



DOENÇA MENTAL EM ADULTOS COM DISTÚRBIOS DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

ARTIGO ORIGINAL

CARPENTER, Peter ¹

SOUZA, André Luiz Alvarenga de ²

CARPENTER, Peter. SOUZA, André Luiz Alvarenga de. **Doença mental em adultos com distúrbios do transtorno do espectro autista**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 05, Ed. 07, Vol. 01, pp. 112-127. Julho de 2020. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/doenca-mental>

RESUMO

Existem poucos estudos de qualidade, mas todas as indicações são de que a doença mental é um problema comum em pessoas com distúrbios do Transtorno do Espectro Autista (TEA). A Ansiedade e transtorno de humor são comuns, além de paranoia, mas há problemas para avaliar a fenomenologia da condição das pessoas com (TEA). A esquizofrenia não parece ser mais comum em pessoas com (TEA). Sugestões são feitas para avaliação e tratamento de doenças mentais comórbidas. Devido às

¹ Doutor. Psiquiatra Consultor - dificuldades de aprendizagem Kingswood CLDT – Reino Unido.

² Doutorando em Educação pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, Mestre em Administração pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, Graduado em Administração, Serviço Social, Tecnologia em Gestão de Recursos Humanos, Licenciatura em Pedagogia, Licenciatura em História, MBA em Gestão de Pessoas, Pós Graduado em Educação a Distância e Tecnologias Educacionais, Pós Graduado em Transtorno do Espectro Autista, Pós Graduado Psicopedagogia Clínica e Institucional.



limitações de comprimento, este artigo se concentrará sobre os chamados problemas funcionais de saúde mental de pessoas com TEA, e não irá considerar o papel da epilepsia, TDAH, a síndrome de Tourette e também síndromes ou disfunções sensoriais na saúde mental das pessoas com TEA, nem considerará a agressão a si ou aos outros em qualquer detalhe, mesmo sendo muito comum. O objetivo central deste estudo se deu pela relativa falta de literatura e orientações disponíveis sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) em adultos. A pergunta norteadora desse estudo se baseia nas discussões que ainda ocorrem na Inglaterra e se o TEA em si que pode ser classificado como uma doença mental. Isso é mais frequentemente discutido em situações em que ter uma doença mental pode permitir a detenção sob a Lei de Saúde Mental. A metodologia empregada neste estudo foi a de estudo de casos múltiplos, e de levantamentos bibliográficos, considerado também como uma pesquisa exploratória com técnicas quantitativas e qualitativas para interpretação dos dados colhidos. Chega-se a conclusão de que precisamos que os pesquisadores forneçam estudos de caso em longo prazo de história natural de pessoas com TEA que foram diagnosticadas com esquizofrenia ou outras psicoses, e o uso de várias intervenções como aconselhamento e Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), para que se construam políticas públicas adequadas a essa parcela da população. Este estudo teve a colaboração, em sua tradução do Idioma Inglês para o Idioma Português-BR do Prof. MsC André Luiz Alvarenga de Souza da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS Brasil, Doutorando em Educação, com o projeto de pesquisa O Acesso e Permanência do Estudante com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) nas Universidades Públicas do Centro Oeste do Brasil. Este artigo teve sua escrita em dezembro de 2007 pelo Psiquiatra Dr Peter Carpenter.

Palavras-chave: Necessidades de Saúde Mental, dificuldades de aprendizagem, dificuldades intelectuais, autismo, síndrome de asperger.

INTRODUÇÃO

Uma das frustrações para apoiadores e cuidadores de pessoas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é a relativa falta de literatura e orientações disponíveis sobre esse transtorno em adultos com (TEA). Os únicos livros substanciais são os de



Ghaziuddin (2005) e Matson (1989) e, caso contrário, existem alguns livros capítulos sobre o assunto por exemplo, (Howlin, 2004; Tantam, 1991) e um panfleto produzido pela National Autistic Society (Deudney, 2004). Berney (2004) também discute as questões de diagnóstico e manejo.

Devido às limitações de comprimento, este artigo concentrará sobre os chamados problemas funcionais de saúde mental de pessoas com TEA, e não irá considerar o papel da epilepsia, TDAH, a síndrome de Tourette, síndrome ou disfunções sensoriais na saúde mental das pessoas com TEA. Nem considerará a agressão a si ou aos outros em qualquer detalhe, mesmo sendo muito comum (Billstedt *et al*, 2005).

Uma das discussões que ainda ocorrem na Inglaterra é se o TEA em si que pode ser classificado como uma doença mental. Isso é mais frequentemente discutido em situações em que ter uma doença mental pode permitir a detenção sob a Lei de Saúde Mental. A maioria dos psiquiatras agora parecem estar se movendo para a conclusão de que o TEA é um distúrbio do neurodesenvolvimento e não uma doença mental em sua por direito próprio, mas se a pessoa for persistentemente agressiva ou tiver doenças mentais adicionais, elas podem estar sujeitas à lei.

