atinge tanto homens como mulheres. Depressão Maior e Fobia Social podem ocorrer comorbidamente, ao longo da vida.

Freqüentemente as pessoas acometidas por este transtorno escondem de amigos e familiares essas idéias e comportamentos, tanto por vergonha quanto por terem noção do absurdo das exigências auto-impostas. Muitas vezes, desconhecem que esses problemas fazem parte de um quadro psiquiátrico tratável e, cada vez mais, responsivo a medicamentos específicos e à psicoterapia.

As obsessões tendem a aumentar a ansiedade da pessoa, ao passo que a execução de compulsões a reduz. Porém, se uma pessoa resiste à realização de uma compulsão ou é impedida de fazê-la, surge intensa ansiedade. A pessoa percebe que a obsessão é irracional e a reconhece como um produto de sua mente, experimentando tanto a obsessão quanto a compulsão como algo fora de seu controle e desejo, o que causa muito sofrimento. Podem ser incapacitante, pois podem consumir tempo (muitas horas do dia) e interferir, significativamente, na rotina normal do indivíduo, no seu trabalho, em atividades sociais ou relacionamentos com amigos e familiares.

O diagnóstico é clínico, ou seja, baseado nos sintomas do paciente. Em linhas gerais, o tratamento mais indicado é a psicoterapia cognitivo-comportamental associada ao tratamento farmacológico (antidepressivos, dos quais os inibidores de recaptção de serotonina são os que apresentam os resultados mais promissores, segundo Reaven e Hepburn, 2003).

Durante quase dois anos, C. foi atendido na instituição e depois acompanhou uma das estagiárias para tratamento fora. Ao retornar à instituição, foi observado que C. manteve os ganhos terapêuticos anteriores, além de apresentar melhora nos sintomas relacionados ao TOC. Sintomas como alinhar as duas partes do cadarço, conferir se a porta e a torneira estão fechadas, verificar se o gás está desligado e se seus documentos, crachá e celular estão na estante, dentre outros, foram superados com êxito. O atendimento médico não havia sido interrompido.

Com o avanço conseguido, outros aspectos clínicos puderam ser mais percebidos. Suas dificuldades, principalmente, de interação social, de compreensão de conteúdos abstratos e os comportamentos bizarros passaram a chamar atenção. A hipótese diagnóstica de Transtorno Abrangente do Desenvolvimento (F 84, CID – 10, 1993) foi levantada pela terapeuta e confirmada pela psiquiatra. Os sintomas obsessivo-

compulsivos, anteriormente detectados e trabalhados, são perfeitamente justificados nesta síndrome, mas estavam em tal intensidade que mascaravam os outros.

Há descrições freqüentes, na literatura científica, desta co-morbidade (Russell, Mataix-Cols, Anson & Murphy, 2005; Reaven & Hepburn, 2003). Russell et al. (2005) sugerem que as obsessões e as compulsões genuínas são mais freqüentes e causam mais sofrimento nos pacientes do espectro autista, do que se pensava anteriormente. Além disso, estes autores chamam a atenção para o fato de os sintomas obsessivo-compulsivos terem que ser adequadamente distinguidos de outros comportamentos repetitivos e dos interesses especiais nos pacientes do espectro autista, pois os pacientes que possuem sintomas obsessivo-compulsivos proeminentes podem se beneficiar dos tratamentos eficazmente comprovados para o TOC, como o uso de inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) e a terapia cognitivo-comportamental.

Neste estudo, foi ainda verificado que obsessões de cunho sexual são mais freqüentes nos pacientes do espectro autista, com sintomas obsessivo-compulsivos, do que no grupo apenas com TOC. Com relação ao paciente aqui descrito, verifica-se freqüentemente este tipo de obsessão, principalmente, com a participação de personagens de desenho animado.

Ademais, Russell et al. (2005) enfatizam a existência de altos níveis de ansiedade nos pacientes do espectro autista, o que acaba por aumentar, em alguns momentos, a ocorrência dos sintomas obsessivo-compulsivos. C. também apresenta este alto nível de ansiedade, freqüentemente associado às interações em seu ambiente de trabalho.

Já Reaven e Hepburn (2003) chamam a atenção para as características da Síndrome de Asperger que podem influenciar no tratamento do TOC. Dentre elas, os autores citam, como relevantes, a falta de entendimento social, a dificuldade de tomar a perspectiva dos outros e a reciprocidade pobre, a demonstração de algum interesse social, a valorização da autonomia, o estilo literal de comunicação, a tendência a polarizar ou a pensar em termos absolutos, a linguagem desorganizada ou tangencial, e a distratibilidade auditiva e/ou o hiperfoco na atenção visual. Tais características mostram-se presentes no paciente aqui descrito.

