



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



**MARÍLIA CONSOLINI TEODORO**

**Conceituação, propostas de intervenção e contribuições das Terapias  
Cognitivas para o Transtorno do Espectro Autista de Alto Funcionamento:  
Revisão Integrativa da Literatura**

Uberlândia, 2018



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



**MARÍLIA CONSOLINI TEODORO**

**Conceituação, propostas de intervenção e contribuições das Terapias  
Cognitivas para o Transtorno do Espectro Autista de Alto Funcionamento:  
Revisão Integrativa da Literatura**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Prof<sup>o</sup>. Dr. Ederaldo José Lopes

Uberlândia, 2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

- 
- T314c  
2018
- Teodoro, Marília Consolini, 1992  
Conceituação, propostas de intervenção e contribuições das terapias cognitivas para o transtorno do espectro autista de alto funcionamento: revisão integrativa da literatura / Marília Consolini Teodoro. - 2018.  
124 p. : il.
- Orientador: Ederaldo José Lopes.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.  
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.752>  
Inclui bibliografia.
1. Psicologia - Teses. 2. Terapia cognitiva - Teses. 3. Transtorno do espectro autista - Teses. 4. Terapia do comportamento - Teses. I. Lopes, Ederaldo José. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



**MARÍLIA CONSOLINI TEODORO**

**Conceituação, propostas de intervenção e contribuições das Terapias Cognitivas  
para o Transtorno do Espectro Autista de Alto Funcionamento: Revisão  
Integrativa da Literatura**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador (a): Prof.º. Dr. Ederaldo José Lopes

Banca Examinadora

---

Prof.º Dr. Ederaldo José Lopes (Orientador)  
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Prof.<sup>a</sup> Renata Ferrarez Fernandes Lopes (Examinador)  
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Prof. Dr. Alexandre Vianna Montagnero (Examinador)  
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Prof. Dr. Joaquim Carlos Rossini (Examinador Suplente)  
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Uberlândia, 2018

## Agradecimentos

Toda honra e glória a Deus pela finalização desta etapa, por todas as graças recebidas e pelo amor infinito de todos os dias. À nossa Mãe Maria, agradeço pela proteção, intercessão e bênçãos.

As conquistas humanas só são possíveis com Deus e com aqueles que Ele coloca em nosso caminho para nos ajudar nesse constante caminhar e semear! Obrigada a cada um que fez a diferença em mais uma etapa acadêmica finalizada!

Ao professor Ederaldo José Lopes, pela orientação, conselhos, solicitude e por ter me acolhido como orientanda em uma fase tão delicada, permitindo a conclusão desta pesquisa.

Agradeço de forma especial à querida professora Renata Ferrarez Fernandes Lopes, minha orientadora do coração, a qual é um exemplo de psicóloga, professora, mãe e pessoa. Agradeço ainda por ter me apresentado, com seu jeito maravilhoso de ensinar, à Terapia do Esquema, abordagem que ganhou um espaço muito significativo no meu coração e preencheu-me como psicóloga.

Aos professores da Pós-graduação da UFU, Ederaldo Lopes, João Wachelke e Sinésio Gomide, que nos proporcionaram excelentes aulas neste processo. À Adriana, secretária do PGPSI, meus agradecimentos por ser sempre solícita e atenciosa.

A Christof Loose e sua equipe, pelo excelente trabalho que desenvolvem em Terapia do Esquema na Alemanha e pela autorização cedida para a realização de pesquisas acadêmicas com seus trabalhos.

Como parte essencial de todas as minhas conquistas, agradeço à família abençoada que tenho: Francisco, Marilza e Júlia. Obrigada pelo incentivo, reconhecimento e compreensão de sempre e por estarem ao meu lado em minhas escolhas, orando e torcendo por mim. Sou um pouquinho de cada um de vocês, com quem aprendi as coisas mais importantes dessa vida e por isso os levo no coração e no pensamento a cada passo que dou.

Ao meu namorado, Matheus, agradeço por ser um companheiro na vida acadêmica, mas principalmente por ser um companheiro no caminho de Deus. Obrigada por ter estado presente de forma tão verdadeira e amorosa em todas as etapas deste caminho que percorri, que incluem desafios pessoais e acadêmicos. Seu incentivo, disponibilidade, carinho e amor foram fundamentais para meu crescimento pessoal e profissional, como sempre.

Com muito carinho, agradeço às colegas do PGPSI: Fabíola, Sandra, Renata, Fabiana, Mayara e Ivana, companheiras nessa jornada e companhias divertidas e empáticas na nossa caminhada.

À minha psicóloga Carol, a quem encontrei no começo deste caminho, pelo profissionalismo, por contribuir para a superação de muitos desafios e por ter me ajudado a realizar ressignificações cognitivas tão necessárias para o meu amadurecimento.

Às amigas da Psico 06 da UFTM: Rafa, Luísa, Nath e Letícia, que permanecem presentes dando um toque especial às nossas andanças. À Jéssika e Laura que, mesmo longe, se fizeram muito presentes nos momentos de compartilharmos as angústias, ajudas, conquistas e peripécias dessas nossas vidas de Mestrandas. Agradeço por essa nossa linda amizade!

Carinhosamente, agradeço a duas pessoas que se tornaram amigas muito especiais: Luciana e Dayane, que foram anjos que Deus colocou no meu caminho, tornando essa etapa mais serena e com certeza mais feliz! Gratidão imensa por ter encontrado vocês nessas estradas da vida.

À CNPq, agradeço pelo apoio financeiro à minha pesquisa.

*O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada.  
Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.*

