

**SÍNDROME DE ASPERGER**  
**ENTREVISTA À REVISTA INTELIGÊNCIA- JULHO 2010**

*CECÍLIA LEITE COSTA é psicóloga, terapeuta de família.*

*ROGÉRIO MARROCOS é psiquiatra.*

**Resumo:** este artigo faz uma abordagem a história do diagnóstico da Síndrome de Asperger e sua diferenciação do autismo clássico.

**Palavras-chave:** autismo, asperger, interação social.

**ASPERGER SYNDROME**  
**INTERVIEW GIVEN TO 'INTELIGÊNCIA MAGAZINE' - JULY 2010**

**Abstract:** this paper is about the history of asperger syndrome diagnosis and its difference comparing to classic autism.

**keywords:** autism, asperger, social interaction.

*“Imagine um mundo que você só perceba os aspectos físicos e esteja cego para os aspectos mentais tais como pensamentos, desejos, crenças, conhecimento e intenções, que para maioria de nós é intrínseco ao comportamento.”*

*Simon Baron Cohen*

Autismo é um termo emprestado de Eugen Bleuler para descrever sintomas da esquizofrenia caracterizados pelo grande retraimento social, pelo afrouxamento do curso das ideias e pela desagregação do pensamento. Até o início da década de 1940, observaram-se crianças com grande dificuldade de interação social e, na época, o problema era, sobretudo, interpretado pela psicanálise como resultante de um certo tipo de relação afetiva entre pais e filhos, em especial a relação da mãe com a criança. Nessa mesma década houve uma interessante coincidência: dois austríacos, um vivendo em Baltimore, EUA, outro em Viena, Áustria, descreveram o autismo em trabalhos diferentes. Um foi o Leo Kanner, que trabalhava numa clínica psiquiátrica para crianças em Baltimore. Ele observou crianças com grande dificuldade de interação social,



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

[laboreuerj@yahoo.com.br](mailto:laboreuerj@yahoo.com.br)

[www.polemica.uerj.br](http://www.polemica.uerj.br)

Polêm!ca, v. 10, n. 4 , outubro/dezembro 2011

principalmente na área da linguagem. Isto é, não falavam ou se comunicavam muito pouco. Associados a isso, exibiam comportamentos e interesses restritos e egocêntricos. Tinham fascínio por partes de objetos – o braço de uma boneca, o painel de um carro, por exemplo – e apresentavam movimentos estranhos, sem alvos ou finalidade, as estereotípias. Isso é comum em pacientes com esquizofrenia. Os autistas de Kanner, no entanto, mostravam um quadro mais grave, que afetava o desenvolvimento da linguagem. Em um artigo que escreveu em 1943 (*Autistic disturbance of affective contact*, publicado na revista *Nervous Child*), Kanner denominou o quadro de autismo clássico, ou transtorno autista.

No mesmo ano, sem conhecer Leo Kanner, outro médico, Hans Asperger, descreveu, em sua tese de doutorado, a psicopatia autista da infância. Diretor de um hospital de crianças, Asperger observou, em um pequeno número de adolescentes, grandes dificuldades de interação social em partilhar brincadeiras, mas praticamente nenhum problema linguístico, ao contrário dos pacientes de Kanner. A faixa etária média para que uma criança produzia sentenças linguísticas é de três anos de idade. Diferentemente dos pacientes de Asperger, Kanner observava pacientes com grande dificuldade de comunicação. Os de Asperger conseguiam se comunicar verbalmente, embora de forma egocêntrica, dado que não percebiam a linguagem facial, não verbal do outro. Um paciente de Asperger, por exemplo, tem dificuldade em perceber se está aborrecendo o interlocutor. Do mesmo modo, é capaz de, numa sala de aula, levantar-se da cadeira e fazer xixi na frente dos colegas e da professora, sem fazer uma leitura do contexto social não verbal, ou seja, sem perceber as sutilezas do aspecto tácito da comunicação, como as expressões afetivas. De modo semelhante aos pacientes de Kanner, os de Asperger também tinham comportamentos e interesses bastante restritos, mas com um nível cognitivo mais avançado. Eles podem ser grandes matemáticos, músicos, assim como podem conhecer as distâncias entre todas as cidades do país. Entre os pacientes de Kanner, 85% tinham QI mais baixo do que o normal.