Devido à escassez de dados sobre a infância de C., não se pode fazer uma afirmação exata quanto ao seu diagnóstico, ou seja, não se pode definir se C. é portador de Autismo (de alto funcionamento) ou da Síndrome de Asperger. Entretanto, este último diagnóstico parece ser o mais adequado, frente à capacidade intelectual e às habilidades de linguagem demonstradas pelo paciente. C. relata apenas que uma professora, ainda durante sua educação infantil, o encaminhou para fazer uma avaliação, uma vez que C. mostrava-se agitado, sem amigos, preferindo atividades que realizasse sozinho e quase não apresentava linguagem. Descreve também que, em sua vida acadêmica, sempre o chamavam de lerdo, burro, e que ele próprio percebia diferenças em relação a seus colegas, pois não entendia muitas das brincadeiras dos colegas.

Em relação ao seu rendimento escolar, C. declara sempre ter tido notas medianas, não tendo maiores problemas para concluir os ensinamentos fundamental, médio e superior. Entretanto, revela sim algumas dificuldades na interação com os professores e mesmo com o conteúdo das disciplinas, durante a sua faculdade, tendo realizado algumas estratégias para concluir sua graduação em técnico, analista e programador em



informática, tais como mudar de turma para ter aulas com outros professores, trancar matérias, etc.

Quanto à sua formação acadêmica é interessante notar a escolha de sua profissão, pois existe na literatura científica dados que mostram o bom uso das tecnologias da informática pelos portadores de Asperger. Segundo Golan e Baron-Cohen (2006), estes pacientes preferem o "ambiente computadorizado", porque ele é previsível, consistente e livre de demandas sociais, que eles acham estressantes. Além disso, os usuários podem trabalhar no seu ritmo e nível de entendimento, repetindo comandos várias vezes, se necessário, até que eles sejam totalmente dominados.

Hoje em dia, suas queixas se referem à sua inadequação e retração social, à sua lentidão para fazer tarefas que outros realizam rapidamente e sem erros, à preocupação com a percepção dos outros sobre ele e suas características, à ansiedade quanto a sua *performance* no trabalho e nas interações sociais, bem como ao seu jeito de ser, rígido e pouco flexível — o que acabou por gerar sintomas típicos de Ansiedade Social (F 40 CID – 10, 1993), além de elevados níveis de Depressão (F 32, CID -10, 1993), incluindo pensamentos suicidas. Os sintomas compulsivos não são mais citados como fontes de sofrimento.

Foram feitos exercícios de Teoria da Mente — colocar-se no lugar do outro, ter empatia, avaliar diferentes perspectivas — e verificou-se que, realmente, esta era uma dificuldade de C. Outros exercícios que envolviam metáforas, ditados populares e frases ou histórias que continham humor ou um sentido implícito também foram realizados. Além disso, seus problemas de relacionamento, no emprego, principalmente, com seu chefe, foram trabalhados cognitivamente. Estes tornaram-se os eixos centrais de seu tratamento, uma vez que C. mencionava ansiedade elevada, quando tinha que se relacionar com seu chefe, e que sua limitação para entender as brincadeiras realizadas o estava deixando bastante infeliz.

C. revelou pensamentos suicidas, tanto à psiquiatra quanto à terapeuta. A médica aumentou as doses de sua medicação e foram feitos acordos semanais para sua segurança pessoal, para fortalecer o vínculo terapêutico e para aumentar seu engajamento na terapia e em sua própria vida.

Sendo sua insatisfação no trabalho um fator estressor significativo, C. tomou a decisão de deixar seu emprego, após várias discussões na terapia, consciente das possíveis conseqüências. Rapidamente, no entanto, estava novamente empregado numa outra firma de informática e muito mais satisfeito, porém, declarando, poucos dias depois de iniciar seu trabalho, problemas na interação com alguns profissionais.

O risco de suicídio, assim como os graus de ansiedade e depressão, diminuiu significativamente, conforme índices do Inventário Beck de Depressão (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) e de Ansiedade (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988). O trabalho terapêutico, atualmente, está voltado para a percepção das sutilezas da linguagem (aspectos pragmáticos da linguagem), seus problemas de relacionamento, treino em solução de problemas, aumento da empatia e das habilidades sociais, ampliação de sua gama de interesses, expressão mais adequada de suas emoções, melhor reconhecimento das emoções alheias, desenvolvimento do raciocínio abstrato e relativização de seu estilo de pensamento e comportamento.

