

# SÍNDROME DE ASPERGER

**Paulo Teixeira**

Licenciado em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto (Portugal)

Contactos do autor:

Telefone: 934645415

Email: [vpaulo teixeira@iol.pt](mailto:vpaulo.teixeira@iol.pt)

---

## RESUMO

A incessante procura de conhecer o ser humano, leva a uma procura por parte dos cientistas a necessidade de descobrir o processo psicológico do próprio Homem.

A Síndrome de Asperger é uma desordem pouco comum, contudo importante na prevenção do processo psicológico de crianças, que tardiamente é diagnosticado devido à falta de conhecimento por parte dos profissionais, nomeadamente dos professores e educadores. Esta síndrome é uma categoria bastante recente na divulgação científica e encontra-se em uso geral nos últimos 15 anos.

Este trabalho visa alguma informação acerca desta síndrome, visto que já por várias vezes foi confundida com uma Perturbação Obsessivo – Compulsiva, Depressão, Esquizofrenia, etc. Porém, não apresentam qualquer atraso significativo de desenvolvimento de fala ou cognitivo, podendo até mesmo passar a vida toda sendo apenas consideradas pessoas “estranhas” para os padrões típicos de comportamento. Embora essas pessoas não tenham um atraso significativo no desenvolvimento cognitivo, é importante que a criança receba educação especializada o mais cedo possível para auxiliar o indivíduo a contornar os problemas de comportamento que apresenta e também para ajudar a direccionar os campos de interesse e de estudo da criança.

**Palavras-chave:** Autismo, Asperger, Crianças, Psicoterapia

A Síndrome de Asperger é o nome dado a um grupo de problemas que algumas crianças (e adultos) têm quando tentam comunicar com outras pessoas.

Esta Síndrome foi identificada em 1944, mas só foi oficialmente reconhecido como critério de diagnóstico no DSM-IV em 1994. Como resultado, muitas crianças foram mal diagnosticadas com síndromes como Autismo, Perturbação Obsessivo – Compulsivo, etc.

Ao longo dos tempos muitos foram os termos utilizados para definir esta síndrome, gerando grande confusão entre pais e educadores. Síndrome de Asperger é o termo aplicado ao mais suave e de alta funcionalidade daquilo que é conhecido como o espectro de desordens pervasivas (presentes e perceptíveis a todo o tempo) de desenvolvimento (espectro do Autismo).

Esta síndrome parece representar uma desordem neurobiológica que é muitas vezes classificada como uma *Pervasive Developmental Disorders* (PDD). É caracterizada por desvios e anormalidades em três amplos aspectos do desenvolvimento: interação social, uso da linguagem para a comunicação e certas características repetitivas ou perserverativas sobre um número limitado, porém intenso, de interesses.

Apesar de existirem algumas semelhanças com o Autismo, as pessoas com Síndrome de Asperger geralmente têm elevadas habilidades cognitivas (pelo menos Q.I. normal, às vezes indo até às faixas mais altas) e por funções de linguagem normais, se comparadas a outras desordens ao longo do espectro.

Apesar de poderem ter um extremo comando da linguagem e vocabulário elaborado, estão incapacitadas de o usar em contexto social e geralmente têm um tom monocórdico, com alguma nuance e inflexão na voz.

Crianças com Síndrome de Asperger, podem ou não procurar uma interação social, mas têm sempre dificuldades em interpretar e aprender as capacidades da interação social e emocional com os outros.

Hosbon (1995), postulou que crianças com SA têm incapacidade para interagir emocionalmente com os outros, portanto a criança com Autismo não recebe as experiências sociais necessárias para desenvolver as estruturas cognitivas para a compreensão.

Baron – Cohen e colegas (1993), indicam que as primeiras experiências são as cognitivas. As teorias destes autores sobre a mente é baseada na ideia de que as crianças com Autismo falham no desenvolvimento da compreensão de que a mente e o estado mental ralata o comportamento.

Tager – Flusberg (1993), indicam que crianças com Autismo não desenvolvem uma compreensão de que a linguagem e comunicação existe para troca de informação.