Apesar dessas diferenças, Kanner e Asperger empregaram a mesma palavra “autismo”, para classificar seus pacientes e descrever os respectivos sintomas. A conexão teórica entre os autores foi feita em 1981, pela médica britânica Lorna Wing, cuja filha era portadora de autismo. Wing propôs que entendêssemos o termo autismo como um espectro e não como uma moldura nosológica com fronteiras claramente delimitadas. Até então, a produção científica de Hans



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

[laboreuerj@yahoo.com.br](mailto:laboreuerj@yahoo.com.br)

[www.polemica.uerj.br](http://www.polemica.uerj.br)

Polêmica, v. 10, n. 4, outubro/dezembro 2011

Asperger, toda publicada em alemão, não era conhecida. Lorna Wing resumiu os pontos principais do autismo de Asperger e o classificou como “Síndrome de Asperger”.

A partir daí, surgiram vários trabalhos sobre pessoas consideradas esquizóides, estranhas, isoladas, que apresentavam ausência do que chamamos de bom senso, na interação social. Christopher Gilbert definiu a síndrome de Asperger como sendo caracterizada por prejuízo social; interesses restritivos; rotinas repetitivas; peculiaridades da fala e da linguagem; problemas na comunicação não verbal, etc. Além disso, o portador da síndrome de Asperger é desajeitado. De modo geral, carece de destreza na coordenação motora fina. Por exemplo, não consegue amarrar os sapatos até 11, 12 anos. A tradução da obra de Asperger para o inglês provocou um frisson entre os especialistas. Em 1992, o CID (*Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde*) adotou o diagnóstico de síndrome de Asperger. Evidentemente, grande parte dos trabalhos sobre o tema ainda são de teor especulativo, tanto no que concerne a etiologia quanto a evolução, a abordagem terapêutica, etc.

Entretanto, mesmo considerando esse curto período, é importante classificar o distúrbio apresentado por essas pessoas. É melhor criar uma categoria diagnóstica imprecisa do que jogá-las na vala comum dos diagnósticos de esquizofrenia ou de personalidade antissocial. Ao mesmo tempo, estamos vivendo numa época na qual os recursos diagnósticos e terapêuticos são, sem sombra de dúvida, muito mais sofisticados. Um recente artigo científico publicado em 2010, feito com a amostra de mil pessoas, mostra a relação entre articulações motoras dos indivíduos e atividade cerebral. O resultado mostrou que todas essas pessoas têm uma função cerebral semelhante à média dos indivíduos. A diferenciação dos portadores da síndrome de Asperger, portanto, não visa estigmatizá-los, mas acenar para uma esfera de pertencimento, uma marca identitária que lhes permita, na terapia ou no acompanhamento, explorar as possibilidades de horizontes existenciais mais ricos e satisfatórios, levando em conta suas particularidades. Desse aspecto, apesar do diagnóstico, nossa intenção é valorizar a diversidade de estilos cognitivos possíveis.

Identificar um portador da síndrome de Asperger nem sempre é uma tarefa fácil. Como foi dito, o espectro da síndrome se define, grosso modo, por três características principais: interesses



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

[laboreuerj@yahoo.com.br](mailto:laboreuerj@yahoo.com.br)

[www.polemica.uerj.br](http://www.polemica.uerj.br)

Polêm!ca, v. 10, n. 4, outubro/dezembro 2011

e atividades restritas e repetitivas; dificuldade de interação social e dificuldades na comunicação. Todavia, o fato de possuírem, no mais das vezes, um desenvolvimento cognitivo intacto, lhes permite alcançar um razoável nível de autonomia. O indivíduo com a síndrome de Asperger, em geral, é um *little teacher*. Falta-lhe o bom senso ordinário, mas sobra-lhe capacidade intelectual. Por exemplo, ele é capaz de falar por horas sobre um assunto específico e não perceber que o interlocutor está furioso e impaciente com ele, até que, finalmente, o outro lhe chama a atenção. Vem, então, o sofrimento, a autopunição, a autoacusação, o desespero e, dependendo do momento, pode tornar-se agressivo, por não saber como lidar com as frustrações. Como se vê, a identificação diagnóstica é fundamental para o acompanhamento da pessoa.

O autismo começou a ter um peso maior como diagnóstico em um contexto histórico no qual os instrumentos neurocientíficos eram praticamente inexistentes. Nesse período, como mencionamos, o autismo era visto como um transtorno do desenvolvimento emocional, e suas origens eram buscadas na relação com os pais, em especial com a mãe. Supunha-se que as mães eram inconscientemente responsáveis pelo adoecimento dos filhos. Data dessa época a construção da noção de “mãe geladeira” (*refrigerators mothers*). O desenvolvimento neurocientífico foi considerado um alívio para mães. Elas puderam ser desoneradas de uma responsabilidade que não tinham e nem poderiam ter tido.

