

## TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS NA SÍNDROME DE ASPERGER

### SOCIAL SKILLS TRAINING IN ASPERGER'S SYNDROME

#### Resumo

A síndrome de Asperger é um transtorno do espectro autista que cursa com comprometimento da socialização, da comunicação verbal e não verbal e da flexibilidade cognitiva e comportamental. A abordagem dessas características pelo treinamento de habilidades sociais (THS), baseado na terapia cognitivo-comportamental (TCC), visa melhorar a qualidade de vida e reduzir alguns sintomas psiquiátricos nesses pacientes. Entre as dificuldades abordadas estão: 1) a compreensão social; 2) as regras de interação social e as expectativas interpessoais; 3) a conversa recíproca; 4) o uso e a interpretação das condutas não verbais; 5) o autocontrole; 6) os comportamentos estereotipados e os interesses obsessivos; e 7) a formação de amizades. O presente artigo é uma revisão crítica do tema.

**Palavras-chave:** Síndrome de Asperger, treinamento de habilidades sociais, terapia cognitivo comportamental.

#### Abstract

Asperger's syndrome is a disorder of the autism spectrum that causes impairment of social, verbal and nonverbal functioning as well as of cognitive and behavioral flexibility. The treatment of such characteristics with cognitive behavioral therapy-based social skills training programs aims at improving the quality of life and decreasing some psychiatric symptoms in these patients. The difficulties most commonly addressed include: 1) social comprehension; 2) social rules and interpersonal expectations; 3) reciprocal conversation; 4) use and interpretation of nonverbal communication; 5) self-control; 6) control of stereotyped behaviors and obsessive interests; and 7) making friends. This paper is a critical review of the literature.

**Keywords:** Asperger's syndrome, social skills training, cognitive behavioral therapy.

#### INTRODUÇÃO

A síndrome de Asperger (SA) ocasiona importante comprometimento das habilidades sociais, causando, com frequência, o aparecimento de desajustes sociais, ocupacionais e interpessoais, além de maior risco de desenvolvimento de quadros psiquiátricos secundários a esses problemas. Nesse cenário, o treinamento de habilidades sociais (THS) tem demonstrado grande utilidade na psicologia, apesar da falta de uma teoria unificadora e mais geral sobre o tema. Há bastante evidência empírica dos resultados positivos do THS em pessoas com SA, tanto em crianças e adolescentes como em adultos.

O presente trabalho tem por objetivo revisar de forma crítica a literatura sobre a aplicação e a utilidade do THS em pessoas com SA.

#### O QUE É A SÍNDROME DE ASPERGER?

A SA foi descrita pela primeira vez na década de 1940, pelo pediatra vienense Hans Asperger. Passou a receber mais atenção nos últimos 30 anos e, na década de 1990, recebeu reconhecimento oficial com o advento da 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e da 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)<sup>1</sup>. Atualmente, é classificada como um transtorno do espectro autista no DSM-5<sup>2</sup>.

A prevalência da SA na população geral é de 2 a 4 em 10.000, acometendo mais homens que mulheres, numa proporção de 9:1<sup>1</sup>. Diferentemente dos quadros de autismo clássico, os indivíduos acometidos pela SA têm inteligência normal ou até superior e não apresentam atraso clinicamente significativo do desenvolvimento da linguagem ou do autocuidado. As principais características da síndrome são o prejuízo qualitativo das relações sociais, as alterações do uso pragmático da linguagem verbal e não verbal e o comprometimento da flexibilidade comportamental e mental<sup>3</sup>.

O *prejuízo na qualidade das interações sociais* está relacionado à alteração da teoria da mente, que é a habilidade de reconhecer que os pensamentos e crenças dos demais são distintos dos nossos, de inferir sobre os pensamentos e sentimentos dos outros e de prever o comportamento que segue<sup>4</sup>. Na SA ocorre processamento atípico das emoções, com prejuízo na apreciação de aspectos não verbais da comunicação humana, incluindo a percepção de dicas sociais sutis<sup>5</sup>. Pessoas com SA são frequentemente avaliadas como socialmente ingênuas, distantes ou até egocêntricas e insensíveis, por não perceberem dicas sobre a atenção, o desejo e o humor do interlocutor. Podem, ainda, não identificar ou não expressar normalmente seus próprios sentimentos em situações sociais e serem percebidas como inadequadas ou incongruentes ao contexto<sup>3</sup>, ou até como formais e racionais, parecendo insensíveis e distantes<sup>6</sup>.