Cora Coralina

## Resumo

Esse estudo teve como objetivo apresentar duas revisões integrativas da literatura sobre Terapias Cognitivas e Transtorno do Espectro Autista de Alto Funcionamento (TEA-AF) e após isso, apresentar considerações e reflexões sobre os resultados de ambas. A primeira revisão foi de artigos publicados na língua portuguesa e inglesa dos últimos dez anos sobre Terapia Cognitivo Comportamental e TEA-AF. Foram realizadas buscas nas bases de dados BVS, PsychINFO e MedLine com os unitermos e combinações: “Cognitive Behavior Therapy” e “Autism Spectrum Disorder”; “Terapia Cognitivo Comportamental” e “Transtorno do Espectro Autista”. Foram selecionados 40 artigos. Os resultados mostraram que a maior parte dos artigos é do tipo Ensaio Clínico Controlado Randomizado, com intervenções em grupo, participação dos pais e com foco na ansiedade. Além disso, técnicas tradicionais da TCC foram mantidas na maior parte deles, porém com adaptações nas mesmas e em protocolos. As adaptações que mais apareceram foram o uso de estímulos visuais e de interesses pessoais do paciente. Os instrumentos mais usados para fechamento de diagnóstico foram ADOS e WISC-IV. Houve uma grande divergência nos instrumentos utilizados nas avaliações das intervenções. Os resultados sugerem que a TCC é viável no atendimento a TEA-AF, porém com adaptações. Além disso, sugerem a criação de instrumentos que avaliem a manifestação da ansiedade e outras comorbidades nessa população. A segunda revisão foi de trabalhos publicados na língua portuguesa, inglesa e alemã dos últimos dez anos sobre Terapia do Esquema e TEA-AF. Foram realizadas buscas nas bases de dados BVS, PsychINFO, MedLine, ZDB e WZB, com os unitermos e combinações: “Schema Therapy” e “Autism Spectrum Disorder”; “Terapia do Esquema” e “Transtorno do Espectro Autista”; e “Schematherapie” and “Autismus-Spektrum-Störungen”. Foram selecionados 3 trabalhos, sendo dois artigos e um capítulo de livro. Os resultados mostraram que possíveis EID’s relacionados ao TEA-AF são: Privação Emocional, Isolamento Social; Padrões Inflexíveis, Vulnerabilidade ao Dano e à doença, Autocontrole e autodisciplina insuficientes e Grandiosidade. No trabalho com crianças, há a necessidade de participação dos pais. As intervenções sugeridas são principalmente psicoeducação, técnicas experienciais e trabalho com Modos, com adaptações. Os resultados mostram que a TE apresenta um modelo teórico sobre o TEA-AF, com contribuições que podem ir além da intervenção para os sintomas apresentados. Em comum entre as duas abordagens, há a importância de participação dos pais e adaptações de técnicas. Como divergências, a TCC mostra-se uma terapia muito avançada no atendimento a esta população, com estudos empíricos efetivos, porém, sem nenhum trabalho teórico que relacione o transtorno a modelos teóricos da TCC. A Terapia do Esquema, por outro lado, tem poucos e inéditos trabalhos no tema, porém, apresenta contribuições que relacionam o transtorno à Teoria, o que pode contribuir para o avanço das pesquisas na área. Conclui-se que pessoas com TEA-AF podem ser beneficiadas no atendimento pela TCC e a Terapia do Esquema mostra-se como possível alternativa para o atendimento dessa população.

**Palavras chaves:** Transtorno do Espectro Autista; Terapia Cognitivo Comportamental; Terapia do Esquema.

## **Abstract**

This study aimed to present two integrative reviews of the literature on Cognitive Therapies and High Performance Autistic Spectrum Disorder (TEA-AF), and after that, present considerations and reflections on the results of both. The first review was published in Portuguese and English in the last ten years on Cognitive Behavioral Therapy and TEA-AF. We searched the BVS, PsychINFO and MedLine databases with the following combinations: "Cognitive Behavior Therapy" and "Autism Spectrum Disorder"; "Behavioral Cognitive Therapy" and "Autistic Spectrum Disorder". 40 articles were selected. The results showed that most of the articles are of the Randomized Controlled Clinical Trial type, with group interventions, parental involvement and anxiety focus. In addition, traditional CBT techniques were maintained in most of them, but with adaptations in them and in protocols. The adaptations that appeared the most were the use of visual stimuli and personal interests of the patient. The most used instruments for diagnostic closure were ADOS and WISC-IV. There was a great divergence in the instruments used in evaluating interventions. The results suggest that CBT is feasible for TEA-AF, but with adaptations. In addition, they suggest the creation of instruments that assess the manifestation of anxiety and other comorbidities in this population. The second review was published in the Portuguese, English and German language of the last ten years on Scheme Therapy and TEA-AF. We searched the VHL, PsychINFO, MedLine, ZDB and WZB databases with the following combinations: "Schema Therapy" and "Autism Spectrum Disorder"; "Scheme Therapy" and "Autism Spectrum Disorder"; and "Schematherapie" and "Autismus-Spektrum-Störungen". Three papers were selected, two articles and one book chapter. The results showed that possible EIDs related to ASD-AF are: Emotional Deprivation, Social Isolation; Inflexible Standards, Vulnerability to Damage and Disease, Insufficient self-control and self-discipline, and Grandiosity. In working with children, there is a need for parental involvement. The suggested interventions are mainly psychoeducation, experiential techniques and work with Modes, with adaptations. The results show that the TE presents a theoretical model on the TEA-AF, with contributions that can go beyond the intervention for the presented symptoms. In common between the two approaches, there is the importance of parental involvement and adaptations of techniques. As divergences, CBT shows a very advanced therapy in the care of this population, with effective empirical studies, however, without any theoretical work that relates the disorder to theoretical models of CBT. The Scheme Therapy, on the other hand, has few and unpublished works in the subject, however, it presents contributions that relate the disorder to the Theory, which can contribute to the advance of the researches in the area. It is concluded that people with ASF-AF can benefit from CBT care, and Scheme Therapy is a possible alternative for the care of this population.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorder; Cognitive behavioral therapy; Scheme Therapy.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Fase de seleção dos artigos (Revisão TCC).....	41
FIGURA 2: País de realização da pesquisa .....	45
FIGURA 3: Ano de publicação dos artigos.....	45
FIGURA 4: Tipo de Estudo.....	48
FIGURA 5: Tipo de Intervenção. ....	50
FIGURA 6: Comorbidades.....	57
FIGURA 7: Fase de seleção dos artigos (Revisão TE).....	89

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Critérios Diagnósticos no Transtorno do Espectro Autista de acordo com o DSM 5 .....	19
TABELA 2: Níveis de gravidade para o transtorno do espectro autista .....	21
TABELA 3: Estudos selecionados e suas características .....	42
TABELA 4: Descrição dos Objetivos dos estudos e dos Tipos de Estudo .....	46
TABELA 5: Especificações dos estudos empíricos e projetos de intervenção .....	48
TABELA 6: Técnicas cognitivo comportamentais utilizadas ou propostas.....	50
TABELA 7: Protocolos existentes utilizados nos estudos .....	51
TABELA 8: Artigos que usaram ou não adaptações em seus protocolos/ técnicas .....	52