Com a maior difusão do tema, os portadores da síndrome de Asperger começaram a se identificar e atuar politicamente, principalmente na Europa e nos EUA. Isso resultou numa abundante produção de relatos em primeira pessoa da experiência da dificuldade de internalização das regras de convívio social. Como afirmou Marc Segar, um dos primeiros portadores da síndrome a escrever e tornar pública sua condição psicológica de Asperger, *ele precisava aprender o que as pessoas sabiam intuitivamente*. Muitos dos portadores da síndrome vão ao médico querendo prescrições medicamentosas. Implícito ao pedido está a expectativa de se “tornarem normais”. Por isso se entenda o desejo e a necessidade de interagir com outros, segundo o código das relações sociais e pessoais dominantes. Medicação, entretanto, pode vir a embotar ou a inibir o potencial expressivo das pessoas. É preciso ter tato e acuidade diagnóstica para usar psicofármacos sem comprometer a maneira peculiar pela qual o indivíduo se exprime, percebe e interpreta o mundo no qual vive.



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

[laboreuerj@yahoo.com.br](mailto:laboreuerj@yahoo.com.br)

[www.polemica.uerj.br](http://www.polemica.uerj.br)

Polêm!ca, v. 10, n. 4, outubro/dezembro 2011

A maioria dos portadores da síndrome sofre bastante pela resistência da sociedade em aceitar e incluir o diferente. De fato, entende-se que seja difícil, para a maioria das pessoas, aceitar situações tais como fazer xixi no meio da sala de aula ou passar a mão nas coxas de uma mulher, sem pedir licença, quando se sente atraído por ela. Mas, se eles não têm acesso imediato às regras de convívio, são capazes de notar, em retrospectiva, que fizeram algo “errado” pela forma como são reprovados. Donde a vontade de aprenderem de forma explícita o que são, muitas vezes, incapazes de introjetar de forma tácita. Os mais inteligentes, por isso, copiam os padrões de comportamento das outras pessoas. É uma maneira de sobreviver e ser aceito.

Numerosas vezes, os portadores da síndrome de Asperger chegam ao médico com o diagnóstico de fobia social. Isso é um equívoco. O fóbico social evita as situações sociais. O portador da síndrome, ao contrário, busca o relacionamento, apesar da dificuldade. Por exemplo, o personagem do filme *O anti-herói americano* queria casar. A estranheza estava em avisar à mulher, na primeira conversa, que era vasectomizado. Ao beijar na boca, comenta que o beijo tinha gosto de cuspe. A rigidez ou dificuldade para metaforizar mostra-se, por exemplo, no uso figurado de expressões cotidianas. Assim, se um médico lhe diz “dê um pulinho ali na sala ao lado” – como se presencia num vídeo muito conhecido entre os estudiosos do tema- ele vai e fica dando pulinhos, literalmente. A habilidade de entender e usar o sentido metafórico de palavras e expressões é decisivo para a adaptação e aceitação sociais.

Sem dominar o contexto não verbal e não literal de palavras e frases, o portador da síndrome sempre corre o risco de se sentir ou ser marginalizado do jogo da interação social. Mas isso tem que ser feito sem que o sujeito seja normalizado, no sentido de ser violentado em suas particularidades. Às vezes, essa é a expectativa dos familiares, de pessoas próximas e do próprio indivíduo em busca de tratamento. Entretanto, é importante observar que eles, muito raramente, serão normalizados no sentido de se tornarem indivíduos medianos. Os terapeutas começam a entender essa questão. Os portadores da síndrome de Asperger, em função disso, começam a compreender que podem experimentar outras formas de existência psicológica e social que não a da média das pessoas, sem prejuízo de integração social satisfatória. Ou seja, em vez de se perceberem com doentes ou deficientes, podem passar a se ver como diferentes.