Há boas evidências de que pessoas com TEA são mais propensas do que outras a ter necessidades adicionais de saúde mental. É menos claro o que são. Assim, em duas pesquisas nacionais de pessoas com TEA, cerca de 30% das pessoas com TEA são relatadas como tendo problemas de saúde mental. Em uma pesquisa, 56% deles haviam sintomas depressivos e 8% possuíam ideação suicida ou tentaram suicídio (Bernard *et al.*, 2001).

No outro (Mills e Wing, 2005) 50% disseram que eles tiveram problemas adicionais com ansiedade. O acompanhamento em longo prazo de crianças por Billstedt *et al* (2005) descobriram que 'a psicose tinha sido diagnosticada em 6,7% com 10% de desenvolvimento de catatonia e além disso, 16% regrediram durante a puberdade.

Os adultos que frequentam clínicas psiquiátricas têm uma taxa mais alta, Nylander e Gillberg (2001) encontraram que pelo menos 1,4% das pessoas que frequentam um



ambulatório atenderam aos critérios para TEA, assim como 3,2% dos participantes de um tratamento do centro de deficiências psiquiátricas graves.

Em pessoas com TEA que procuram um psiquiatra o mais comum são dificuldades publicadas em estudos de caso que parecem estar relacionadas à ansiedade e distúrbios afetivos (Howlin, 2004). Tantam (2003) encontrados em adolescentes e adultos nos quais ele diagnosticou o TEA, 22% já tinha um diagnóstico passado de ansiedade, 20% de depressão, 17% de TOC e 10% de esquizofrenia.

Contudo, a revisão de Tsakanikos *et al* (2007) de 137 adultos atendidos em seus serviços psiquiátricos com TEA a dificuldade de aprendizagem teve uma incidência inversa, com 16% se enquadrando no 'transtorno do espectro da esquizofrenia', 7% no transtorno depressivo e 4% no transtorno de ansiedade. Isso pode refletir uma diferença no diagnóstico em diferentes níveis de habilidades.

É compreensível que pessoas com TEA possam ser mais propensas a algumas formas de doença mental. As dificuldades em processar os padrões subjacentes do mundo e entender as ações dos outros, podem resultar em distúrbios relacionados à ansiedade e como estressores para outros problemas de saúde mental.

No entanto, pode ser difícil avaliar doenças mentais em pessoas com TEA. Um dos motivos é que eles geralmente não consideram relevantes alguns aspectos para dizer se às pessoas como eles estão se sentindo (Stewart *et al*, 2006).

A comunicação não verbal limitada também pode torná-lo difícil para os outros captarem a expressão de uma pessoa com TEA e o que eles estão sentindo. Uma pessoa pode sorrir continuamente mesmo quando esta se sentindo deprimida ou pode continuar com seu padrão cara de 'panela morta', quaisquer que sejam suas emoções por dentro. Além disso, uma

falta de expressão espontânea pode causar suspeita de ter depressão ou esquizofrenia quando não o fazem. Além disso, quando questionados, muitos não têm o vocabulário emocional para descrever as emoções que estão sentindo.



Depressão pode ser chamada de dor de cabeça ou ansiedade chamada de 'vermes no estômago', o que pode levar a erros de interpretação.

Quando questionada, a pessoa pode ser mais literal e concreta nas descrições de suas experiências: 'Você ouve vozes?' - 'Sim, o tempo todo' [eu não sou surdo, é claro que posso ouvir o que as pessoas estão dizendo]. "Você consegue ler os pensamentos dos outros?" - 'Sim eu posso diga que uma pessoa está pensando em se levantar pouco antes de sair da cadeira; Eu posso dizer que uma pessoa está com fome quando vai para um lanche]. Como resultado, é muito importante conseguir que alguém descreva suas experiências e dar exemplos, ao avaliá-las.

Pessoas com TEA parecem ter um senso interno de auto redução e acham mais difícil identificar os seus pensamentos.

Essa é uma experiência comum em idade escolar 'normal' nas crianças, mas não é esperado em adultos. Crianças pequenas comumente falam seus próprios pensamentos em voz alta e aprender a internalizá-los como eles amadurecem. A consequência disso no TEA é que uma pessoa pode achar mais difícil identificar seus pensamentos obsessivos ou outros pensamentos próprios, especialmente se forem pensamentos indesejáveis e dizem que pertencem a outra pessoa, levando a um diagnóstico de psicose.

Mesmo que a pessoa descreva suas experiências internas com precisão, eles podem ser mal interpretados. Adultos com TEA às vezes descrevem experiências que em crianças seriam vistas como 'normal', mas em adultos são frequentemente interpretados como psicóticos. Para

exemplificar, eles podem descrever ainda ter amigos imaginários – sendo capazes de conjurar a imagem visual de uma pessoa e conversar com ela, ou para se comunicar com alguém em sua cabeça. Em uma criança isso não seria visto como psicótico, mas em adultos é fácil interpretar como alucinações ou delírios de telepatia.

Algumas pessoas com TEA lidam com o mundo fazendo uma modelo e operando o modelo para explicar o que vai acontecer no mundo. Portanto, uma pessoa atribuiu a



todos que conheceu um papel em um programa animal - atribuindo às pessoas o papel de 'raposa', 'coelho', 'coruja', 'burro' e assim por diante. Isso também é fácil de interpretar de certo modo como evidência de uma doença mental ilusória.