As *alterações das habilidades pragmáticas da linguagem e da comunicação não verbal* aparecem no discurso, que, apesar de gramaticalmente correto e pedante, apresenta prosódia pobre, com padrão de entonação restrito, velocidade pouco habitual (rápido demais), falta de fluência frequente (às vezes com gagueira) e dificuldade de modular o volume. Observa-se também alteração da expressão não verbal, como ausência de gestos e expressões faciais espontâneas ou, ainda, seu uso exagerado e inadequado<sup>7</sup>. Finalmente, há prejuízo da compreensão de conceitos verbais mais abstratos ou metafóricos, e a verbosidade e o estilo unilateral de conversa podem ser confundidos com alteração de pensamento e com frouxidão de ideias<sup>6</sup>.

O *comprometimento da flexibilidade comportamental e mental* é observado não só na forma como os portadores de SA se comunicam, mas também nos seus interesses, rotinas e algumas estereotipias motoras<sup>3</sup>. Muitos pacientes com SA mostram interesse absorvente por um determinado tópico e dedicam grande parte de seu tempo acumulando informação sobre o tema, em detrimento de outras atividades, inclusive a socialização. A quebra das rotinas ou a mudança de um determinado padrão em muitos casos pode ser vivenciada com grande ansiedade e mal-estar, e até provocar comportamentos inadequados, como acessos de raiva e agressividade<sup>3</sup>. As estereotipias motoras podem aparecer em momentos de estímulos sensoriais ou de estresse e podem se manifestar como balançar o corpo

repetidamente ou mexer as mãos e retorcer os dedos. Esses comportamentos podem gerar estranhamento por parte de outros e vergonha para alguns portadores de SA mais funcionais e com capacidade intelectual superior<sup>8</sup>.

São ainda observadas, na síndrome, características que incluem falta de coordenação e torpeza motora, movimentos e posturas estranhas e desajeitadas e alterações do aprendizado não verbal<sup>9</sup>. Não é incomum que adultos com SA sejam criticados quanto às suas diferenças e se sintam socialmente isolados e frustrados<sup>10</sup>. Muitos desejam interagir, iniciar amizades ou, até mesmo, sentir-se parte de um grupo, no entanto não conseguem fazê-lo devido à sua inabilidade social. Torna-se, assim, frequente o aparecimento de desajustes sociais, ocupacionais e interpessoais. Num estudo de 2002<sup>11</sup>, 37% dessa população era totalmente privada de atividades sociais, e apenas 12% tinham trabalho de tempo integral.

A presença de sintomas psiquiátricos é bastante comum em pacientes com SA: a prevalência de depressão é de 30 a 40% nessa população<sup>4</sup>. Crianças e adolescentes com maior dificuldade no aprendizado não verbal (dificuldades visuoespacial e de memória visual) tendem a ter mais ansiedade e comportamento disruptivo<sup>12,13</sup>. Já aqueles pacientes com boas habilidades verbais e capacidade de compreender a mente alheia (teoria da mente) podem ter mais demandas sociais e podem não conseguir lidar com tais demandas de forma flexível. Assim, tendem a experimentar mais ansiedade e até comportamento antissocial e disruptivo<sup>13</sup>. Alguns pacientes com SA tendem a apresentar sintomas persecutórios e paranoides, os quais podem parecer psicóticos numa avaliação inicial. Esses sintomas estão relacionados à dificuldade que esses indivíduos têm de interpretar dicas sociais sutis e à confusão que podem fazer na decodificação de regras sociais<sup>14</sup>.

Tendo em vista o exposto, a abordagem dos quadros psiquiátricos na SA, sua prevenção e a melhoria da qualidade de vida de pessoas com essa síndrome e de seus familiares e pessoas mais próximas dependem de melhorar as habilidades sociais dos pacientes e sua adequação ao meio em que vivem.

## HABILIDADES SOCIAIS

Habilidades sociais podem ser definidas como comportamentos específicos que resultam em interações

<sup>1</sup> Psiquiatra pela ABP com especialização em Terapia Cognitiva. <sup>2</sup> Mestre em Psicologia, Doutora em Linguística, Formação em Terapia Familiar Sistêmica, Terapia Ericksoniana e Terapia Cognitivo-Comportamental. Professora dos Cursos de Enfermagem e de Fisioterapia da Faculdade Tecsona, Paracatu, MG.

sociais positivas, incluindo as condutas verbais e não verbais necessárias para uma comunicação interpessoal efetiva<sup>15</sup>. As habilidades sociais são adquiridas de forma integrada e progressiva, desde o primeiro ano de vida nos indivíduos com desenvolvimento normal. Já as pessoas com SA apresentam desenvolvimento anômalo das interações sociais, o qual é perceptível desde muito cedo. A falha em desenvolver o compartilhar de experiências emocionais com os outros e a falta de empatia levam a uma evolução diferente da média e à divergência crescente do comportamento interpessoal. À medida que as diferenças nas habilidades sociais ficam mais acentuadas entre os adolescentes com SA e seus pares, mais difícil fica para eles aprender de forma espontânea as regras sociais<sup>11</sup>. E, infelizmente, as dificuldades não são superadas espontaneamente, persistindo na vida adulta e tendo impacto negativo no funcionamento social e ocupacional dessa população<sup>15</sup>.