Muitos pesquisadores acham que há duas áreas de relativa intensidade que distinguem as SA (Síndrome de Asperger) de outras formas de Autismo e PDD e concorrem para um melhor prognóstico em SA. Não chegaram a consenso se existe alguma diferença entre as SA e o

Autismo de Alta Funcionalidade (AAF). Alguns pesquisadores sugerem que o deficit neuropsicológico básico é diferente para as duas condições, mas outros não estão convencidos de que alguma distinção significativa possa ser feita entre os dois. (Bauer, 1995)

## **Epidemiologia**

Os melhores estudos que têm sido conduzidos até agora sugerem que SA é consideravelmente mais comum que o Autismo clássico. Enquanto que o Autismo tem tradicionalmente sido encontrado à taxa de 4 a cada 10.000 crianças, estima-se que a Síndrome de Asperger esteja na faixa de 20 a 25 por 10.000. isto significa que para cada caso de Autismo, as escolas devem esperar encontrar diversas crianças com o quadro SA. (Bauer, 1995)

Todos os estudos concordam que a Síndrome de Asperger é muito mais comum em rapazes que em raparigas. A razão para isso é desconhecida. SA é muito comumente associada com outros tipos de diagnóstico, novamente por razões desconhecidas, incluindo: “tics” como a desordem de Tourette, problemas de atenção e de humor como a depressão e ansiedade. Em alguns casos há um claro componente genético, onde um dos pais (normalmente o pai) mostra ou o quadro SA completo ou pelo menos alguns traços associados ao SA; factores genéticos parecem ser mais comuns em SA do que no Autismo clássico. (idem)

Contudo uma coisa é certa, SA não é causada pela má educação dos pais ou problemas de família! Infelizmente muitos pais sentem-se culpados por uma desordem neurobiológica que não é culpa deles.

## **Definição**

O novo critério do DSM-IV para diagnóstico de SA, inclui a presença de:

Particularidades qualitativas na interacção social, envolvendo alguns ou todos de entre:

- uso de peculiaridade no comportamento não-verbal para regular a interacção social;
- falha no desenvolvimento de relações com pares da sua idade;
- falta de interesse espontâneo em dividir experiências com outros;
- falta de reciprocidade emocional e social.

Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e actividades envolvendo:

- preocupação com um ou mais padrões de interesse restritos e estereotipados;
- inflexibilidade a rotinas e rituais não funcionais específicos;
- maneirismos motores estereotipados ou repetitivos, ou preocupação com partes de objectos.

De acordo com o DSM-IV os critérios para se poder diagnosticar a Síndrome de Asperger são:

<b>Crítérios Diagnósticos para F84.5 - 299.80 Transtorno de Asperger</b>
A. Prejuízo qualitativo na interacção social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes quesitos:
(1) prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contacto visual directo, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interacção social (2) fracasso para desenvolver relacionamentos apropriados ao nível de desenvolvimento com seus pares (3) ausência de tentativa espontânea de partilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (por ex., deixar de mostrar, trazer ou apontar objectos de interesse a outras pessoas) (4) falta de reciprocidade social ou emocional
B. Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e actividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes quesitos:
(1) insistente preocupação com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesses, anormal em intensidade ou foco (2) adesão aparentemente inflexível a rotinas e rituais específicos e não funcionais (3) maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por ex., dar pancadinhas ou torcer as mãos ou os dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo) (4) insistente preocupação com partes de objectos
C. A perturbação causa prejuízo clinicamente significativo nas áreas social e ocupacional

ou outras áreas importantes de funcionamento.
D. Não existe um atraso geral clinicamente significativo na linguagem (por ex., palavras isoladas são usadas aos 2 anos, frases comunicativas são usadas aos 3 anos).
E. Não existe um atraso clinicamente significativo no desenvolvimento cognitivo ou no desenvolvimento de habilidades de auto-ajuda apropriadas à idade, comportamento adaptativo (outro que não na interação social) e curiosidade acerca do ambiente na infância.
F. Não são satisfeitos os critérios para um outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou Esquizofrenia.

Cristopher Gillberg, propõe seis critérios, sendo apenas aqui referidos cinco, para o diagnóstico que capturam o estilo único dessas crianças e que incluem:

Isolamento social, com extremo egocentrismo, que pode incluir:

- falta de habilidades para interagir com os pares;
- apreciação pobre da trança social;
- respostas socialmente inapropriadas.

Há interesses e preocupações limitadas:

- mais rotinas que memorizações;
- relativa exclusividade de interesses.

Há rotinas e rituais que podem ser:

- auto-impostos;
- impostos por outros.

Há problemas na comunicação não-verbal como:

- uso limitado de gestos;
- linguagem corporal desajeitada;
- expressões faciais limitadas ou impróprias

- olhar fixo peculiar;
- dificuldades de ajuste a proximidade física.