Outra característica das pessoas com TEA é que elas geralmente pensam visualmente (Hurlburt *et al.*, 1994). Assim como muitas pessoas com TEA que não estão doentes descrevem verbos raros e fugazes alucinações; portanto, adultos com TEA podem descrever alucinações visuais fugazes.

Outra característica da doença mental no TEA é que muitas vezes associado à regressão acentuada ou comportamento desafiador, que pode dominar a imagem e mascarar o objeto subjacente da doença mental pré-existente na pessoa com TEA.

O efeito dessas dificuldades na avaliação da saúde mental de pessoas com TEA é que qualquer pessoa que o faça precisa reunir informações de várias fontes e perspectivas, e ao entrevistar esse indivíduo deve levá-lo a dar exemplos de suas experiências e seus próprios sentimentos sobre suas experiências pessoais.

DESENVOLVIMENTO

ANSIEDADE E NEUROSES

A ansiedade é uma experiência universal nas pessoas. No entanto, ele faz parece ser maior em pessoas com TEA (Gillott *et al.*, 2001) e pode causar dificuldade no sono levando esses indivíduos a terem um sono ruim (Tani *et al.*, 2004).

Metade dos entrevistados em uma pesquisa listou a ansiedade como um transtorno mental.

O problema de saúde (Mills e Wing, 2005), em outra pesquisa mostra que 30% foram considerados como satisfazendo os critérios de ansiedade generalizada e desordem mental (Shtayermman, 2006), no entanto, com menos frequência apresenta como motivo para encaminhamento a psiquiatras.



Tantam (2003) lista a ansiedade como o diagnóstico passado em 22% daqueles que ele diagnosticou com TEA. Howlin (2004) em sua revisão de relatos de casos cobrindo 200 casos encontraram apenas cerca de 15% diagnosticados com ansiedade.

Tsakanikos *et al* (2007) descobriram que 4% das pessoas em sua clínica com dificuldades de aprendizagem e TEA tinha ansiedade.

Ansiedade generalizada pode ser difícil de tratar diante como a pessoa pode estar reagindo a uma falta de estrutura no mundo que é impossível mudar. No entanto, trabalhos de relaxamento, tempo de relaxamento e iniciar uma rotina estruturada com previsibilidade para o dia pode ser útil. Tratamento farmacológico com antidepressivos com efeito ansiolítico pode ajudar em alguns casos, como os benzodiazepínicos.

Fobias específicas, como a fobia de cães, são comuns em adultos com TEA e podem ser tratados com dessensibilização se a pessoa quer perder a ansiedade neste quesito. Geralmente são as pessoas em torno de quem quer que a pessoa perca o medo, ao invés de pessoa afetada que a influencia a isso.

Isso pode ser feito sem a colaboração ativa da pessoa como, por exemplo, a operação por exposição lenta e gradual, se a fobia não refletir uma sensibilidade subjacente (como uma pessoa sensível ao som sendo assustada com um latido de cachorro), mas é necessário a ética, pois o sujeito pode sabotar o plano.

Ansiedade no desempenho social (Gillott *et al*, 2001; Bellini, 2006) e fobia ocorre nos mais capazes que têm uma visão sobre suas diferenças e estão preocupados com a 'adaptação'.

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) e farmacológica convencional bem como outros tratamentos pode ser útil neste grupo.

O distúrbio mais comum, que não seja generalizado em ansiedades específicas, é a obsessões e compulsões como um distúrbio (TOC). No passado, minha impressão é que os médicos eram relutantes em diagnosticar o TOC em TEA, com base em rituais



e rotinas que faziam parte do diagnóstico do TEA (DSM IV, American Psychiatric Association, 1994).

Contudo, há uma sensação muito diferente dos rituais, rotinas, e estreitos interesses e estereotípias de uma pessoa com TEA que está usando por prazer ou auto estimulação ou para relaxar, e as ansiedades e obsessões agravadas pelo estresse e compulsões que uma pessoa com TEA pode sofrer. Em um estudo olhando para pessoas com TEA com um QI o serviço de atendimento ao autismo no Hospital Maudsley, mostrou que 25% desses indivíduos foram diagnosticados com TOC e com comorbidades (Russell *et al*, 2005).

Os mais capazes descrevem uma gama semelhante de obsessões e compulsões como pessoas com TOC sem TEA, exceto as pessoas com TEA eram menos propensos a relatar contagens ou pensamentos sobre doença somática como obsessão ou compulsão. A maioria das obsessões e compulsões comuns relatadas foram sobre agressão, contaminação, simetria, verificação e limpeza (Russell *et al.*, 2005).