O THS tornou-se parte fundamental dos programas de tratamento de pacientes com SA devido à dificuldade de interação interpessoal que essas pessoas têm e à sua incapacidade de adquirir habilidades nessa área de forma intuitiva<sup>16</sup>.

### TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS

O THS é um conjunto de técnicas usadas na psicologia para melhorar a efetividade interpessoal e a qualidade de vida. Elas são dirigidas para aumentar a competência da atuação em situações críticas<sup>17</sup>. Os principais componentes do THS são: 1) **treinamento de habilidades**, constituído principalmente de estratégias comportamentais e empregando procedimentos como a instrução, a modelação, o ensaio comportamental, o reforço e a retroalimentação<sup>17</sup>; 2) **reestruturação cognitiva**, usada para modificar valores e crenças diretamente e comportamentos indiretamente<sup>17</sup> (as técnicas cognitivas usadas incluem o questionamento sócrático, a avaliação de vantagens e desvantagens, a tomada de perspectiva, autoinstruções, entre outras); 3) **redução da ansiedade e solução de problemas sociais**, que são os componentes derivados dos primeiros dois.

### TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS NA SÍNDROME DE ASPERGER

Na literatura das últimas décadas, há diversos exemplos de modelos de THS para pessoas com SA baseados na

terapia cognitivo-comportamental (TCC) que ensinam, além de habilidades sociais básicas, estratégias para interpretar e lidar com situações sociais<sup>18</sup> e solucionar problemas sociais<sup>19</sup>. Wood et al. ressaltam os benefícios da TCC em promover respostas adaptativas que podem auxiliar a suprimir memórias de respostas anteriores disfuncionais e facilitar a generalização de aprendizados, por usar situações reais do paciente e não apenas situações simuladas, como ocorre em alguns programas de THS clássicos, que focam principalmente no comportamento<sup>20</sup>.

O ensino de habilidades sociais precisa ser gradual, começando pelas habilidades mais rudimentares e, então, progredindo para comportamentos mais complexos, sendo sempre estabelecidas metas claras e específicas<sup>11</sup>. Hare propõe focar nos comportamentos e nos pensamentos – em vez de nas experiências subjetivas e nos sentimentos – para facilitar a motivação para a mudança, por se tratar de pacientes muito racionais<sup>16</sup>. A abordagem mais diretiva permite que o paciente coloque suas informações pessoais sem exigir *insights* ou análises mais detalhadas<sup>19</sup>.

As instruções devem ser explícitas e estruturadas. O uso de apoios conversacionais e escritos (autoinstruções explícitas, registros de mudanças comportamentais e cognitivas alcançadas na terapia) é útil pelo fato de a inteligência verbal ser melhor em muitos<sup>21</sup>. Já nos pensadores visuais, o uso de técnicas de *role-play* e material ilustrado (histórias em quadrinhos) pode ser mais produtivo<sup>22</sup>. A comunicação verbal também deve ser mais concreta e lógica, evitando-se o uso de linguagem metafórica, que não é bem compreendida na SA<sup>23</sup>. A transposição de emoções e sentimentos pode ser uma dificuldade importante em muitos portadores de SA, e o uso de jogos, textos e até computador pode facilitar esse aprendizado<sup>19</sup>.

O formato da terapia, estruturado e previsível, tende a diminuir a ansiedade dessa população com perfil obsessivo e avesso a mudanças, e com dificuldade de organização pela disfunção executiva<sup>19</sup>. Esse formato tende a auxiliar na estruturação da vida do paciente, devido à generalização ocasionada pelo contato frequente com a terapia.

O trabalho em grupo, amplamente abordado nas últimas três décadas, é pertinente por permitir a socialização e a possibilidade de treinar habilidades com supervisão e modelagem profissional<sup>24</sup>. A intervenção

em grupo estruturada, com agenda estabelecida e objetivos bem claros a serem debatidos, é apreciada por adultos com SA<sup>25</sup>. Em seu trabalho, Attwood<sup>26</sup> ressalta que os grupos terapêuticos com frequência tornam-se grupos de autoajuda, permitindo trocas de dificuldades e experiências semelhantes e a formação de amizades.

