

# SÍNDROME DE ASPERGER E TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO EM CRIANÇA DE 12 ANOS DE IDADE

## ASPERGER SYNDROME AND OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER ON A 12-YEAR-OLD CHILD

*Gustavo Henrique Teixeira  
e Fábio Mello Barbirato Nascimento Silva*

**RESUMO:** O objetivo deste artigo é descrever um caso de síndrome de Asperger em uma criança de doze anos de idade com o diagnóstico comórbido de transtorno obsessivo-compulsivo. São descritas a história médica, a evolução e a discussão do caso após início de tratamento farmacológico e psicoterápico no Setor de Neuropsiquiatria Infanto-Juvenil da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

**ABSTRACT:** This article aims at describing a case of Asperger syndrome on a twelve-year-old child with the comorbidity diagnosis of obsessive-compulsive disorder. It describes the medical history, progress and discussion of the case after the beginning of pharmacological and psychological treatment at the Child and Adolescent Neuropsychiatry Department at the Holy House of Mercy Hospital in Rio de Janeiro.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome de Asperger; Transtorno obsessivo-compulsivo; Criança; Resultado de tratamento.

**KEYWORDS:** Asperger syndrome; Obsessive-compulsive disorder; Child; Treatment outcome.

*Gustavo Henrique Teixeira* – Médico psiquiatra, membro da equipe do Setor de Neuropsiquiatria Infanto-Juvenil da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

*Fábio Mello Barbirato Nascimento Silva* – Médico psiquiatra, chefe do Setor de Neuropsiquiatria Infanto-Juvenil da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

### INTRODUÇÃO

A síndrome de Asperger foi inicialmente descrita pelo médico austriaco Hans Asperger, em 1944. Ele descreveu um grupo de pacientes com inteligência normal, mas que apresentavam um prejuízo qualitativo no desenvolvimento da interação recíproca e estranhezas comportamentais, entretanto, sem atraso na aquisição da linguagem.<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10</sup>

A etiologia da síndrome de Asperger é desconhecida, mas estudos familiares sugerem uma íntima relação com o autismo infantil. Hipóteses genéticas, perinatais, infecciosas e metabólicas são estudadas, embora sem dados conclusivos até o momento.<sup>2,4,10</sup>

As principais características clínicas incluem: gestos comunicativos não-verbais anormais, falta de empatia, dificuldade no relacionamento com pessoas fora de seu ciclo familiar, dificuldade em expressar emoções e sentimentos, interesses restritos, como mapas, astronomia, esportes, dinossauros e Egito anti-

go, e preocupações excessivas com horários e regras.<sup>2,4,10</sup>

O desenvolvimento inicial da criança parece normal, entretanto, no decorrer dos anos seu discurso torna-se diferente, monótono e peculiar e há com frequência a presença de preocupações obsessivas. Sua capacidade de interagir com outras crianças torna-se difícil, é pouco empática, apresenta comportamento excêntrico, suas vestimentas podem se apresentar estranhamente alinhadas e a grande dificuldade de socialização tende a torná-la solitária. As crianças com síndrome de Asperger são pouco habilidosas socialmente, o que leva a inadequações comportamentais e dificuldade no entendimento das relações humanas. São inflexíveis, apresentam dificuldade em lidar com mudanças e podem apresentar-se emocionalmente vulneráveis e instáveis.

O transtorno obsessivo-compulsivo é um transtorno comportamental caracterizado pela presença de

obsessões e compulsões. Obsessões são pensamentos persistentes, repetitivos, intrusivos e sem sentido que a pessoa reconhece como inadequados ou desnecessários, entretanto não consegue controlá-los. Podem se apresentar sob a forma de repetição de palavras, pensamentos, medos, números, fotos ou cenas, que normalmente estão relacionadas com idéias de limpeza, contaminação, segurança, agressão ou sexo. Compulsões são comportamentos repetitivos (lavar mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (rezar, contar, repetir palavras, frases, números) que a pessoa se sente obrigada a executar em resposta a uma obsessão. Os comportamentos compulsivos visam a prevenir ou reduzir o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida e causam sofrimento, consomem tempo e interferem significativamente na rotina, no funcionamento social, ocupacional e acadêmico da criança ou adolescente.<sup>1,2,3,4,5,6,8,9,10,11</sup>

O objetivo deste relato de caso é discutir a comorbidade entre o transtorno obsessivo-compulsivo e a síndrome de Asperger sob os aspectos psicopatológico, terapêutico e nosológico.

## CASO CLÍNICO

### Identificação

V., branco, 12 anos de idade, natural do município do Rio de Janeiro, estudante da 5ª série do ensino fundamental, filho único, vive com os pais em Olaria.

### Queixa principal

“Mania de lavar a mão, repetitivo”.