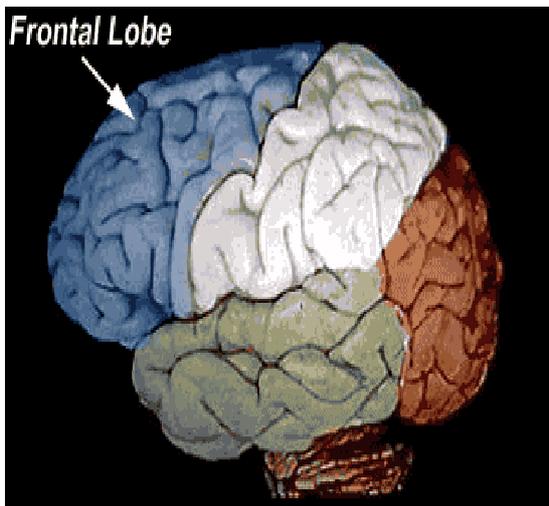
### Características clínicas

O mais óbvio marco da Síndrome de Asperger e a característica que faz dessas crianças tão únicas e fascinantes, é a sua peculiar idiossincrática área de “interesse especial”. Em contraste com o mais típico Autismo, onde os interesses são mais para objectos ou parte de objectos, na SA os interesses são mais frequentes por áreas intelectuais específicas. (Bauer, 1995)

Quando as crianças entram para a escola, ou mesmo antes, elas mostrarão interesse obsessivo numa determinada área como a matemática, aspectos de ciência, leitura (alguns têm histórico de hiplexia – leitura rotineira em idade precoce) ou algum aspecto de história ou geografia, querendo aprender tudo quanto for possível sobre o objecto e tendendo a insistir nisso em conversas e jogos livres. (Idem)

Voltando à descrição de Hans Asperger em 1944, a área de transportes tem parecido ser de especial atenção.

Embora os sintomas comportamentais do Síndrome de Asperger sejam bem estabelecidos, muito pouco é sabido sobre as raízes neurobiológicas da desordem. Alguns estudos mostraram que os povos diagnosticados com Autismo têm anormalidades nos lobos frontais e parietais.



Os investigadores usaram uma técnica chamada ressonância magnética por emissão de protões (ou "<sup>1</sup>H-Sra.", porque "<sup>1</sup>H" é o símbolo químico para um protão). Este método mede a concentração metabólica do cérebro (da "ruptura produtos para baixo") envolvidos na produção de energia. A concentração de medição do metabolismo dá aos investigadores um retrato total do estado dos neurónios numa área particular do cérebro.

Uma outra característica de SA é a deficiente socialização e isso também tende a ser algo diferente do que se vê no Autismo. Embora crianças com SA sejam frequentemente conotadas pelos pais e professores como “estando no seu próprio mundo”, elas raramente são distantes como as crianças com Autismo. (Bauer, 1995)

Em geral, a proporção de casos de Autismo atribuíveis a afecções clínicas específicas é relativamente baixa. A relação, particularmente uma relação causal, de outras afecções clínicas com o Autismo é complexa. Muitas vezes, os relatos iniciais de tais associações baseiam-se em

relatos de casos, e não em estudos controlados ou em amostras com base epidemiológica. Por exemplo, a impressão de uma forte relação entre Autismo e rubéola congénita teve de ser modificada quando se tornou aparente que tais casos tendiam a tornar-se menos semelhantes ao Autismo com o passar do tempo e que pelo menos uma parte dessa semelhança estava relacionada ao comprometimento sensorial e à severa deficiência mental exibida. *In neuro Psico News*, 2000

Para estudos de afecções clínicas associadas ao Autismo, a pergunta crítica não é se já foram observadas associações, mas se a associação é maior do que seria de se esperar, dada a taxa do transtorno na população geral. As taxas de afecções clínicas relatadas que poderiam relacionar-se casualmente com o Autismo têm variado amplamente, dependendo de vários factores. (Idem)

Gillberg e Coleman (1996) relataram taxas de tais afecções clínicas que se aproximam de 25%, enquanto Rutter e colegas (1994) sugerem que 10% é uma percentagem mais representativa. Os dados não parecem sugerir mais que associações casuais do Autismo com Síndrome de Down, a rubéola congénita, a paralisia cerebral, a fenilcetonúria e a neurofibromatose. (Idem)