No entanto, devido às dificuldades nas descrições de estados de saúde, o pensamento compulsivo é estrangeiro ou não Baron-Cohen (1989) sugeriu que é melhor descrever comportamentos como pensamentos e comportamentos repetitivos, e não como TOC. Isso é mais pertinente nos adultos menos verbais onde muitos dos pensamentos e comportamentos repetitivos observados são diferentes do que no TOC. Numa avaliação de pensamentos repetitivos e comportamentos em um grupo adultos menos verbais com TEA, McDougle *et al.* (1995) descobriram que acumular, tocar e prejudicar eram os três comportamentos repetitivos que ocorreram muito mais comumente no grupo com TEA do que em adultos com TOC, e apresentando menor incidência de repetição de pensamentos sobre simetria, agressão, verificação ou contagem do que outros indivíduos com TOC.

O tratamento pode ser difícil, principalmente se a pessoa não estiver interessada em parar com suas obsessões ou compulsões. Geralmente as estratégias para reduzir o estresse e a ansiedade, diversão na sua configuração de limites, através de



tratamentos com Clomipramine (Gordon *et al*, 1992) ou os antidepressivos ISRS podem ajudar muito.

Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), como já mencionada anteriormente, pode ser tentada de maneira mais capaz, mas os terapeutas precisam reforçar pensamentos não obsessivos dentro da terapia para eliminar esta condição. Infelizmente existem poucas evidências publicadas sobre o uso da TCC em uma revisão nas crianças concluíram que havia pouca evidência boa para ou contra seu uso (White, 2004). No entanto, a impressão do autor é que pode ser útil às vezes e em um livro recente forneceu mais sugestões sobre isso (Paxton e Estay, 2007).

TRANSTORNOS DE HUMOR

A depressão é uma das doenças mentais mais bem documentadas em pessoas com TEA e parecem estar associados com histórico familiar de distúrbios afetivos (Bolton *et al*, 1998).

Como sempre, é difícil calcular a incidência de depressão em uma população 'normal' de pessoas com TEA. Stewart e Cols. (2006) revisaram a literatura e encontrou a incidência de depressão, o que descrevem é que encontradas por psiquiatras nas pessoas com TEA eles viram uma variação, geralmente entre 10% e 33%.

Os adolescentes geralmente parecem deprimidos - quanto a isso é devido a hormônios, mudanças na vida ou relacionados às suas dificuldades. Em sua pesquisa de 15 estudos de caso publicados, Stewart e Cols. (2006) descobriram que apenas um caso em que a pessoa relatou a eles que estava deprimida. Geralmente, a depressão parece ser diagnosticada somente quando o comportamento de uma pessoa muda, no momento de maneira formal o diagnóstico, dos comportamentos clássicos da depressão aparecem estar presentes com sono reduzido, apetite reduzido e perda de interesse e abnegação, aparência triste, lágrimas e retraimento.

Pode ocorrer agitação na depressão agitada e agressão e podem aumentar à medida em que a pessoa se torna mais irritável e intolerante com os outros tentando ajudá-la.



Alguns podem perder acentuadamente habilidades de autocuidado - Gillberg (1985) relata um homem com TEA que tornar-se incontinente quando deprimido, e isso é algo bem reconhecido em pessoas com dificuldades de aprendizagem e TEA, que ficam deprimidos. Retardo psicomotor não é comum e pode refletir uma depressão grave ou movimento anterior a problemas de auto dano podendo ocorrer, pensamentos suicidas ou tentativa de suicídio (Stewart *et al.* , 2006).

Como afirmado anteriormente na pesquisa de Bernard *et al.* (2001), disseram que 8% de um grupo de sujeitos pesquisados haviam considerado ou tentado suicídio e, em uma outra pesquisa de Shtayermman (2006), 50% haviam experimentado ideação suicida significativa, salienta-se que o perigo é que a depressão não tratada desde o início, pode ser apenas diagnosticado após uma tentativa de suicídio.

Pessoas menos verbais e deprimidas parecem apresentar comportamentos de automutilação e gritos, bem como uma aparente depressão de humor, distúrbios do sono e perda de peso. A agitação pode mascarar qualquer tendência à retirada de alguma medicação (Perry *et al.*, 2001).

Minha experiência clínica pessoal é que, uma vez diagnosticada, uma pessoa com TEA ela responde tanto a antidepressivos quanto a qualquer outra pessoa sem esse transtorno. No entanto, uma vez que o humor melhora, pode haver um prolongado período antes de a pessoa voltar a se familiarizar com hábitos e sua rotina. Minha impressão é que a TCC para depressão é raramente experimentada nos mais seriamente deprimidos, embora possa ser usada nas formas mais leves associadas ao estresse na vida (ver também Paxton e Estay, 2007), além da depressão maior, a instabilidade de humor é frequentemente relatada. Isso pode refletir a idade de desenvolvimento emocional da pessoa, mas não há como medir isso no momento.

Isso pode ser melhorado com o humor farmacológico diante ao padrão de estabilizadores usados no transtorno de personalidade *borderline*.



O transtorno bipolar com mania também é considerado mais comum em pessoas com TEA (Tantam, 1991); Billstedt *et al* (2005) encontraram uma taxa de cerca de 3% nesses indivíduos.