A participação da família, em especial dos responsáveis quando se trata de crianças e adolescentes, auxilia na generalização, por facilitar a prática dos comportamentos aprendidos fora do ambiente terapêutico<sup>24,27</sup>. A instrução de familiares socialmente competentes para atuarem como coterapeutas ou guias pode auxiliar a ressaltar e ampliar alguns comportamentos positivos e favorecer sua aplicação em contextos novos<sup>11</sup>. Attwood cita a importância da interação com crianças com desenvolvimento normal, que servem como exemplos para imitação<sup>26</sup>.

A generalização é o aspecto do THS que merece atenção especial, pois, apesar de muitos pacientes com SA aprenderem as habilidades ensinadas no consultório, há pouca evidência na literatura de que a generalização dessas aquisições ocorra para situações domésticas, escolares ou até mesmo na comunidade<sup>28</sup>. Gutstein & Whitney<sup>11</sup> propõem que as habilidades sociais sejam ensinadas em contextos que tenham significado para o indivíduo e que a motivação seja fomentada ativamente usando estratégias da TCC, tais como experimentos comportamentais, uso de reforços positivos e reestruturação cognitiva de experiências de reciprocidade social. Alguns autores sugerem ainda que programas de THS realizados por tempo prolongado (anos) tendem a ter melhores resultados, devido à repetição e prática exaustivas, e, conseqüentemente, têm maior chance de promover generalização<sup>24,29</sup>.

As metas do programa de THS para pessoas com SA devem ser escolhidas após a avaliação cuidadosa de cada caso, dada a diversidade de apresentações. Os objetivos devem ser claros para o profissional e para o paciente (e sua família) e devem abordar algumas dificuldades específicas de forma intensiva para melhorar a efetividade do tratamento<sup>24</sup>. A escolha de muitos objetivos pode ser avassaladora para as pessoas que têm SA, contribuindo para a depressão, uma vez que se conscientizam de todas as suas limitações<sup>4</sup>.

Algumas áreas de dificuldade mais comuns nessa população são mais frequentemente selecionadas para

os programas de THS, por exemplo, compreensão social, regras de interação social e expectativas interpessoais, conversa recíproca, uso e interpretação de condutas não verbais, autocontrole, comportamentos estereotipados e interesses obsessivos, e formação de amizades. Cada uma dessas áreas será comentada a seguir.

### *Compreensão social*

A dificuldade de interpretar aspectos não verbais da comunicação e de perceber as emoções, assim como a rigidez na interpretação de regras sociais, prejudicam a compreensão de situações sociais, especialmente as inesperadas<sup>14</sup>. Entre as técnicas usadas para melhorar a compreensão social nessa população está o uso de material visual (fotografias e desenhos) para ensinar a identificar emoções nas expressões faciais, de vídeos para ilustrar crenças (falsas) dos demais e de desenhos com “bolhas de pensamentos” e histórias em quadrinhos para nomear pensamentos e emoções dos outros.<sup>26,30</sup> Attwood<sup>31,32</sup> descreve a necessidade de ensinar crianças com SA a identificar, compreender e expressar suas próprias emoções, habilidades pouco desenvolvidas nessa população que tende à alexitimia.

O uso de histórias sociais (pequenos contos personalizados que permitem a decodificação de aspectos abstratos e não verbais da interação) auxilia na compreensão da informação relevante numa dada situação social<sup>3</sup>. Assim, é possível a reestruturação cognitiva de situações sociais e a busca de comportamentos mais funcionais e adaptativos<sup>2</sup>.

### *Regras de interação social e aprendizado das expectativas interpessoais*

A dificuldade da pessoa com SA de prever a conduta social que deve ser exibida em situações novas está relacionada não só ao prejuízo da interpretação das dicas sociais, mas também à inflexibilidade inerente ao quadro. A compreensão e a memorização de algumas convenções sociais, assim como o uso do *script* social (descrição detalhada e sequencial de comportamentos a serem seguidos numa determinada situação) podem diminuir alguns erros e conflitos e amenizar a ansiedade antecipatória causada pela situação social nova. É necessário, todavia, auxiliar o indivíduo a identificar situações nas quais as regras aprendidas possam ser aplicadas e, assim, propiciar generalização desse aprendizado.