Por outro lado, tanto a Síndrome do X frágil quanto a esclerose tuberosa ocorrem em pessoas com Autismo, em taxas mais altas do que seria de esperar numa base casual. Aproximadamente uma em 100 pessoas com Autismo exibe a anomalia do X frágil. A taxa de Autismo na esclerose tuberosa também é elevada. (Idem)

Crianças com deficiências congénitas (como cegueira ou surdez) podem apresentar uma questão de possível Autismo em virtude de movimentos não comuns ou dificuldades de linguagem, mas geralmente não são preenchidos os requisitos completos para o Autismo. (Idem)

Os estudos post-mortem em pessoas com Autismo demonstraram uma forte evidência de patologia no cérebro. Tomografia Axial Computorizada e Ressonância Magnética mostraram certas anormalidades no córtex cerebral, cerebelo e nos ventrículos do cérebro. Contudo, essas anormalidades não são consistentes. Estudos de neuroimagem, tal como, positron emission tomography (PET) e Single photon emission tomography (SPECT) também não demonstraram qualquer anormalidade. Provavelmente, a anormalidade é muito subtil para ser projectada através das técnicas de investigação correntemente aplicáveis.

## **Tratamento**

Devido ao facto de a Síndrome de Asperger ser relativamente recente no desenvolvimento da Psicologia e Psiquiatria, muitas das abordagens ainda estão em fase inicial e muito trabalho ainda necessita de ser feito nesta área.

É óbvio para todos, que quanto mais cedo o tratamento começar, melhor será a sua recuperação. Isto implica tratamento a nível psicoterapêutico, a nível educacional e social.

O Treino de Competências Sociais é um dos mais importantes componentes do programa de tratamento. Crianças com esta síndrome podem ser ajudadas na aprendizagem social através de psicólogos preparados. A linguagem corporal e a comunicação não-verbal podem ser ensinadas da mesma maneira que se ensina uma língua estrangeira.

As crianças conseguem aprender a como interpretar expressões não-verbais, emoções e interações sócias. Este procedimento assiste-as nas interações sociais e aproximações com as pessoas, prevenindo assim o isolamento e depressão que geralmente ocorre assim que entram na adolescência.

Os adolescentes podem, algumas vezes, receber benefícios através do grupo terapêutico e podem ser ensinados a usar a mesma linguagem que as pessoas da sua idade.

Porque as crianças com SA podem-se diferenciar em termos de Q.I. e níveis de habilidades, as escolas ter programas individualizados para essas crianças. Os professores devem estar atentos às necessidades especiais que estas crianças precisam, o que geralmente não acontece, pois elas precisam de maior apoio que as restantes crianças.

O mais importante ponto de partida para ajudar os estudantes com SA a funcionar efectivamente na escola é que o staff (todos que tenham contacto com a criança) compreenda que a criança tem uma desordem de desenvolvimento que a leva a comportar-se e a responder de forma diferente dos demais estudantes. Muito frequentemente, o comportamento dessas crianças é interpretado como “emocional” ou “manipulativo” ou alguns termos que confunde a forma como eles respondem diferentemente ao mundo e seus estímulos. Dessa compreensão segue que o staff da escola precisa individualizar a sua abordagem para cada uma dessas crianças; não funciona tratá-los da mesma forma que os outros estudantes. (Bauer, 1995)

O próprio Asperger compreendeu a importância central da atitude do professor no seu próprio trabalho com crianças. Ele escreveu em 1944: *“estas crianças frequentemente mostram uma surpreendente sensibilidade à personalidade do professor (...) E podem ser ensinados, mas somente por aqueles que lhes dão verdadeira afeição e compreensão. Pessoas que mostrem delicadeza e, sim, humor. (...) A atitude emocional básica do professor influencia, involuntária e inconscientemente, o humor e o comportamento da criança.”* (Idem)

Embora seja sabido que muitas crianças com SA possam ser administradas em classes regulares, elas frequentemente precisam de algum suporte educacional. Serviços de fonoaudiologia podem ser desnecessários, mas um terapeuta da fala na escola pode ser bastante útil como consultores para o resto do staff, sugerindo caminhos para endereçar problemas em áreas como linguagem pragmática. (Idem)

É sempre ter especial atenção a este tipo de situações, uma vez que só tardiamente existe alertas por parte dos profissionais para este mesmo facto. É de salientar, tal como foi dito anteriormente, o alerta por parte dos profissionais da educação é relevante, bem como a colaboração do próprio staff.