Novamente, como na depressão, uma pessoa com mania raramente relata a mania, mas é captada por outras pessoas a sua volta como, por exemplo, seus familiares. Eu vi apenas uma pessoa com TEA que era maníaca feliz e eufórica. A maioria das pessoas que vejo são irritáveis quando estão no processo de manias, e em sua apresentação podem parecer como uma pessoa com depressão agitada com baixa concentração, sono ruim, capacidade reduzida de sentar-se para comer, irritabilidade e inquietação.

No entanto, é provável que a pessoa maníaca seja mais desinibida e mais sexualizada em seu comportamento com os outros, sendo mais falantes sobre coisas positivas e grandiosas em suas atividades diárias. Eles podem se tornar psicóticos no desenvolvimento de delírios e ter alucinações, que podem levar a um diagnóstico errôneo de esquizofrenia.

Estabilizador de humor e medicamentos antimaníacos parece para trabalhar bem neste grupo quanto no grupo que não é o do TEA.

ESQUIZOFRENIA

Enquanto ao TEA costumava-se ser chamado de esquizofrenia infantil, não há boas evidências de que a esquizofrenia seja significativamente mais comum em pessoas com TEA (Ghaziuddin *et al*, 1998; Volkmar e Cohen, 1991; Billstedt *et al*, 2005). Dado que a psicologia da esquizofrenia às vezes é modelada como uma perda de autoestima interna.

Monitorando pessoas com TEA, a percepção é que esses sujeitos parecem ter dificuldades em monitorar e reconhecer seus estados internos, isso pode parecer surpreendente. No entanto, uma pesquisa sobre a rara infância esquizofrenia inicial constatou que 25% dos casos atendiam aos critérios para TEA infantil (Sporn *et al*,



2004) sugerindo que, a esquizofrenia ocorria em indivíduos propensos ao TEA no início de vida. Além disso, reconhece-se que as psicoses episódicas podem ocorrer nas pessoas, como por exemplo, o sair da escola, podem resultar em deterioração gradual (Bradley e Bolton, 2006).

Pessoas com TEA podem atender aos critérios de esquizofrenia na Entrevista Clínica (Konstantareas e Hewitt, 2001) e os sinais negativos de esquizofrenia se sobrepõem à sintomas do TEA (Frith e Frith, 1991). Diagnóstico de esquizofrenia exige que os sintomas de uma pessoa encontrem um conjunto claro de critérios, conforme demonstra o CID10 (OMS, 1992);

O diagnóstico de esquizofrenia de acordo com a CID10 (OMS, 1992) requer um sintoma de um grupo (a – d) ou dois de outros grupos estar presente a maior parte do tempo por pelo menos um mês. (a) Eco do pensamento, inserção ou retirada do pensamento e difusão do pensamento./ (b) Delírios de controle, influência ou passividade, claramente referidos a movimentos do corpo ou dos membros ou pensamentos, ações ou sensações específicas; percepção ilusória.(c) Vozes alucinatórias, dando comentários contínuos sobre o comportamento do paciente, ou discutindo o paciente entre si ou outros tipos de vozes alucinatórias vindas de alguma parte do corpo. (d) Delírios persistentes de outros tipos que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, como identidade religiosa ou política, ou poderes e habilidades sobre-humanos (por exemplo, poder controlar o clima ou estar em comunicação com alienígenas de outro mundo). (e) Alucinações persistentes em qualquer modalidade, quando acompanhadas de ilusões fugazes ou semi formadas, sem afeto claro conteúdo ou por ideias persistentes e supervalorizadas ou quando ocorrem todos os dias por semanas ou meses a fio. (f) Quebras ou interpolações na linha de pensamento, resultando em incoerência ou fala irrelevante ou neologismos. (g) Comportamento catatônico, como excitação, postura ou flexibilidade serosa, negativismo, mutismo e estupor. (h) Sintomas "negativos", como apatia acentuada, falta de fala e embotamento ou incongruência das respostas emocionais, geralmente resultando em retirada social e redução do desempenho social; deve ficar claro que estes não se devem a depressão ou a medicação neuroléptica. (i) Uma mudança significativa e consistente na qualidade geral de alguns aspectos do comportamento pessoal, manifestada como perda de interesse, falta de objetivo, ociosidade, atitude auto absorvida e retraimento social. CID10 (OMS, 1992).



Alguns adultos com TEA falam de amigos imaginários e, se questionados podem falar da capacidade de se comunicar mentalmente com seus amigos - isso pode ser interpretado como pensamento transmissão e inserção, mas raramente atende aos critérios de inquérito detalhado de diagnóstico.

À medida que crescem a maioria das pessoas com TEA conhecem muito bem controle, ou seja, quem controla seu mundo e quem não controla, mas pode ser controlado por eles. Isso pode estar ligado à raiva de seus pais e a outras pessoas e, se mal comunicados, podem levar à falta de entendimento por outras pessoas.

Os pensamentos obsessivos também podem ter um efeito quase alucinatório, qualidade inserida quando a pessoa declara que 'aquelas palavras' que entram em sua mente não podem ser seus próprios pensamentos como eles são muito obscenos ou indesejados.