TABELA 9: Principais adaptações de técnicas usadas, propostas ou discutidas .....	53
TABELA 10: Instrumentos utilizados para fechamento de diagnóstico de TEA-AF nos artigos de intervenção .....	54
TABELA 11: Instrumentos utilizados nas avaliações Pré (linha de base), Pós e/ou Follow Up, com as pessoas com TEA-AF e com pais, dos artigos de intervenção.....	54
TABELA 12: Principais resultados e/ou conclusões.....	57
TABELA 13: Limitações dos estudos. ....	59
TABELA 14: Estudos selecionados e suas características .....	90
TABELA 15: Descrição dos objetivos dos trabalhos e do Tipo de Estudo.....	91
TABELA 16: Especificações dos estudos empíricos .....	91
TABELA 17: Instrumentos utilizados.....	91
TABELA 18: Técnicas da TE utilizadas ou propostas.....	92
TABELA 19: Técnicas de TCC utilizadas em conjunto na intervenção .....	92
TABELA 20: EID's relacionados com o TEA-AF.....	93

## Sumário

<b>1 Introdução.....</b>	<b>14</b>
1.1 Histórico de Estudos.....	14
1.2 O Transtorno do Espectro Autista no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais e sua inclusão na 4ª e 5ª Edições.....	16
1.3 Curso do TEA .....	21
1.4 Evolução .....	23
1.5 Prevalência .....	23
1.6 Etiologias .....	24
1.7 Tratamento medicamentoso.....	25
1.8 Avaliação .....	26
1.9 O Transtorno do Espectro Autista de Alto Funcionamento .....	27
<b>CAPÍTULO 1: AS TERAPIAS COGNITIVAS .....</b>	<b>30</b>
1.1 O nascimento das Terapias Cognitivas.....	30
1.2 A TCC Clássica e o TEA de Alto Funcionamento .....	31
1.3 A Terapia do Esquema.....	33
1.4 A Terapia do Esquema no TEA-AF .....	35
<b>CAPÍTULO 2: Compreensão, contribuições, técnicas e aplicação da Terapia Cognitivo Comportamental para o TEA-AF: Revisão Integrativa da Literatura.....</b>	<b>37</b>
2.1 Objetivo .....	37
2.2 Objetivos Específicos.....	37
2.3 MÉTODO.....	37
Tipo de Estudo.....	37
Instrumentos .....	38
2.3.1 Procedimentos .....	39
Procedimento de coleta de dados.....	39
Critérios de inclusão e exclusão .....	40
Procedimento de análise de dados .....	40
Resultados .....	41
Discussão.....	62
Delineamento dos estudos.....	62
Tipo de Intervenção.....	65
Técnicas da TCC utilizadas .....	66
Adaptações.....	69
Protocolos utilizados .....	73

Comorbidades .....	79
Instrumentos .....	81
<b>CAPÍTULO 3: Compreensão, contribuições, técnicas e aplicação da Terapia do Esquema para o TEA-AF: Revisão Integrativa da Literatura .....</b>	<b>85</b>
3.1 Objetivo .....	85
3.2 Objetivos Específicos .....	85
3.3 MÉTODO .....	85
Tipo de Estudo .....	85
Estratégia PICO .....	86
Instrumentos .....	86
3.3.1 Procedimentos .....	86
Procedimento de coleta de dados.....	87
Critérios de inclusão e exclusão .....	88
Procedimento de análise de dados .....	88
Resultados .....	89
Breve descrição dos trabalhos selecionados.....	93
Discussão .....	97
Instrumentos utilizados.....	97
EID's relacionados ao TEA-AF .....	98
As intervenções da TE para o TEA-AF .....	103
<b>CAPÍTULO 4: Considerações Finais .....</b>	<b>109</b>
<b>Referências .....</b>	<b>113</b>

# 1 Introdução

## 1.1 Histórico de Estudos

Hoje nomeado Transtorno do Espectro Autista (TEA), o termo Autismo surgiu pela primeira vez no meio psiquiátrico com Plouller, em 1906, quando este estudava pacientes com esquizofrenia. Tal termo ganhou difusão quando foi cunhado por Eugene Bleuler, em correspondência com Freud. Aquele usou essa expressão pela primeira vez em 1911, definindo-a como um transtorno básico da esquizofrenia, com características como a perda de contato com a realidade devido às dificuldades nas relações interpessoais (Maciel & Filho, 2009; Teodoro, Casarini & Scorsolini-Comin, 2013). Atualmente, a esquizofrenia é um quadro psiquiátrico distinto, ao qual se deve fazer diagnóstico diferencial do TEA. De acordo com o DSM V (APA, 2014), a esquizofrenia com início na infância desenvolve-se após período de desenvolvimento normal ou quase normal e contém um quadro de prejuízos sociais, interesses e crenças atípicas, que fazem com que tal transtorno possa ser confundido com os déficits sociais no TEA. Porém, características definidoras da esquizofrenia, como alucinações e delírios, não são encontradas no TEA. Neste, porém, destaca-se a característica de interpretação literal, que deve ser levada em consideração no momento de diagnóstico diferencial, em questionamentos do tipo: “Você ouve vozes quando não há ninguém por perto?”. Perguntas nesse sentido podem ser interpretadas literalmente e respondidas afirmativamente por um indivíduo com Transtorno do Espectro Autista de Alto Funcionamento (TEA-AF), que pode interpretar o comportamento de escutar vozes como o comportamento de escutar um rádio ou televisão, por exemplo.

Em 1943, o psiquiatra austríaco Leo Kanner realizou uma pesquisa nos Estados Unidos na qual estudou crianças americanas que apresentavam dificuldade de

relacionamento, comportamentos repetitivos e desejo de manter a invariância do ambiente. Neste trabalho, o autor diferenciou o autismo de outras psicoses conhecidas da infância. Um ano depois, outro médico austríaco, Hans Asperger, na Áustria, sem conhecer a descrição de Kanner sobre o autismo, realizou um estudo no qual observou crianças e jovens com as mesmas características, com a tendência à rotina, linguagem mecânica e interesses fixos. Asperger deu o nome de psicopatía autística à condição por ele observada. Este estudo, publicado em alemão, ficou alheio ao meio médico até que em 1981 uma médica inglesa de nome Lorna Wing, mãe de uma criança autista, traduziu o trabalho para o inglês, provocando uma repercussão mundial (Adler, Minshawi, & Erickson, 2014; Gadia, Tuchman & Rotta, 2004; Maciel & Filho, 2009; Teodoro et al., 2013).