### História da doença atual

Segundo relato da mãe, a criança passou a apresentar nos últimos meses um comportamento de “lavar as mãos” inúmeras vezes ao dia, associado ao medo de contaminação. Não tolera vestir a mesma camisa mais de uma vez, mesmo que a tenha vestido por apenas algumas horas, referindo estar sempre suja e contaminada. “Quando compro um sanduíche na rua, ele precisa lavar as mãos mais de

dez vezes após comer e diz que as mãos ficam cobertas de bactérias”.

A mãe relata que o filho está muito ansioso e que nas últimas semanas fica “andando de um lado para outro”, sem saber o motivo. Nos últimos meses, V. tem realizado banhos prolongados e repetidas vezes ao dia, com trocas frequentes de roupa e com aumento na quantidade de roupas para lavar.

Outra preocupação da mãe parece ser a socialização da criança. Ela refere que sempre achou que o filho era diferente das outras crianças. V. sempre teve dificuldade de fazer amigos, desde o jardim da infância, e a mãe relata que ele sempre permaneceu isolado do grupo.

“Ele fala como um adulto, sempre formal, é muito diferente.” Ela relata que o filho não tem amigos, só fala com adultos e tem dificuldade em iniciar e manter uma conversa. V. sempre preferiu conversar com adultos e diz que as crianças de sua idade são muito “infantis”. Muitas vezes seus diálogos abordam assuntos preferidos como *videogames* e é muito difícil convencê-lo a mudar de assunto, tornando-se uma criança “chata e repetitiva”, refere a mãe.

V. apresenta dificuldade para entender metáforas e ditados populares, não compreende regras sociais e dificilmente mantém contato visual com a pessoa com quem conversa.

Nega tratamentos anteriores, uso de medicamentos ou exames realizados.

Seu desempenho acadêmico está dentro da normalidade, segundo relatório escolar, entretanto há intenso prejuízo social com dificuldade de socialização da criança, que permanece sozinha durante o recreio escolar e refere aos professores que ninguém deseja ser seu amigo.

### História patológica progressa

Mãe refere acompanhamento pediátrico normal e história vacinal atualizada e nega patologias da infância, infecções, convulsões ou alergia a alimentos e medicamentos.

### História gestacional da mãe

Mãe refere que realizou acompanhamento pré-natal, apresentando gestação normal, sem intercorrências, parto a termo e período neonatal sem alterações.

Nega utilização de álcool, drogas ou medicamentos durante a gestação.

### História do desenvolvimento psicomotor

Engatinhou aos 8 meses de idade. Andou aos 15 meses de idade. Falou aos 15 meses de idade. Obteve controle dos esfíncteres aos 30 meses de idade.

### História familiar

Nega a existência de transtornos comportamentais na família.

### História social

V. é filho único e vive com pais em casa própria de alvenaria, com rede de água e esgoto encanados, no bairro de Olaria, Rio de Janeiro.

### Súmula psicopatológica

Aparência: bem vestido, roupas alinhadas  
Atitude: cooperativo  
Consciência: consciente  
Orientação: orientado auto e alopsi-quicamente  
Atenção: atento, vigeil e tenaz  
Senso percepção: normal  
Memória: preservada  
Linguagem: presença de peculiaridades na fala e maneirismos  
Pensamento: prolixidade  
Inteligência: normal  
Vontade: preservada  
Pragmatismo: preservado  
Psicomotricidade: inquieto  
Humor: eutímico  
Afeto: congruente com o humor  
Consciência da doença: sem consciência mórbida  
Consciência do Eu: consciente do Eu

### Exames complementares

Foram realizados hemograma completo e exame bioquímico sanguíneo, sem alterações nos resultados.

### Evolução médica

V. iniciou uso de cloridrato de sertralina com dosagem de 50 mg ao dia pela manhã. O paciente foi reavaliado quatro semanas após, sendo observada pequena diminuição dos sintomas obsessivos e compulsivos, além de significativa diminuição da ansiedade. A dosagem foi aumenta-

da para 75 mg ao dia em dosagem única pela manhã, sendo novamente avaliado após mais quatro semanas de uso da medicação. Nesse momento os sintomas obsessivos compulsivos haviam diminuído cerca de 50%, segundo relato da mãe e do próprio paciente. Novamente a dosagem foi ajustada para 100 mg ao dia pela manhã e, após 12 semanas de uso da medicação, V. apresentou diminuição acentuada dos sintomas obsessivos e compulsivos, segundo critérios diagnósticos do DSM-IV.

Durante o período não foram observados efeitos adversos do uso da medicação; a única queixa do paciente era com relação à necessidade de tomar os comprimidos diariamente.