Outra experiência que muitos adultos com TEA descrevem com o pensamento obsessivo, está tendo um diálogo interno.

Esse diálogo interno pode ser interpretado como vozes alucinatórias fazendo comentários ou discutindo entre si.

Mas uma investigação cuidadosa mostrará que as vozes vêm de dentro da cabeça e não tem a qualidade de uma corrida de comentários nem vozes discutindo sobre como 'ele / ela' são.

Uma das outras confusões é a capacidade das pessoas com TEA de desenvolver ideias bizarras sobre as características do mundo e segurá-los com tanta fixidez que tem a qualidade de uma ilusão, o que poderia levar a um diagnóstico de esquizofrenia.

Várias pessoas com TEA relatam espontaneamente alucinações visuais fugazes (algumas como navegando pelo céu), mas se eles são raros e fugazes, não merecem um diagnóstico de esquizofrenia. O caminho que pessoas com TEA podem falar - com comentários tangenciais e explicações abreviadas que não contêm a informação que alguém precisa entender o que está sendo dito - pode imitar o distúrbio do



pensamento. As estereotipias e sintomas catatônicos de algumas pessoas com TEA também podem levar a um diagnóstico incorreto de esquizofrenia.

Finalmente, outro recurso que pode levar a um diagnóstico incorreto de esquizofrenia é que, depois de sair da escola, uma pessoa com TEA pode recuar em seu quarto ou isolar-se socialmente como eles não têm uma estrutura de rotina diurna imposta a eles.

Isso pode ser interpretado como o declínio que ocorre em adolescentes com esquizofrenia, mas uma investigação cuidadosa descobrirá que não é o caso do TEA.

Entretanto, quando ocorre na esquizofrenia com TEA e suas psicoses podem ser diagnosticadas em vários casos e já estão descrito na literatura (Clarke *et al.*, 1989).

Pessoas com TEA parecem mais propensas a reações psicóticas sob estresse. Como adultos com dificuldades de aprendizagem, podem ficar 'fora de controle' e merece o diagnóstico de psicose. No entanto, eles tendem a ser breves e responder à redução do estresse, incluindo uma resposta notavelmente rápida ao efeito tranquilizador de antipsicóticos antes que o efeito antipsicótico total tenha chance de entrar em vigor.

Curiosamente, na dúzia de casos que o autor já viu com esquizofrenia, a apresentação em pessoas há muitos anos a doença ainda era de não deterioração e da não perda de Habilidades. O único caso que conheci de um jovem adulto com TEA e esquizofrênico é que parecia ter um curso deteriorado com perda de habilidades, era um homem que resistia ao tratamento e cujo pai também tem esquizofrenia.

A paranoia como mecanismo de defesa mental é relativamente comum no TEA. Isso pode vir do isolamento social, e falta de entendimento dos motivos dos outros. Pode ser esmagadora e levar a um maior isolamento. O problema é frequentemente determinado quando isso mudou do 'normal' paranoia defensiva que vem com ser egocêntrico e isolado, por ser um 'transtorno delirante' segundo os critérios da CID10 (OMS, 1992). Isso geralmente depende da visão do médico, do terapeuta e do professor sobre quando a crença supervalorizada se tornou ilusória, o que aos tempos são difíceis dadas a rigidez de muitos estarem dentro do transtorno do TEA. Na prática



esse diagnóstico geralmente depende da gravidade com que a paranoia afeta a vida da pessoa, o afeto emocional com que a pessoa investe na crença e na necessidade de tratá-la ao invés da fenomenologia precisa das experiências, devido ao problema de obter uma boa descrição das experiências vivenciadas.

Esse estado parece ser mais bem tratado com redução do estresse (ISRS antidepressivos geralmente reduzem os níveis mais leves de paranoia) antipsicóticos nos casos mais graves, ambos combinados com a abreviação comportamental cognitiva.

DROGAS E ÁLCOOL

Muitos adultos com TEA se automedicam por sua ansiedade usando álcool ou outras drogas. Em pequenas quantidades, isso pode ser útil, mas alguns se tornam viciados e pode ser difícil ajudá-los, pois o álcool se torna uma rotina ou preocupação. Outra preocupação é também a vulnerabilidade da pessoa a usar indevidamente outras. A maioria dos serviços de bebidas alcoólicas não se envolve com bebedores a menos que a pessoa esteja motivada para parar e a Saúde Mental Act (DH, 1983) na Inglaterra exclui o abuso de álcool como única razão para deter alguém. A terapia de grupo usada na maioria das unidades de tratamento de álcool podem ser muito difíceis e estressantes para pessoas com TEA. A melhor maneira de ajudar parece ser obter aconselhamento regular destinado a envolver e desenvolver a motivação para mudar esse comportamento.

O autor conheceu várias pessoas com TEA que por tempos foram muito psicóticos enquanto fumavam maconha. Não está claro se pessoas com TEA são mais propensas à indução de *cannabis*, mas certamente não há razão teórica para que eles devam ser menos propensos a isso e, embora muitas pessoas com TEA encontrem na *cannabis* um relaxante útil, provavelmente é prudente, aconselhá-los a abster-se deles.