A partir de então, outros estudos publicados por Wing ganharam espaço no meio acadêmico, bem como sua expressão “*continuum* autístico de Wing”, a qual apresentava o autismo como um *continuum* que englobava muitas patologias diferentes. Entretanto, até 1980, o autismo não era considerado uma entidade separada da esquizofrenia. Em 1987, aparece na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (OMS, 1997), como um transtorno do desenvolvimento, e no DSM-III-R (APA, 1989) como um diagnóstico dos Transtornos Invasivos (ou Globais) do Desenvolvimento (Gadia et al., 2004; Marinho & Merkle, 2009; Teodoro et al., 2013). Esses critérios têm evoluído com o passar dos anos, e atualmente tem-se a definição de Transtorno do Espectro Autista na mais recente versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM V (APA, 2014).

## **1.2 O Transtorno do Espectro Autista no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais e sua inclusão na 4ª e 5ª Edições.**

No DSM-IV (APA, 2002), o Transtorno do Espectro Autista era denominado Transtorno Autista e fazia parte do grupo dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD). Este grupo envolvia, ao todo, cinco categorias diagnósticas relacionadas a distúrbios nas interações sociais recíprocas, padrões de comunicação estereotipados e estreitamento de interesses, manifestados antes dos cinco anos de idade. Dentro do grupo dos TGDs, encontravam-se o Transtorno Autista, o Transtorno de Asperger, o Transtorno de Rett, o Transtorno Desintegrativo da Infância e o Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.

No DSM-IV (APA, 2002), os critérios para o diagnóstico do Transtorno Autista se baseavam em três domínios: prejuízo qualitativo na interação social; prejuízo qualitativo na comunicação verbal e não-verbal, no brincar imaginativo; e comportamento e interesses restritivos e repetitivos, aparecendo antes dos três anos de idade.

A Síndrome de Asperger assemelhava-se com o Transtorno Autista no DSM -IV (APA, 2002), com critérios diagnósticos que incluíam prejuízo qualitativo na interação social e apresentação de padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades. Diferenciava-se, porém, em relação à área da linguagem, na qual não era necessário, para o diagnóstico, apresentar atraso geral clinicamente significativo, e em relação ao desenvolvimento cognitivo ou de algumas habilidades, também poderia não apresentar atrasos clinicamente significativos.

O transtorno de Rett ocorre principalmente em meninas, sendo que 95% das que preenchem os critérios diagnósticos, possuem uma alteração genética no gene *methylCpG-binding protein 2* (MECP2) do cromossomo X. As características diagnósticas incluem um

desenvolvimento normal no período desenvolvimental (de 6 a 18 meses), seguidos por desaceleração do crescimento craniano, perda de habilidades manuais, perda de envolvimento social, prejuízo na linguagem expressiva ou receptiva e aparecimento de marcha (APA, 2002; Pazeto, 2013).

No Transtorno Desintegrativo da Infância, de acordo com o DSM -IV (APA, 2002), a criança apresenta um desenvolvimento normal por no mínimo dois anos de vida, seguidos por uma perda significativa em pelo menos duas das seguintes áreas: linguagem expressiva ou receptiva; habilidades sociais ou comportamento adaptativo; controle esfinteriano; jogos; e ou habilidades motoras. Além disso, tem-se como critério diagnóstico a apresentação de prejuízo na interação social e/ou comunicação e de padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses e atividades.

Já o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outra Especificação (TID-SOE) era uma categoria diagnóstica de exclusão, sem regras específicas para que fosse aplicada. Para ser classificado como TID-SOE, deveriam ser preenchidos critérios no domínio social e mais um dos dois outros domínios de comunicação ou comportamento (APA, 2002; Mercadante, Van der Gaag, & Schwartzman, 2006).

Com as modificações advindas com o DSM V (APA, 2014), o Transtorno de Rett tornou-se uma entidade nosológica separada e houve uma fusão do Transtorno Autista, Transtorno de Asperger e do Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, que resultou em apenas um transtorno: o Transtorno do Espectro Autista (Duarte, Schwartzman, Matsumoto, & Brunoni, 2016). As mudanças ocorreram porque considerou-se que estes três transtornos apresentam sintomas em um mesmo *continuum*, variando em intensidade dos prejuízos na comunicação social recíproca (Critério A) e nos padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamentos, interesses ou atividades (Critério B). Tais sintomas devem estar presentes desde o início da infância e limitar ou

prejudicar o funcionamento diário do indivíduo (Critérios C e D). Assim, enquanto no DSM- IV os critérios incluíam prejuízos na área de interação social, comportamento e comunicação, neste novo manual, portanto, as avaliações priorizam o nível de gravidade dos sintomas, com ênfase em duas das áreas presentes no DSM- IV: desordens da interação – prejuízos na interação social e comunicação – e do comportamento – com presença de padrões repetitivos e restritos de comportamentos, interesses ou atividades. Essa mudança buscou melhorar a sensibilidade e a especificidade dos critérios no momento do diagnóstico e ainda auxiliar na identificação e nas propostas de intervenções para os prejuízos específicos (APA, 2014; Duarte et al., 2016).

Com a publicação do DSM-V (APA, 2014), entende-se que esta nova nomenclatura – Transtorno do Espectro Autista – atende a uma compreensão mais ampla dada ao transtorno, que o define como uma doença crônica que transita entre os quadros sintomatológicos. Neste sentido, pode-se compreender o TEA como uma síndrome neuropsiquiátrica caracterizada por déficit ou ausência de contato social, dificuldade para compreensão e uso da linguagem, comportamento repetitivo e estereotipado, repertório restrito de interesses e atividades e uma baixa tolerância à frustração, apresentando-se como TEA de nível 1, 2 ou 3. Assim, para o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista, de acordo com o DSM-V (APA, 2014), devem ser preenchidos os critérios descritos na Tabela 1.

Tabela 1

**Critérios Diagnósticos no Transtorno do Espectro Autista de acordo com o DSM-V**

<b>Critério</b>	<b>Descrição do critério</b>
<b>A</b>	<p><b>Deficiências persistentes na comunicação e interação social:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Limitação na reciprocidade social e emocional;</li> <li>2. Limitação nos comportamentos de comunicação não verbal utilizados para interação social;</li> <li>3. Limitação em iniciar, manter e entender relacionamentos, variando de dificuldades com adaptação de comportamento para se ajustar as diversas situações sociais.</li> </ol>
<b>B</b>	<p><b>Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestadas pelo menos por dois dos seguintes aspectos observados ou pela história clínica:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Movimentos repetitivos e estereotipados no uso de objetos ou fala;</li> <li>2. Insistência nas mesmas coisas, aderência inflexível às rotinas ou padrões ritualísticos de comportamentos verbais e não verbais;</li> <li>3. Interesses restritos que são anormais na intensidade e foco;</li> <li>4. Hiper ou hiporreativo a estímulos sensoriais do ambiente.</li> </ol>
<b>C</b>	<p><b>Os sintomas devem estar presentes nas primeiras etapas do desenvolvimento. Eles podem não estar totalmente manifestos até que a demanda social exceder suas capacidades ou podem ficar mascarado por algumas estratégias de aprendizado ao longo da vida.</b></p>
<b>D</b>	<p><b>Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento atual do paciente.</b></p>
<b>E</b>	<p><b>Esses distúrbios não são melhores explicados por deficiência cognitiva ou atraso global do desenvolvimento.</b></p>

*Nota.* Fonte: adaptado de DSM 5 (APA, 2014).