## Considerações Finais

O caso aqui relatado denuncia a dificuldade de diagnóstico e de tratamento especializado para transtornos abrangentes em adultos de alto funcionamento, com sintomas graves de outros transtornos do Eixo I. Crianças com estes comprometimentos crescem e se tornam adultos, que continuam precisando de atendimento psicológico de longa duração.

Pacientes de classe social mais baixa, com pouco poder aquisitivo, passam por várias instituições em busca de compreensão e tratamento para seus problemas. As clínicas-escola, de forma geral, não estão preparadas para lidar com estas especificidades. Outros serviços públicos ou privados, destinados ao tratamento médico-psicológico destes pacientes, não foram encontrados, assim como inexistem grupos de apoio para pacientes adultos e seus familiares.

## Referências Bibliográficas:

American Psychiatry Association (1994). *DSM-IV, Diagnostic and statistical manual for mental disorders*, 4th edn. Washington, DC: APA.

Baron-Cohen, S. & Swettenham, J. (1997). Theory of mind in autism: its relationship to executive function and central coherence. Em: D. J. Cohen & F. R. Volkmar (Orgs.). *Handbook of autism and pervasive disorders* (pp. 880-894). New York: John Wiley.

Bauman, M. L. & Kemper, T. L. (1994). *The neurobiology of autism*. Baltimore: Johns Hopkins, University Press.

Beck, A.T.; Epstein, N.; Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring anxiety: psychometric properties. *Journal Consult Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J. & Erbaugh, G. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.

Belmonte, M. K.; Allen, G.; Beckel-Mitchener, A.; Boulanger, L. M.; Carper, R. A. & Webb, S. J. (2004). Autism and abnormal development of brain connectivity. *Journal of Neuroscience*, 24, (9) 228-231.

Blackshaw, A.; Kinderman, P.; Hare, D. & Hatton, C. (2001). *Theory of mind, causal attribution and paranoia in Asperger syndrome*. Autism SAGE Publications and The National Autistic Society, 5(2) 147-163.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID – 10 (1993). Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português.

Frith, U. (1989). *Autism: explaining the enigma*. Oxford: Blackwell.

Golan, O. & Baron-Cohen, S. (2006). Systemizing empathy: teaching adults with Asperger syndrome or high-functioning autism to recognize complex emotions using interactive multimedia. *Development and Psychopathology*, 18, 591–617.

Hare, D. J. (1997). 'The use of cognitive behavioural therapy with people with Asperger's Syndrome: a case study'. *Autism*, 1, 215–225.

Krasny, L.; Williams, B.; Provencal, S. & Ozonoff, S. (2003). Social skills interventions for autism spectrum: essential ingredients and a model curriculum. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*. 12 (1), 107-122.

Ozonoff, S.; Pennington, B. F. & Rogers, S. J. (1990). Executive function deficits in highfunctioning autistic individuals: Relationship to theory of mind. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1081-1105.

Pelios, L & Lund, S. (2001). A selective overview of issues on classification, causation and early intensive behavioral intervention for autism. *Behavior Modification*, 25( 5), 678-697.

Premack, D.; & Woodruff, G. (1978). Do the chimpanzee have a "theory or mind"? *Behaviour and Brain Sciences*, 4, 515-526. *PsiquiWeb*, acesso em 15 / 12 / 2006.

Reaven, J. & Hepburn, S. (2003). Cognitive-behavioral treatment of obsessive compulsive disorder in a child with Asperger syndrome. *Autism*, 7(2), 145–164.

Russell, A.; Mataix-Cols, D.; Anson, M. & Murphy, D. (2005). Obsessions and compulsions in Asperger syndrome and high-functioning autism. *British Journal of Psychiatry*, 186, 525-528.

Tantam, D. (1989). Asperger's Syndrome in adulthood. Em: U. Frith (Org.) *Autism and Asperger Syndrome* (147-183). Cambridge: Cambridge University Press.

Volkmar, F. & Cohen, D. (1988). Diagnosis of pervasive development disorders. Em: B. Lahey & A. Kazdin (Orgs.). *Advances in clinical child psychology* (pp. 249-284). New York: Plenum.

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, 11-29.

Wing, L. (1981). 'Asperger's Syndrome: a clinical account'. *Psychological Medicine* 11, 115–130.

White, S.; Hill, E.; Winston, J. & Frith, U. (2006). An islet of social ability in Asperger Syndrome: judging social attributes from faces. *Brain and Cognition*, 61, 69–77.

**Endereço para correspondência**

Endereço do autor principal: Manuela Borges - Av. Ayrton Senna 233/1203.  
Barra da Tijuca. CEP 22793-08.

Recebido em: 18/05/2007

Aceito em: 28/06/2007