ANOREXIA

Há um aumento da incidência de TEA em pessoas com anorexia nervosa. O prognóstico nesse subgrupo é ruim (Nilsson *et al*, 1999). Alguns respondem à educação e incentivo à saúde, alguns podem negociar a manutenção de um peso definido, mas muitos o acham difícil deixar de se preocupar obsessivamente com peso e comer. O tratamento ao estilo do TOC pode ajudar, mas muitos são tão determinados a manter seu peso fixo ou não comer isso e o prognóstico permanece ruim.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas que apoiam outras pessoas com TEA precisam estar cientes das altas incidências de transtornos mentais adicionais. Avaliando estes sujeitos, implica com precisão a obtenção de um bom histórico de diferentes fontes e permitindo que a pessoa explique suas experiências tão completamente quanto possível. Este é um desafio. Além disso, as pessoas precisam ser capazes de trabalhar com a regressão emocional e comportamental isso é comum em indivíduos com a possibilidade de distúrbio mental. O tratamento em pessoas com TEA geralmente precisa de muita manipulação ambiental como medicamento farmacológico, terapias, professores de apoio, dentre outros processos para o desenvolvimento de suas habilidades e potencialidades.

A medicação geralmente parece funcionar principalmente como um anti estressor.

Precisamos que as pessoas forneçam estudos de caso em longo prazo de história natural de pessoas com TEA que foram diagnosticadas com esquizofrenia ou outras psicoses, e o uso de várias intervenções como aconselhamento e TCC, para que se construam políticas públicas adequadas a essa parcela da população.



NOTAS DO TRADUTOR

Esta tradução e revisão foi realizada pelo Prof. MsC André Luiz Alvarenga de Souza, Doutorando em Educação na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande (Br), ao longo do primeiro semestre de 2020.

REFERÊNCIAS

AMERICAN Psychiatric Association (1994) **Diagnóstico e Manual Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV) (4ª edição)**.

APRESENTAÇÃO da depressão no autismo e na síndrome de Asperger: a **Reveja. Autism 10** 103-16. Os dados foram analisados por meio de entrevistas semiestruturadas. e Porkka HT (2004) Sono em adultos jovens com Asperger Síndrome. *Neuropsychobiologia* **50** 147–52.

BARON-Cohen S (1989) **As crianças autistas têm obsessões e compulsões?** *British Journal Clinical Psychology* **28** 193–200.

BERNARD J, Harvey V, Potter D e Prior A (2001) **Ignorado ou Inelegível? A realidade para adultos com distúrbios do espectro do autismo**. Londres: Sociedade Nacional Autista.

BERNEY T (2004) **Asperger desde a infância até idade adulta. Avanços no tratamento psiquiátrico** **10** 341–51.

BELLINI S (2006) **O desenvolvimento da ansiedade social em adolescentes com distúrbios do espectro do autismo. Foco no autismo e outros Deficiências do desenvolvimento** **21** 138–45.

BILLSTEDT E, Gillberg C e Gillberg C (2005) Autismo após adolescência: estudo populacional de 13 a 22 anos de acompanhamento de 120 indivíduos com autismo diagnosticado na infância. *Diário de Autismo e distúrbios do desenvolvimento* **35** 351–60.



BOLTON P, Pickles A, Murphy M e Rutter M (1998) Autism, transtornos afetivos e outros transtornos psiquiátricos: padrões de agregação. **Medicina Psicológica** 28 385–95.

BRADLEY E; Bolton P (2006) **Transtornos psiquiátricos episódicos em adolescentes com dificuldades de aprendizagem com e sem autismo.**

BRITISH Journal of Psychiatry 189 361–6. Clarke DJ, Littlejohns CS, Corbett JA e Joseph S (1989) Pervasive distúrbios do desenvolvimento e psicoses na vida adulta. **Britânico Journal of Psychiatry** 155 692–9.

DEPARTAMENTO de Saúde (1983) **The Mental Health Act.** Londres: HMSO.

DEUDNEY C (2004) **Saúde Mental em Pessoas com Autismo e Síndrome de Asperger.** Londres: Sociedade Nacional Autista.

FRITH C e Frith U (2001) **Afinidades eletivas na esquizofrenia e autismo infantil.** In: PE Bebbington (Ed) *Psiquiatria Social: Teoria, Metodologia e Prática* (pp65-88). Nova Brunswick: Publicador de transações.

GHAZIUDDIN M, Weidmer-Mikhail E e Ghaziuddin N (1998) morbidade na síndrome de Asperger: um relatório preliminar. **Diário de Pesquisa sobre Deficiência Intelectual** 42 279–83.

GHAZIUDDIN M (2005) **Aspectos da saúde mental do autismo e Síndrome de Asperger.** Londres: Jessica Kingsley.

GILLBERG C (1985) Síndrome de Asperger e psicose recorrente: **Um estudo de caso. Jornal de Autismo e Distúrbios do Desenvolvimento** 15 389-97.

GILLOTT A, Furniss F e Walter A (2001) Ansiedade em alto funcionamento crianças com autismo. **Autismo** 5 277-86.