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

[laboreuerj@yahoo.com.br](mailto:laboreuerj@yahoo.com.br)

[www.polemica.uerj.br](http://www.polemica.uerj.br)

Polêm!ca, v. 10, n. 4, outubro/dezembro 2011

De outro ponto de vista, o confronto teórico pode ser entendido como apostar ou não nas possibilidades dos indivíduos de ganharem autonomia, sem renunciarem a suas especificidades pessoais. Isso é, sobretudo, fruto da visão ética que subjaz a teoria. O terreno do espectro autista foi até bem recentemente o das impossibilidades. A experiência de contato com os portadores da síndrome de Asperger, porém, mostra que, sem conhecê-los, é extremamente difícil ajudá-los. Em função disso, é importante notar que, na maioria, são mais ansiosos que a média, mas não respondem ao tratamento ansiolítico protocolar. Isso ocorre porque a tristeza, assim como a ansiedade, tem origem na constatação da dificuldade, inibição ou impossibilidade de estreitar relações afetivas, de obter satisfação sexual, ter uma sociabilidade rica, etc. Tudo isso, redundando em culpabilidade, tristeza e ansiedade. Ao tomarem conhecimento da causa das dificuldades que vivem, os indivíduos se beneficiam da diminuição da culpa e se sentem mais motivados a adquirir a habilidade de interação social a qual aspiram.

Uma inabilidade característica do portador da síndrome de Asperger é a de lidar com as situações cotidianas inusitadas com as quais convivemos ordinariamente. Por essa razão, a psicologia cognitivo-comportamental tem sido vista como a forma de tratamento mais adequada. Nela, contudo, o paciente é treinado a lidar com as situações difíceis, mas não a criar recursos para lidar com o inusitado. A aposta do psicodrama é justamente a de contornar ou suplementar essa limitação. Constatamos que trabalhos de psicodrama com essa temática (asperger), já existem na Inglaterra e no Japão, sobretudo. Nossa proposta é usar essa atividade como um instrumento que favoreça a experiência da criação de recursos para lidar com o inusitado, num contexto protegido. Desse modo, entendemos também que o psicodrama *em grupo* seja a opção mais interessante. Apostamos que o treino das situações desconhecidas pode contribuir para o aumento do repertório de respostas, além do desenvolvimento da capacidade de *imaginar*, *fantasiar*, experiências essas muito empobrecidas na vida de um portador da síndrome. O fato de estarem em grupo adiciona ao propósito do trabalho o sentimento de pertencimento e de competência para conviver socialmente. A hipótese é a de que, se se perceberem como diferentes e não como deficientes, já tenham meio caminho trilhado, para se incluírem socialmente com a auto-estima preservada e para investir em grupos sociais em que suas habilidades floresçam e possam ser valorizadas. O importante é não se sentirem desqualificados, paralisados por um



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

[laboreuerj@yahoo.com.br](mailto:laboreuerj@yahoo.com.br)

[www.polemica.uerj.br](http://www.polemica.uerj.br)

Polêmica, v. 10, n. 4, outubro/dezembro 2011

ambiente hostil e que se possam perceber como sujeitos capazes de levar a vida da melhor forma possível. Certamente com restrições, mas com chances de se sentirem satisfeitos existencialmente e com autonomia para buscar inserção nas áreas sociais em que lhes interessa conviver. Trata-se - é importante reiterar - de um *estilo cognitivo diferente*. De um movimento de inclusão das diferenças, que podemos chamar de neurodiversidade ou simplesmente de respeito à dignidade do outro que não é como nós, mas que pode vir a ser *mais um de nós*. Em suma, ser humano como todos somos e temos direito a ser.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asperger's Syndrome Guidelines for Assessment and Diagnosis by Ami Klin, Ph.D., and Fred R. Volkmar, M.D. Yale Child Study Center, New Haven, Connecticut Published by the Learning Disabilities Association of America, June 1995.

Asperger, H. (1944). Die 'autistischen Psycho- pathen' im Kindesalter. Archiv f " ur Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 117, 76–136. [Translated by U. Frith in U. Frith (Ed.). (1991). Autism and Asper- ger syndrome (pp. 36–92). Cambridge: Cambridge University Press].

Baron-Cohen, S. *et al.* The exact mind: empathising and systemising in autism spectrum conditions. In *Handbook of Cognitive Development* (Goswami, U., ed.), Blackwell, 2002

Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., and Frith, U. (1985). *Cognition* 21, 37–46.

Edwards, Steven D. *Disabilities: value and identity*. Oxford, Radcliffe Publishing, 2005.

Gillberg, C., & Billstedt, E. (2000). Autism and Asperger syndrome: Coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 321–330.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.

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

Recebido: 10/08/2011

Aceito: 25/08/2011



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

[laboreuerj@yahoo.com.br](mailto:laboreuerj@yahoo.com.br)

[www.polemica.uerj.br](http://www.polemica.uerj.br)

Polêm!ca, v. 10, n. 4 , outubro/dezembro 2011