Importante ressaltar que, a partir da oitava semana de tratamento medicamentoso, V. iniciou sessões de psicoterapia com orientação cognitiva-comportamental e ênfase no trabalho em habilidades sociais. Sua mãe passou a ser acompanhada em sessões psicoterápicas de orientação aos pais a cada duas semanas.

Após 16 semanas de tratamento farmacológico e psicoterápico, V. apresentou melhora acentuada nos sintomas obsessivos e compulsivos e melhoria em seus relacionamentos interpessoais com os membros da família e com colegas e professores na escola.

## DISCUSSÃO

Este é um relato de caso de uma comorbidade entre a síndrome de Asperger e o transtorno obsessivo-compulsivo. Podemos afirmar que essa associação tem sido amplamente descrita na literatura médica.<sup>2,4</sup>

O tratamento preconizado para o transtorno obsessivo-compulsivo em crianças e adolescentes baseia-se na farmacoterapia, associado à psicoterapia cognitiva comportamental.<sup>1,2,3,6,8,10,11,12,13</sup> No caso descrito, utilizou-se um antidepressivo inibidor seletivo da recaptção de serotonina, o cloridrato de sertralina. O medicamento apresentou eficácia em estudos clínicos controlados com pacientes pediátricos, além de maior

tolerabilidade, pelo perfil de poucos efeitos colaterais e segurança nesse grupo de pacientes.<sup>2,3,8,10</sup>

Apesar de a síndrome de Asperger ser classificada atualmente como um subtipo isolado dentro dos transtornos invasivos do desenvolvimento, diversos autores continuam a acreditar que os pacientes formam um grupo com características autísticas, entretanto com alto nível intelectual e de funcionalidade. Logo, deveriam ser agrupados e classificados como um transtorno autista de alto funcionamento ou um transtorno autista atípico. A exemplo dessa hipótese, Wing, em 1981 considerou que a síndrome de Asperger seria uma variação suave do autismo clássico em crianças inteligentes. O DSM-III e DSM-III-R seguiram esse conceito e não determinaram uma classificação isolada para a síndrome. Posteriormente, o DSM-IV, o DSM-IV-TR e a Classificação Internacional de Doenças, em sua 10ª edição, legitimaram a síndrome de Asperger como uma categoria nosológica.<sup>1,2,3,9,14,15,16</sup> Portanto, apesar de apresentar sintomatologia que a difere do transtorno autista clássico, maiores estudos devem ser conduzidos e realizados a fim de esclarecer em qual classificação deve estar presente a síndrome.

O tratamento atualmente preconizado para a síndrome de Asperger é baseado principalmente no trabalho em habilidades sociais, devido ao grande déficit de socialização apresentado por esses pacientes. Podem beneficiar-se também da iniciação aos esportes coletivos, que seriam capazes de auxiliar a criança tanto na adequação e interação social, quanto no desenvolvimento de habilidades motoras.<sup>2,4,10</sup>

O aconselhamento familiar e o treinamento vocacional durante a adolescência também devem ser realizados, além do tratamento das comorbidades psiquiátricas, quando presentes.

Endereço para correspondência

Gustavo Henrique Teixeira  
Rua Tavares de Macedo, 95 sala 1204  
Niterói - R.J.  
E-mail: gusteixeira@hotmail.com  
Website: www.comportamentoinfantil.com

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text revision. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
2. Wiener JM, Dulcan MK, editors. The American Psychiatric Publishing textbook of child and adolescent Psychiatry. 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2004.
3. Assunção FB, Kuczynski E. Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. São Paulo: Atheneu; 2003.
4. Barbirato F, Teixeira G. Síndrome de Asperger em criança de 11 anos com transtorno de Tourette e sintomas obsessivo-compulsivos. Arq Bras Psiquiatr Neurol Med Legal 2003;97:38-40.
5. Grunspun H. Crianças e adolescentes com transtornos psicológicos e do desenvolvimento. São Paulo: Atheneu; 1999.
6. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 1997.
7. Kolb B, Whishaw IQ. An introduction on brain and behavior. Worth Publishers; 2001.
8. Lewis M. Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
9. Organização Mundial de Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed. São Paulo: EDUSP; 1996.
10. Rutter M, Taylor E. Child and adolescent psychiatry. 4. ed. Blackwell Publishing; 2002.
11. Torres AR, Shavitt RG, Miguel EC. Medos, dúvidas e manias: orientações para pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo e seus familiares. Porto Alegre: Artmed; 2001.
12. Cordioli AV. Psicofármacos: consulta rápida. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
13. Stahl SM. Psicofarmacologia – Base neurocientífica e aplicações práticas. 2. ed. MEDSI; 2002.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3th ed. DSM-III. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1980.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3th ed. Revised. DSM-III-R. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1987.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. DSM-IV. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.