Em relação aos níveis de gravidade, o DSM-V (APA, 2014) classifica o TEA como Nível 1: “Exige Apoio”; Nível 2: “Exige Apoio Substancial”; e Nível 3: “Exige Apoio muito Substancial” (Tabela 2). Esses critérios de classificação da gravidade baseiam-se nos dois domínios do TEA, os quais são: deficiências de comunicação social e restrita (critério A) e padrões repetitivos de comportamento e interesses (Critério B). Com base nesses domínios, o Transtorno é classificado nos níveis de acordo com o preenchimento das dificuldades que são dispostas de forma gradual, com comportamentos e déficits de interação em menor prejuízo no Nível 1. Ainda, o diagnóstico por nível é seguido pelos especificadores "com ou sem deficiência intelectual concomitante", "com ou

sem prejuízo da linguagem concomitante" e "associado a uma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental" (Backes, Mônico, Bosa, & Bandeira, 2014).

Para o Critério A, classifica-se como Nível 1 casos com prejuízos notáveis na comunicação social, dificuldades ou interesse reduzido para iniciar interações e respostas atípicas a iniciativas de interação de outros, na ausência de algum apoio. No Nível 2, percebem-se déficits graves de habilidades de comunicação verbal e não verbal, prejuízos sociais notáveis, mesmo se houver apoio e limitação para iniciar interações, com respostas anormais ou reduzidas a interações iniciadas por outros. Já no Nível 3, os déficits presentes nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal são graves e associados a prejuízos graves de funcionamento; há grande limitação para iniciar interações e mínimas respostas a interações iniciadas por outros (APA, 2014) (Tabela 2).

Para o Critério B, Comportamentos Restritos e Repetitivos, classifica-se como Nível 1 a pessoa que apresenta inflexibilidade de comportamentos, com consequente prejuízo no seu funcionamento; problemas em organização e planejamento, que dificultam a independência e dificuldade em mudar de atividade. Para ser classificada no Nível 2, a pessoa apresenta também inflexibilidade do comportamento e dificuldade em lidar com mudanças, mas também podem apresentar comportamentos restritos ou repetitivos em uma frequência grande que interferem em diferentes contextos; apresentam ainda sofrimento e/ou dificuldade de mudança de focos ou ações. No Nível 3, a inflexibilidade de comportamentos permanece, associada com extrema dificuldade em lidar com mudanças e tendo os comportamentos restritos ou repetitivos interferindo em todos os contextos, além de um sofrimento e dificuldades maiores que no Nível 2 para mudança de focos ou ações (APA, 2014) (Tabela 2).

Tabela 2

**Níveis de gravidade para o transtorno do espectro autista**

Nível de gravidade	Comunicação social	Comportamentos restritos e repetitivos
Nível 1: “Exigindo apoio”	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.
Nível 2: “Exigindo apoio substancial”.	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos / repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
Nível 3: “Exigindo apoio muito substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.

*Nota.* Fonte: adaptado de DSM 5 (APA, 2014).

### 1.3 Curso do TEA

Os sintomas do TEA geralmente são reconhecidos entre 12 e 24 meses de idade.

Porém, se forem sintomas mais graves, podem ser observados antes dos 12 meses e após

os dois anos, se forem sintomas mais sutis. Estes primeiros sintomas observados que

aparecem na primeira infância incluem frequentemente atraso no desenvolvimento da linguagem, ausência de interesse social ou apresentação de interesse social incomum, padrões estranhos de brincadeiras e incomuns de comunicação. Mais especificamente, de acordo com Bosa e Zanon (2016), bebês de até um ano apresentam diminuição de: orientação para estímulos sociais, contato visual, número de respostas ao ser chamado por alguém, busca por contato físico, sorriso social e quantidade e variedade de gestos declarativos, como o gesto de apontar para algo. Podem ainda, nesta faixa etária, apresentar condutas repetitivas. A habilidade sociocomunicativa começa a surgir no bebê por volta dos 9 meses e é marcada pela atenção compartilhada, que ocorre através do olhar, atividades gestuais e expressões emocionais no compartilhamento das descobertas sobre o mundo. O comprometimento ou atraso nestas habilidades são sinais precocemente observados em crianças com TEA (APA, 2014; Zanon, Backes, & Bosa, 2014).

A partir do segundo ano de vida, sintomas como comportamentos estranhos e repetitivos e ausência de brincadeiras típicas à idade tornam-se comuns. Porém, considerando que crianças em idade pré-escolar possuem um desenvolvimento normal, preferências e comportamentos repetitivos, a distinção clínica será feita a partir de análise do tipo, frequência e intensidade do comportamento em questão. Os sintomas já presentes no primeiro ano tendem a se intensificar e além deles, os bebês tendem a apresentar redução em alguns aspectos, quais sejam: iniciativa e resposta de atenção compartilhada, busca por assistência, interesse pelos pares, expressão de emoções, jogos convencionais, sociais e simbólicos, imitação, brincadeira funcional, vocalizações e verbalizações. Além dessa redução, os bebês no segundo ano também apresentam maior atenção a estímulos não sociais – o olhar é mais focado em objetos do que em pessoas – maior uso e repetição de uso de objetos, comportamentos sensoriais e vocalizações atípicos (APA, 2014; Bosa & Zanon, 2016).

Segundo a APA (2014), a maioria dos indivíduos com TEA melhora na adolescência, enquanto uma proporção pequena apresenta uma deterioração comportamental neste período. Porém, os jovens com TEA, na adolescência, podem sofrer com vários distúrbios de ansiedade diferentes, sendo mais comuns as fobias específicas, o transtorno de ansiedade social, o transtorno de ansiedade generalizada e o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) (Lecavalier, 2014).

Adultos com TEA muitas vezes apresentam características associadas, incluindo deficiência intelectual, epilepsia, distúrbios do sono, distúrbios gastrointestinais e distúrbios comportamentais. Além disso, é comum sofrerem com comorbidades psiquiátricas, incluindo transtornos de ansiedade, transtorno depressivo maior, transtorno bipolar e transtorno obsessivo-compulsivo (APA, 2014; Taylor, 2016).