Existem alguns princípios que devem ser seguidos para crianças com este tipo de desordem, tais como:

- As rotinas de classe devem ser mantidas tão consistentes, estruturadas e previsíveis quanto possível. Crianças com SA não gostam de surpresas. Devem ser preparadas previamente, para mudanças e transições, inclusive as relacionadas a paragens de agenda, dias de férias, etc.;
- As regras devem ser aplicadas cuidadosamente. Muitas dessas crianças podem ser nitidamente rígidas quanto a seguir regras quase que literalmente. É útil expressar as regras e linhas mestre claramente, de preferência por escrito, embora devam ser aplicadas com alguma flexibilidade;
- O staff deve tirar toda a vantagem das áreas de especial interesse quando leccionado. A criança aprenderá melhor quando a área de alto interesse pessoal estiver na agenda. Os professores podem conectar criativamente as áreas de interesse como recompensa para a criança por completar com sucesso outras tarefas em aderência a regras e comportamentos esperados;
- Muitas crianças respondem bem a estímulos visuais: esquemas, mapas, listas, figuras, etc. Sob esse aspecto são muito parecidas com crianças com PDD e autismo;
- Tentar ensinar baseado no concreto. Evitar linguagem que possa ser interpretada erroneamente por crianças com SA, como sarcasmo, linguagem figurada confusa, etc. Procurar interromper e simplificar conceitos de linguagem mais abstractos;
- Ensino didáctico e explícito de estratégias pode ser muito útil para ajudar a criança a ganhar proficiência em “funções executivas” como organização e habilidades de estudo;
- Tentar evitar luta de forças. Essas crianças frequentemente não entendem demonstrações rígidas e teimosos se forçados. O seu comportamento pode ficar rapidamente fora de controle, e nesse ponto é normalmente melhor para o terapeuta interromper e deixar esfriar. É sempre preferível, se possível, antecipar essas situações e tomar acções preventivas para evitar a confrontação através de serenidade, negociação, apresentação de escolhas ou dispersão de atenção. (bauer, 1995)

As abordagens psicoterapêuticas com enfoque na terapia comportamental, a aprendizagem de competências sociais são mais efectivas do que as terapias centradas na emoção, que pode ser bastante desconfortável ou stressante para estas crianças.

Aconselhamento e psicoterapia é bastante importante pois ajuda as crianças a arranjar estratégias de coping para a situação de estarem “socialmente em desvantagem”. Saliento assim, instrução e treino parental, intervenção educacional, treino de competências sociais, etc.

Muitas crianças e adultos com SA não precisam de algum tipo de fármacos, enquanto outros, para serem tratados somaticamente, uma vez que não existem fármacos específicos para esta desordem, são utilizados os psicofármacos para tratar os problemas de crianças com SA.

Muitos dos fármacos usados no tratamento de PDD tal como o Autismo, são usados para tratar também a SA, tais como: Ritalin, Addrerall, Paxil, Prozac, Risperal, entre outros. Temos ainda Desipramina e Nortiptylina (antidepressivos tricíclicos), estabilizadores de humor (Valproate, Lítio), beta – bloqueadores (Nadolol, Clonidina), temos ainda a Fluoxetina e a Clomipramina, entre outros.

Tal como a maioria dos psicofármacos, estes têm efeitos secundários e o risco de adição pode ir contra o processo terapêutico e é necessário ter em atenção esse processo, pois o risco é maior em crianças.

## Referências

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders*. 4ª ed. Washington, DC: Autores.

Baron – Cohen, S. (1993). From attention – goal psychology to belief-desire psychology: the development of a theory of mind and its dysfunction. In *Understanding other Minds. Perspectives from Autism* (eds. S. Baron – Cohen, H. Tager – Flusberg & D. J. Cohen). Oxford: Oxford University Press.

Bauer, S. (1995). *Asperger Syndrome – through the lifespan*. New York, The developmental unit, Genesee Hospital Rochester.

Hosborn, R. (1995). *Autism and the Development of Mind*. Hove: Lawrence Erlbaum.

Tager – Flusberg, H. (1993). What language reveals about the understanding of minds in children with autism. In *Understanding Other Minds. Perspectives from Autism* (eds. S. Baron – Cohen, H. Tager – Flusberg, & D. J. Cohen). Oxford: University Press.

## Outras referências

[www.neuropsiconews.com](http://www.neuropsiconews.com)

[www.psychnet-uk.com](http://www.psychnet-uk.com)

[www.nativeremedies.com](http://www.nativeremedies.com)