<sup>1</sup> Psiquiatra pela ABP com especialização em Terapia Cognitiva. <sup>2</sup> Mestre em Psicologia, Doutora em Linguística, Formação em Terapia Familiar Sistêmica, Terapia Ericksoniana e Terapia Cognitivo-Comportamental. Professora dos Cursos de Enfermagem e de Fisioterapia da Faculdade Tecsona, Paracatu, MG.

A imitação de comportamentos adequados e esperados pode ser feita com o auxílio de aulas de teatro e atuação, nas quais comportamentos funcionais podem ser treinados e encorajados<sup>26</sup>.

#### *Conversa recíproca*

Apesar de os indivíduos com SA tenderem a dominar bem aspectos linguísticos, como a fonologia e a gramática, eles apresentam dificuldade de participar da comunicação recíproca, ou seja, não diferenciam entre transmitir informação a outra pessoa e trocar informação com o outro<sup>3</sup>. Assim, o treino de habilidades de conversação deve ser explícito, intensivo e com ensinamento da ordem adequada para cada passo a ser seguido. Para isso, usam-se técnicas de modelagem e *role-play*, com roteiros e instruções diretas. Esse treino pode ser feito em grupo ou individualmente.

As principais habilidades a serem treinadas são estratégias para iniciar e terminar conversas, selecionar tópicos adequados à situação social, aprender a esperar a sua vez para falar e fazer perguntas relevantes. Borreguero<sup>3</sup> ressalta a importância da repetição para permitir a fixação do aprendizado.

#### *Uso e interpretação de condutas não verbais*

O erro de interpretação de sutilezas da comunicação não verbal na SA pode estar associado a atribuições causais equivocadas e ao aparecimento de sintomas paranoicos e persecutórios na SA<sup>14</sup>. Para tanto, a interpretação do comportamento dos outros é ensinada: o profissional faz a decodificação verbal das condutas não verbais e o indivíduo é ensinado a dirigir sua atenção às dicas não verbais dos demais<sup>9</sup>. Essas habilidades são treinadas de forma repetitiva e intensiva para que ocorra melhora da consciência social e uma interpretação mais correta de informações ambíguas.

Num estudo feito com um grupo de adolescentes com SA<sup>33</sup>, no qual foram treinadas, com sucesso, as habilidades de identificar e interpretar linguagem não verbal, foi demonstrado que as habilidades e os recursos para lidar com a informação não verbal não se desenvolveram de forma intuitiva. Sendo assim, o indivíduo com SA deve ser instruído de forma explícita sobre os comportamentos que deve adotar, tais como: olhar para quem está lhe dirigindo a palavra, observar o tom da voz, sua postura

corporal e até o sorriso social. As condutas não verbais podem ser treinadas com *role-play* em grupo, inclusive com filmagem, para que as interações possam ser estudadas, reforçadas ou melhoradas.

#### *Autocontrole e comportamento disruptivo*

A incidência de ansiedade e comportamento disruptivo é alta na SA<sup>13</sup>. Não se trata de sintomas isolados ou premeditados (no caso de condutas agressivas) pelo paciente, e sim respostas a dificuldades secundárias ao déficit social dessa população<sup>3</sup>. Os portadores de SA tendem a ter baixa tolerância à frustração e à ansiedade e a irritar-se com facilidade quando ocorrem imprevistos, e também quando erram<sup>22</sup>.

A falta de flexibilidade cognitiva, a capacidade limitada de interpretar corretamente as emoções e intenções alheias, o baixo conhecimento das regras e expectativas sociais e a dificuldade de lidar com novidades e mudanças contribuem para o aparecimento de comportamentos agressivos e inadequados. Portanto, é necessário que o aprendizado do autocontrole e a prevenção de comportamentos disruptivos sejam associados ao incremento das habilidades sociais.

As estratégias usadas dependem da avaliação criteriosa de cada caso. Segundo Tonge et al.<sup>13</sup>, o comportamento disruptivo é passível de melhora com educação e modificações ambientais e comportamentais. Oferecer orientação aos cuidadores e adultos envolvidos sobre as dificuldades de compreensão social da criança tende a auxiliar na implementação de estratégias para a prevenção de comportamentos agressivos ou violentos. Eles devem buscar a adaptação das demandas sociais às capacidades individuais da criança<sup>3</sup>. Entre as estratégias ambientais sugeridas estão o estabelecimento de rotinas e a estruturação do ambiente e dos contextos sociais. As modificações comportamentais incluem o treino das habilidades de comunicação, do cumprimento das regras e das expectativas sociais<sup>3</sup>.