GORDON CT, Rapoport JL, Hamburger SD, State RC e Mannheim GB (1992) Resposta diferencial de sete sujeitos com autismo desordem à clomipramina e desipramina. **American Journal of Psiquiatria** **149** 363–6.

HOWLIN P (2004) **Distúrbios psiquiátricos na idade adulta**. Em: P Howlin. Autismo: **Preparando-se para a vida adulta** (2ª edição) (pp270-299). Londres: Routledge.

HURLBURT RL, Happé F e Frith U (1994) Amostragem da forma de experiência em três adultos com síndrome de Asperger. **Medicina Psicológica** **24** 385–95.

INTERNATIONAL Conference **2005. Apresentação NAS**. Disponível em: http://www.nas.org.uk/content/1/c4/78/84/Saturday_RichardMills.pdf (acessado em outubro de 2007).

KONSTANTAREAS M e Hewitt T (2001) Distúrbios autísticos e esquizofrenia: sobreposições diagnósticas. **Jornal do Autismo e Distúrbios do desenvolvimento** **31** 19–28.

MATSON JL (Ed) (1989) **Esquizofrenia crônica e autismo adulto: Questões em diagnóstico, avaliação e tratamento psicológico**. Nova York: Springer.

MCDUGLE CJ, Kresch BA, Goodman WK, Naylor ST, Volkmar FR et al (1995) Um estudo controlado por caso de pensamentos repetitivos e comportamento em adultos com transtorno autista e transtorno obsessivo-compulsivo. **O American Journal of Psiquiatria** **152** 772–7.

MILLS R e Wing L (2005) **Pesquisando Intervenções em ASD e Prioridades de pesquisa: levantamento dos membros do NAS**.

NILSSON EW, Gillberg C, Gillberg IC e Råstam M (1999) Dez anos acompanhamento da anorexia nervosa de início adolescente: personalidade distúrbios. **Jornal da Academia Americana de Crianças e Psiquiatria do Adolescente** **38** 1389–95.



NYLANDER L e Gillberg C (2001) **Rastreo do espectro do autismo psiquiátricos em pacientes ambulatoriais psiquiátricos adultos: um relatório preliminar.** Acta Psychiatrica Scandinavica **103** 428–434.

PAXTON K e Estay I (2007) **Aconselhamento de pessoas sobre o autismo Espectro: um manual prático.** Londres: Jessica Kingsley.

PERRY DW, Marston GM, Hinder SAJ, Munden AC e Roy A (2001) **A fenomenologia da doença depressiva em pessoas com dificuldade de aprendizagem e autismo.** Autismo **5** 265-75.

RUSSELL AJ, Mataix-Cols D, Anson M e Murphy DGM (2005) Obsessões e compulsões na Síndrome de Asperger e altas autismo em funcionamento. **British Journal of Psychiatry** **186** 525–8.

SHTAYERMMAN. O (2006) **Um estudo exploratório da ideação suicida e comorbidades em adolescentes e adultos jovens com Síndrome de Asperger.** (Dissertação, Estados Unidos: Fordham Universidade). Resumos da Dissertação Seção Internacional A: Humanidades e ciências sociais **67/6-A** p2323.

SPORN AL, Addington AM, Gogtay N, Ordonez AE, Gornick M e cols. (2004) Transtorno invasivo do desenvolvimento e início da infância esquizofrenia: distúrbio comórbido ou uma variante fenotípica de um doença de início muito precoce? **Psiquiatria Biológica** **55** 989–94. São Paulo, SP, Brasil.

TANTAM D (1991) Síndrome de Asperger na idade adulta. Em: U Frith (Ed) Autismo e síndrome de Asperger (pp147-183). Cambridge: **Cambridge University Press.**

TANTAM D (2003) O desafio de adolescentes e adultos com Síndrome de Asperger. **Clínicas Psiquiátricas da Criança e do Adolescente de América do Norte** **12** 143-163.



TSAKANIKOS E, Sturmey P, Costello H, Holt G e Bouras N (2007) Tendências de referência em serviços de saúde mental para adultos com deficiência intelectual e distúrbios do espectro do autismo. **Autismo 119-17.**

VOLKMAR FR e Cohen DJ (1991) Associação comórbida de autismo e esquizofrenia. **American Journal of Psychiatry 148** 1705–7.

WASHINGTON DC: **Associação Americana de Psiquiatria**. Volume 1 Issue 4 December 2007.

WHITE AH (2004) Terapia comportamental cognitiva em crianças com distúrbios do espectro autista. In: Bazian Ltd (Ed) STEER: Sucinto e Revisões oportunas de evidências avaliadas 4 (5). **Bazian Ltd e Instituto Wessex de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde, Universidade de Southampton**. Disponível em: <http://www.signpoststeer.org/> (acessado em outubro de 2007).

WHO (1992) A Classificação da CID-10 de Mental e Comportamental Distúrbios. **Genebra: Organização Mundial da Saúde.**

Enviado: Junho, 2020.

Aprovado: Julho, 2020.