## **1.4 Evolução**

A evolução do TEA é muito variável e a partir da presença ou não de tratamento precoce e dependendo do nível, alguns indivíduos podem apresentar pouco ou nenhum progresso enquanto outros podem mostrar uma evolução. O quociente de inteligência (QI) normal e a presença de linguagem são fatores que podem indicar maiores possibilidades de evolução em algumas áreas da vida, mas estão vulneráveis ao desenvolvimento de ansiedade e depressão (APA, 2013; Brito & Vasconcelos, 2016).

## **1.5 Prevalência**

Diagnosticam-se quatro vezes mais indivíduos do sexo masculino com TEA do que do sexo feminino. Em relação à prevalência, notam-se taxas significativamente mais altas nos últimos 40 anos, alcançando uma frequência de 1% da população nos EUA e em outros países, para adultos e crianças, enquanto em 1966, a prevalência era estimada em 4 casos por 10.000. Há diversas hipóteses para explicar este aumento, quais sejam: aumento real

de casos, expansão de critérios diagnósticos nos manuais recentes, maior conscientização sobre o transtorno e diferentes metodologias de estudos (APA, 2014; Backes et al., 2014; Murphy et al., 2016).

De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), há 70 milhões de pessoas com autismo no mundo. No Brasil, a OMS estima que sejam 2 milhões de pessoas possuindo algum grau do transtorno. De acordo com o estudo piloto de Paula, Ribeiro, Fombonne e Mercadante (2011), que realizaram um estudo transversal com uma população de mais de 10.000 crianças entre 7 e 12 anos de idade em Atibaia (São Paulo), foi encontrada uma frequência de 27.2/10.000, ou aproximadamente 0,3%. É um estudo que possui limitações e que apresenta uma frequência entre as mais baixas encontradas na literatura.

## **1.6 Etiologias**

Ainda hoje não há uma causa definida do TEA, e diversas teorias já foram propostas, incluindo fatores genéticos, imunológicos e ambientais. Na década de 1960, as teorias psicodinâmicas foram influentes e afirmavam que o autismo teria como causa uma parentalidade sem qualidade, com mães “frias” na criação de seus filhos, além de uma privação social. Esta teoria já foi refutada, bem como a hipótese, surgida em 1998, de que o Autismo seria causado pela vacina Tríplice Viral ou pelo conservante contendo mercúrio Timerosal, usado em muitas vacinas na época (Brito & Vasconcelos, 2016; Murphy et al., 2016).

As evidências crescentes de relação entre genética e autismo levaram à conclusão de que uma característica determinante do TEA é a heterogeneidade (Murphy et al., 2016). De acordo com a APA (2014) e com pesquisas recentes (Brandler et al, 2016; Robinson et al., 2014), variações genéticas herdadas podem ser fator de risco, mas os casos mais severos parecem ser resultado de mutações que são encontradas nos genes da criança, mas não nos

de seus pais. Este tipo de mutação é chamado de “*de novo*” e até 15% dos casos de TEA podem estar associados a esse fenômeno. Essas mutações surgem espontaneamente no indivíduo, e acontecem devido a mutações no óvulo da mãe ou no espermatozoide do pai. Isto explica que as mutações *de novo* contribuem para o risco de se ter TEA particularmente em casos onde não há história familiar. A questão é que tem sido encontrada uma variedade muito grande de mutações espontâneas.

Além disso, alguns fatores ambientais são considerados de risco, quais sejam: complicações no pré-natal, exposição a vírus, complicações no nascimento e aumento da idade paterna (Murphy et al., 2016).

## **1.7 Tratamento medicamentoso**

É comum que haja, juntamente com intervenções psicológicas, intervenções medicamentosas nos casos de TEA. Estas atuam em sintomas específicos, como os estabilizadores de humor, anticonvulsantes, antipsicóticos e antidepressivos, considerando que ainda não há nenhuma medicação ou tratamento que levem à cura do TEA. Assim, os fármacos não tratam o transtorno em si, mas atuam no controle de seus sintomas (Brito & Vasconcelos, 2016). De acordo com Leite, Meirelles e Milhomem (2015), frequentemente também são usados Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) – que inibindo a recaptação da serotonina podem reduzir o comportamento repetitivo e melhorar o humor em indivíduos com TEA – e Antidepressivos e Antipsicóticos Atípicos (AAPs), que auxiliam no controle das desordens comportamentais. Um fármaco bastante utilizado é o antipsicótico Risperidona, que atua na melhoria de sintomas de comportamentos restritivos, repetitivos e estereotipados, bem como na agressividade e na irritabilidade (Leite et al., 2015; Taylor, 2016).

## 1.8 Avaliação

Devido ao fato de o TEA não possuir uma etiologia estabelecida, o diagnóstico ocorre a partir de avaliações qualitativas de padrões comportamentais, que são influenciadas de forma significativa pela complexidade, diferentes gravidades e possíveis comorbidades do transtorno (Backes et al., 2014; Bosa, Zanon, & Backes, 2016).

De acordo com Duarte et al. (2016), o melhor método para diagnóstico é a observação direta e o instrumento mais indicado para rastreamento de sinais precoces e para uso clínico é a escala Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) (Backes et al., 2014). Tal escala tem o objetivo de identificar indícios do TEA em crianças com idade entre 18 e 24 meses. É um instrumento auto-aplicável, para pais ou cuidadores, de alta sensibilidade e especificidade, com tradução para o português realizada por Losapio e Pondé (2008) e adaptação brasileira com índices de validade em uma amostra da população brasileira realizada por Castro-Souza (2011).

Para crianças com mais de dois anos, existe a Childhood Autism Rating Scale (CARS), que avalia a intensidade de sintomas e faz diferenciação de crianças sem TEA, mas com atraso no desenvolvimento. Este instrumento foi traduzido e validado para uso no Brasil (Pereira, Riesgo & Wagner, 2008). Mais recentemente, ainda, dois instrumentos para definição do diagnóstico surgiram e são destaque no contexto de pesquisas científicas: The Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) e The Autism Diagnostic Observation Schedule-General (ADOS-G). O ADI-R é uma entrevista semi-estruturada com fins diagnósticos, aplicada aos pais ou cuidadores de crianças com suspeita de TEA, que foca três áreas: qualidades da interação social recíproca, comunicação e linguagem, e comportamentos restritos, repetitivos e estereotipados. A entrevista é composta de 93 itens divididos em 6 seções e envolvem perguntas sobre os primeiros 5 anos de vida e sobre os

12 últimos meses (Becker, 2009), tendo sido traduzida e validada para o Brasil por Becker (2009).