A abordagem direta do comportamento também é necessária, por exemplo através da técnica de *time-out*, na qual a criança agitada e agressiva permanece por um tempo em um ambiente sem estímulo, para que haja redução dos componentes reforçadores do comportamento e ativação fisiológica. Essa estratégia é eficaz, apesar de antiga, mas requer conhecimento profundo dos fatores precipitantes e mantenedores do comportamento inadequado de cada criança<sup>3</sup>. O uso de reforços e sanções também está descrito,

sendo importante o estabelecimento de critérios concretos, objetivos e comportamentais. Assim, o terapeuta pode reforçar comportamentos sociais adequados e diminuir, através de sanção, a expressão das condutas inadequadas<sup>3</sup>.

O treino de habilidades de autocontrole pode ser realizado em crianças e jovens com capacidade de discriminar entre condutas apropriadas e comportamentos socialmente inaceitáveis, e de aceitar sua responsabilidade pelas manifestações. Borreguero<sup>3</sup> descreve um programa bem definido e estruturado nos moldes da TCC, no qual as metas são estabelecidas e a frequência do comportamento a ser modificado é registrada. As vantagens da mudança e as desvantagens da manutenção do comportamento inadequado são ponderadas antes da elaboração de experimentos com instruções claras e sequenciais dos comportamentos novos a serem testados.

### *Comportamento repetitivo e estereotipado e interesses obsessivos*

Os portadores de SA não gostam de mudanças e têm dificuldade de lidar com situações inesperadas<sup>22</sup>. Esse padrão restritivo de cognição e comportamento dificulta a socialização e o aprendizado de habilidades novas. Além disso, a adesão a poucos temas de interesse, especialmente na infância e adolescência, prejudica a comunicação verbal e a aproximação dos demais.

A abordagem não deve ter como objetivo a supressão dos interesses obsessivos, que são importante fonte de prazer e ocupação para alguns desses indivíduos – inclusive, com frequência, eles se sentem orgulhosos e respeitados pelo conhecimento profundo que têm sobre um determinado tema<sup>3</sup>. A mudança gradual do comportamento deve ser a principal meta, com foco em melhorar a comunicação verbal. O terapeuta pode conseguir isso estimulando a prática de conversas e a expansão dos interesses e repertórios<sup>18</sup>.

Borreguero<sup>3</sup> descreve uma sequência de passos para a modificação de comportamentos repetitivos em crianças e adolescentes que inclui o estabelecimento explícito de regras sobre os locais, a frequência e a intensidade com que as condutas e os temas podem ser manifestados. Além disso, a autora sugere um sistema de reforço da mudança, usando economia de fichas, para manter o paciente motivado. O paciente é também estimulado e encorajado a buscar e desenvolver outros interesses.

As estereotipias motoras (balançar o corpo, torcer os dedos, abanar as mãos) podem ser observadas mais em crianças e adolescentes e tendem a aparecer em momentos de maior emoção (positiva ou negativa). A tentativa de suprimir esse comportamento em geral não tem resultado e pode levar a aumento de comportamentos disruptivos, pela ausência de um mecanismo para extravasar a emoção<sup>3</sup>. A abordagem, portanto, inclui a conscientização do impacto social das estereotipias e a melhora das habilidades sociais, para tentar diminuir a ansiedade consequente.

O THS em grupo usando técnicas de TCC pode melhorar a capacidade de conversar de forma mais adequada (mantendo contato visual, escolhendo tópicos apropriados e sabendo iniciar e terminar o diálogo) e aumentar a autopercepção e adaptabilidade social dos pacientes. O treinamento atua também diminuindo a incidência de comportamentos bizarros e estereotipados<sup>18</sup>. Há evidência de que a melhora dos sintomas ansiosos, quer seja por abordagem direta desses usando a TCC, quer seja por melhora da comunicação interpessoal usando THS, tende a levar a uma melhora dos sintomas do espectro autista<sup>20</sup>.

### *Formação de amizades*

A falta de amigos e o isolamento social são queixas de algumas pessoas com SA que percebem suas diferenças e não sabem como abordar os outros de forma adequada<sup>27</sup>. No entanto, é possível treinar comportamentos específicos em crianças e adultos. Apesar de as pessoas com SA tenderem a ser excêntricas e egocêntricas, elas podem se tornar amigos leais e honestos<sup>31</sup>.

Há evidências na literatura de que o tempo gasto com amigos é um fator importante para a qualidade de vida em pessoas com SA e autismo de alto funcionamento<sup>26</sup>. Attwood<sup>31</sup> discorre sobre as consequências deletérias da falta de amizade e do isolamento na infância, tais como o maior risco de *bullying*. Na vida adulta, a vulnerabilidade à exploração financeira, emocional e sexual pode ocorrer devido à solidão e ao desejo de companhia.

Para abordar a formação de amizades, faz-se necessário avaliar a idade e o desenvolvimento individual de cada paciente. Crianças mais novas podem precisar aprender a compartilhar brinquedos, respeitar regras básicas dos jogos e esperar sua vez. Essas habilidades precisam ser ensinadas de forma explícita e reforçadas e praticadas

<sup>1</sup> Psiquiatra pela ABP com especialização em Terapia Cognitiva. <sup>2</sup> Mestre em Psicologia, Doutora em Linguística, Formação em Terapia Familiar Sistêmica, Terapia Ericksoniana e Terapia Cognitivo-Comportamental. Professora dos Cursos de Enfermagem e de Fisioterapia da Faculdade Tecsona, Paracatu, MG.

com pais e cuidadores. Muitas vezes as crianças são orientadas a observar e a imitar outras crianças até terem aprendido os comportamentos adequados<sup>3</sup>.

Em crianças um pouco mais velhas ou que já tenham aprendido a brincar de forma cooperativa, o foco pode ser a necessidade de participar e ser aceito pelos seus pares. Pode ser útil estimular que participem de atividades com crianças do mesmo sexo e idade e ensinar como podem entrar na brincadeira<sup>31</sup>. Para que haja maior sucesso, essas crianças precisam ser previamente familiarizadas com as atividades preferidas do grupo, tais como jogos de computador e filmes. Os pais e cuidadores, que têm papel fundamental na aquisição dessas habilidades e conhecimentos, precisam ser instruídos e orientados a participar ativamente<sup>3</sup>.

Quando o aprendizado e a integração ao grupo de pares não for possível, o uso de “coterapeutas” pode ser um recurso. Nesses casos, crianças com desenvolvimento normal podem ser treinadas e instruídas para interagir e brincar com a criança com SA, modelando, assim, seu comportamento e comunicação<sup>3,26</sup>.

Nas amizades, tanto na adolescência quanto na vida adulta, de pessoas com desenvolvimento normal, a intimidade emocional passa a ser importante, apesar de a presença de interesses comuns também ainda o ser. A maioria das pessoas com SA não consegue aprender a vivenciar isso, e suas amizades tendem a continuar baseadas em assuntos e preocupações comuns, troca de informações e realização de atividades relacionadas<sup>3</sup>. Os clubes de interesses específicos, tais como clubes de xadrez, de colecionadores de selos e moedas, podem ser estratégias terapêuticas. Esses grupos permitem o contato social e, ainda, o compartilhar de interesses com outros<sup>26</sup>.

## CONCLUSÃO

ASA leva a severo comprometimento social, o qual precisa ser abordado para melhorar a integração do indivíduo ao seu meio, assim como sua qualidade de vida. O THS leva à melhora da consciência e das estratégias sociais, o que não implica aquisição de comportamento social flexível ou de capacidade de comunicação espontânea e natural. Muitos comportamentos apropriados são treinados, mas as condutas sociais de natureza mais abstrata e subjetiva, como a empatia e a intimidade emocional, não são passíveis de treinamento. Ainda assim, o THS direcionado para

portadores de SA pode ocasionar melhora da qualidade de vida e redução de sintomas psiquiátricos nessa população.

## Agradecimentos

Agradecemos às Dras. Lia Silvia Kunzler, Daniela Zippin Knijnik e Graça Oliveira, também relatoras da mesa-redonda com subitens referentes à terapia cognitiva. A mesa-redonda foi apresentada no XXXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 2014.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Maria Cecília Gomes Pereira Ferreira de Lima, SRTVS 701, Ed. Centro Empresarial Brasília, Bloco C, sala 204, CEP 70340-907, Brasília, DF. E-mail: ceciliaf\_lima@yahoo.com.br

## Referências

1. Klin A. [Autism and Asperger syndrome: an overview]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28:S3-11.
2. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014.
3. Borreguero PM. El síndrome de Asperger: excentricidad o discapacidad social. Madrid: Alianza; 2004.
4. Solomon M, Goodlin-Jones BL, Anders TF. A social adjustment enhancement intervention for high functioning autism, Asperger's syndrome, and pervasive developmental disorder NOS. *J Autism Dev Disord.* 2004;34:649-68.
5. Baron-Cohen S, Jolliffe T, Mortimore C, Robertson M. Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997;38:813-22.
6. Klin A. Asperger syndrome: an update. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25:103-9.
7. Bowler DM. "Theory of mind" in Asperger's syndrome. *J Child Psychol Psychiatry.* 1992;33:877-93.
8. Rumsey JM, Rapoport JL, Sceery WR. Autistic children as adults: psychiatric, social and behavioral outcomes. *J Am Acad Child Psychiatry.* 1985;24:465-73.