Já o ADOS-G é uma avaliação semi-estruturada da interação social, da comunicação, do brincar e do uso imaginativo de materiais para crianças com suspeita de TEA. É realizado em 4 sessões de 30 minutos, nas quais são criadas situações determinadas que provoquem comportamentos espontâneos em contextos comuns, com o objetivo de serem observados comportamentos sociais e comunicativos relevantes que contribuam no diagnóstico (Marques & Bosa, 2015).

Outro instrumento também utilizado na avaliação do TEA é o Perfil Psicoeducacional Revisado (PEP-R), validado para o Brasil por Leon, Bosa, Hugo e Hutz (2004). Tal instrumento mede a idade de desenvolvimento em crianças com TEA ou transtornos da comunicação, para identificar padrões de aprendizagem irregulares através de tarefas realizadas e comportamentos observados. Tem o objetivo de elaboração do planejamento psicoeducacional, é utilizado em crianças de 1 a 12 anos de idade e composto por duas escalas: escala de desenvolvimento (avalia coordenação motora ampla, fina, visuo-motora, performance cognitiva, cognição verbal, percepção e imitação) e escala de comportamento (avalia áreas de realacionamento, afeto, brincar e interesse por materiais, respostas sensoriais e linguagem) (Leon et al., 2004).

Entende-se, porém, que os diagnósticos são mais completos e válidos quando incluem, além dos instrumentos, observações do clínico, história do cuidador e autorelato, quando possível (APA, 2014).

## **1.9 O Transtorno do Espectro Autista de Alto Funcionamento**

O funcionamento intelectual é um dos fatores importantes no fechamento de diagnóstico de TEA-AF. Além de ser utilizado para monitoramento de progresso e desempenho nessa população, é também usado para fins de diagnóstico diferencial. Nesse

sentido, medidas de avaliação de capacidade intelectual são utilizadas com frequência, já que um determinado QI pode ser fator determinante no fechamento de um diagnóstico (Oliveras-Rentas, Kenworthy, Roberson, Martin, & Wallace, 2012).

De acordo com a APA (2014), indivíduos com TEA que conseguem trabalhar e viver de forma independente na fase adulta são uma minoria, compondo o grupo conhecido como TEA de Alto Funcionamento (TEA-AF). Indivíduos com TEA-AF tendem a ter linguagens e capacidades intelectuais superiores, facilitando a independência ou parte dela. Porém, mesmo com prejuízos menores, podem continuar propensos à ansiedade e depressão, com dificuldades para organizar demandas práticas e ser socialmente vulneráveis e ingênuos. Neste sentido, muitos adultos com TEA-AF relatam fazer uso de estratégias compensatórias e mecanismos de enfrentamento que os ajudam a lidar com essas dificuldades sociais e deixá-las menos perceptíveis para o público. Porém, isto acontece muitas vezes associado a sintomas psicológicos que também merecem atenção. Por mais que tenham QI normal ou até elevado e consigam um bom desempenho acadêmico, ao enfrentarem o dia-a-dia podem sofrer com ansiedade e sintomas depressivos ao lidar com situações que exigem habilidades sociais (APA, 2014; Brito & Vasconcelos, 2016).

Neste sentido, a Terapia Cognitiva mostra-se muito útil para trabalhar com esses casos e promover uma melhor qualidade de vida a estes pacientes. Alguns estudos apresentam evidências de eficácia do uso da Terapia Cognitivo Comportamental em crianças e jovens com TEA-AF (Farrell, James, Maddox, Griffiths, & White, 2016; Loades, 2015; McGillivray & Evert, 2014) e na Terapia do Esquema há pesquisas recentes que iniciaram trabalhos com o transtorno nesta abordagem.

Portanto, o objetivo geral deste trabalho foi realizar duas revisões integrativas da literatura, uma sobre TCC Clássica e TEA-AF e uma sobre TE e TEA-AF, para, a partir

dos dados obtidos, tecer relações entre as duas propostas cognitivas no que tange às suas semelhanças, diferenças e contribuições na área do TEA-AF. Assim, para atender ao objetivo, serão apresentados 4 capítulos. O primeiro capítulo fará uma introdução sobre as Terapias Cognitivas e uma breve relação sobre o que há na literatura sobre duas abordagens cognitivas – TCC Clássica e TE – na área do TEA-AF. O segundo capítulo compreenderá a Revisão 1, sobre TCC Clássica e TEA-AF. O terceiro capítulo compreenderá a Revisão 2, sobre TE e TEA-AF. O capítulo 4, então, apresentará as Considerações Finais, com as relações estabelecidas entre os resultados e discussões das duas revisões.

# CAPÍTULO 1: AS TERAPIAS COGNITIVAS

## 1.1 O nascimento das Terapias Cognitivas

O surgimento das terapias cognitivas tem seu marco no fim dos anos 60 e tem relação com movimentações distintas, entre elas, de insatisfação com modelos que não reconheciam o papel da cognição no comportamento, que representa os modelos estritamente comportamentais. Nomes como Albert Bandura e Michael Mahoney estiveram presentes nesse processo, com estudos que mostraram a importância dos processos cognitivos e sua sustentação científica. O questionamento e rejeição aos modelos psicodinâmicos tradicionais também foram importantes nesta fase de início das terapias cognitivas, na qual Aaron Beck – fundador da Terapia Cognitiva – e Albert Ellis, começaram a se mostrar insatisfeitos com resultados de trabalhos com a psicanálise. A atenção então foi se voltando para os aspectos cognitivos do comportamento humano, o que deu início ao uso do termo terapia cognitivo-comportamental, que engloba diversas linhas de atuação, com princípios comuns, mas diferenças de procedimento (Rangé, Falcone & Sardinha, 2007).

O modelo teórico da Teoria Cognitiva Clássica de Aaron de Beck foi desenvolvido e aperfeiçoado com a contribuição de várias escolas da Psicologia. Beck apresenta o conceito, a partir de pesquisas sistemáticas e observações clínicas, de que transtornos como a depressão podem ser entendidos como interpretações tendenciosas de situações, decorrentes de crenças distorcidas sobre si mesmo, o mundo e o futuro, formadas em parte por experiências anteriores. Ou seja, a maneira como pensamos influencia o que sentimos e o que fazemos – tríade cognitiva. Além disso, a teoria apresenta os conceitos de

Pensamentos Automáticos, Crenças Intermediárias e Crenças Centrais, que serão o alvo do trabalho clínico, na busca de relativizar cognições distorcidas dos pacientes. A TCC ainda se apresenta como uma abordagem estruturada, de tempo limitado, diretiva e ativa, que trabalha a psicoeducação com o paciente e diversas técnicas cognitivas e comportamentais, que variam em relação à forma de acordo com a faixa etária do paciente (Ghisioa, Lüdtke & Seixas, 2016; Knapp & Beck, 2008).