9. Klin A. Asperger syndrome. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1994;3:131-48.
10. Bock MA. A social-behavioral learning strategy intervention for a child with Asperger syndrome. *Remedial Spec Educ*. 2007;28:258-65.
11. Gutstein SE, Whitney T. Asperger syndrome and development of social competence. *Focus Autism Other Dev Disabl*. 2002;17:161-71.
12. Kim JA, Szatmari P, Bryson SE, Streiner DL, Wilson FJ. The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger's syndrome. *Autism*. 2000;4:117-32.
13. Tonge BJ, Brereton AV, Gray KM, Einfeld SL. Behavioural and emotional disturbances in high-functioning autism and Asperger's disorder. *Autism*. 1999;3:117-30.
14. Blackshaw AJ, Kinderman P, Hare DJ, Hatton C. Theory of mind, causal attribution and paranoia in Asperger syndrome. *Autism*. 2001;5:147-63.
15. Rao PA, Biedel DC, Murray MJ. Social skills interventions for children with Asperger's syndrome or high functioning autism: a review and recommendations. *J Autism Dev Disord*. 2008;38:353-61.
16. Hare DJ. Developing cognitive behavioural work with people with ASD. *Good Autism Pract*. 2004;5:18-22.
17. Caballo VE. Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais. São Paulo: Santos; 2003.
18. Lopata C, Thomeer ML, Volker MA, Nida RE. Effectiveness of a cognitive-behavioral treatment on the social behaviors of children with Asperger disorder. *Focus Autism Other Dev Disabl*. 2006;21:237-44.
19. Anderson S, Morris J. Cognitive behaviour therapy for people with Asperger syndrome. *Behav Cogn Psychother*. 2006;34:293-303.
20. Wood JJ, Drahota A, Sze K, Van Dyke M, Decker K, Fujii C, et al. Brief report: effects of cognitive behavioral therapy on parent-reported autism symptoms in school-age children with high-functioning autism. *J Autism Dev Disord*. 2009;39:1608-12.
21. Fuentes-Biggi J, Ferrari-Arroyo MJ, Boada-Muñoz L, Touriño-Aguilera E, Artigas-Pallarés J, Belinchón-Carmona M, et al. [Good practice guidelines for the treatment of autistic spectrum disorders]. *Rev Neurol*. 2006;43:425-38.
22. Calle de Medinaceli J, Rodríguez OU. Transtorno de Asperger en adolescentes: revisión del concepto y estrategias para la integración escolar. *Rev Latinoam Psicol*. 2004;36:517-30.
23. Hare DJ. The use of cognitive-behavioural therapy with people with Asperger syndrome: a case study. *Autism*. 1997;1:215-25.
24. Muller R. Will you play with me? Improving social skills for children with Asperger syndrome. *Intl J Disabil Dev Educ*. 2010;57:331-4.
25. Weiss JA, Lunsy Y. Group cognitive behaviour therapy for adults with Asperger syndrome and anxiety or mood disorder: a case series. *Clin Psychol Psychother*. 2010;17:438-46.
26. Attwood T. Strategies for improving the social integration of children with Asperger syndrome. *Autism*. 2000;4:85-100.
27. Sofronoff K, Attwood T, Hinton S. A randomised controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46:1152-60.
28. Castorina LL, Negri LM. The inclusion of siblings in social skills training groups for boys with Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord*. 2011;41:73-81.
29. Cardaciotto LA, Herbert JD. Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder in the context of Asperger's syndrome: a single-subject report. *Cogn Behav Pract*. 2004;11:75-81.
30. Caminha RM, Caminha MG. Baralho das emoções: acessando a criança no trabalho clínico. 4ª ed. Novo Hamburgo: Synopsis; 2011.
31. Attwood T. Frameworks for behavioral interventions. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2003;12:65-86.
32. Attwood T. Cognitive behaviour therapy for children and adults with Asperger's syndrome. *Behav Change*. 2004;21:147-61.
33. Barnhill GP, Cook KT, Tebbenkamp K, Myles BS. The effectiveness of social skills intervention targeting nonverbal communication for adolescents with Asperger syndrome and related pervasive developmental delays. *Focus Autism Other Dev Disabil*. 2002;17:112-8.