De acordo com Lopes, Bizinoto, Rodrigues e Neufeld (2014), a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) para crianças e adolescentes apresenta os mesmos princípios básicos da TCC com adultos, porém, são necessárias adaptações técnicas que atendam as especificidades desta fase do desenvolvimento. Neste sentido, a TCC com crianças também busca promover cognições adaptadas – importantes porque evitam a manutenção de crenças desadaptativas com possíveis predisposições ao desenvolvimento de doenças mentais – que se relacionam com mudanças duradouras em seus comportamentos e emoções.

## **1.2 A TCC Clássica e o TEA de Alto Funcionamento**

A TCC é uma abordagem que tem se apresentado eficaz para o tratamento de muitos transtornos que surgem na infância, e não é diferente com o TEA (Farrell et al., 2016; Loades, 2015; McGillivray & Evert, 2014). Porém, os mais recentes trabalhos que envolvem TCC e TEA apresentam intervenções, propostas ou descrições de estudos apenas com crianças, adolescentes ou adultos com TEA-AF. Entende-se que a TCC no atendimento ao TEA, mesmo adaptada ao atendimento de crianças, necessita que os pacientes apresentem um nível cognitivo suficiente para que o trabalho com as técnicas cognitivas seja efetivo. No caso de indivíduos com TEA de nível moderado a severo, este

nível cognitivo pode estar prejudicado. De acordo com a APA (2014), 70% das crianças com TEA apresentam deficiência intelectual com algum grau de comprometimento. Nesse sentido, conclui-se que capacidade cognitiva de pacientes com TEA varia muito e por isso torna-se necessária sua avaliação, a fim de determinar se a TCC é adequada para o tratamento e, se for, para desenvolver as adequações necessárias. Por isso, é mais comum que a TCC seja viável com pacientes de alto funcionamento, sem grandes comprometimentos cognitivos. Outro ponto em comum nos recentes trabalhos é o desafio em torno do diagnóstico, já que muitas vezes o TEA apresenta comorbidades com outros transtornos, que também precisam ser trabalhados.

Assim, além da avaliação das habilidades cognitivas gerais, devem ser avaliadas as habilidades verbais da criança – necessária no estabelecimento de relações terapêuticas e na expressão de pensamentos e sentimentos na TCC – e também sua capacidade de reconhecimento de emoções, autorreflexão e raciocínio causal. Essas avaliações permitem definir se a TCC é adequada ao tratamento, identificar pontos que precisam ser trabalhados com a criança e realizar as adaptações – particulares a cada criança – necessárias no plano de intervenção (Rotheram-Fuller & Hodas, 2015).

Diversos pesquisadores da TCC propuseram, recentemente, refinamentos e adaptações em seus protocolos de atendimento do TEA-AF, elevando a eficácia das intervenções terapêuticas (Farrell et al., 2016; Johnco e Storch, 2015; Lecavalier, Kaat, & Stratis, 2014; Loades, 2015; McGillivray & Evert, 2014). No entanto, tais protocolos ainda não foram concluídos, pois remanescem aspectos que podem ser melhorados. Neste sentido, as revisões sistemáticas são importantes, já que, de acordo com Atallah e Castro (1997) “permitem ao pesquisador, de uma maneira efetiva, distinguir um tratamento eficiente daquele que não o é, resolver controvérsias em tratamentos, e determinar terapêuticas que devem ser implementadas” (pp. 13).

### 1.3 A Terapia do Esquema

A recente Terapia do Esquema foi fundada pelo psicólogo cognitivo Jeffrey Young, na década de 90, com o objetivo de atender principalmente pacientes com transtornos de personalidade, os quais pareciam não ser tão beneficiados pela TCC quanto pacientes com outros transtornos. A TCC Clássica de Aaron Beck trabalha efetivamente quando os pacientes apresentam as características de motivação com a redução dos sintomas e com a formação de habilidades de resolução de problemas. Os pacientes com transtornos de personalidade e caracterológicos, muitas vezes são egossintônicos, ou seja, têm muita dificuldade de reconhecer que suas crenças são disfuncionais, o que dificulta o trabalho terapêutico. Além disso, apresentam dificuldades de estabelecimento de aliança terapêutica, aderência e motivação p/ o tratamento, além de indisposição ao tratamento e tarefas, relutância para aprender estratégias e evitação cognitiva e afetiva – o que dificulta contato com cognições e emoções e consequente trabalho com técnicas cognitivas. Nesse sentido, a TE surge com a proposta de ampliar a TCC padrão de Beck ao dar maior ênfase à investigação das origens infantis e adolescentes dos problemas psicológicos, aliando a isso contribuições da Teoria do Apego, da Psicanálise e da Gestalt. Dessa maneira, a Terapia do Esquema pode ser considerada uma Terapia Integrativa, mas fundamentalmente cognitiva, a qual une elementos cognitivos das TCC'S, concepções e técnicas comportamentais e das terapias de nível emocional, na busca de preencher a lacuna da TCC com esses pacientes (Callegaro, 2005; Ghisioa, Lüdtke, & Seixas, 2016; Wainer, 2016).

Wainer (2016) explica a Terapia do Esquema (TE) como a união da Terapia Cognitiva tradicional com as contribuições sobre o modo como a personalidade é estruturada e a perpetuação de suas características. Essa estruturação da personalidade é relacionada com as bases genéticas que herdamos, as quais são as responsáveis pela definição do temperamento e das tendências comportamentais, afetivas, cognitivas e motivacionais. Tais tendências, porém, também sofrem o efeito do ambiente e das aprendizagens ocorridas ao longo da vida. O temperamento é um fator de vital importância

na identidade pessoal, sendo o determinante biológico da personalidade. Por esse motivo, não podem ser eliminadas, aumentadas exacerbadamente ou totalmente modificadas por influências ambientais. É o temperamento, ainda, o fator que determina a quantidade ideal de necessidades básicas requeridas em cada “Domínio Esquemático<sup>1</sup>”.

Sabe-se que as experiências infantis têm total influência na definição dos Esquemas Iniciais<sup>2</sup>. As experiências infantis continuadas – que ocorrem na interação com familiares e pessoas próximas e que podem ser positivas ou traumáticas – juntamente com a influência exercida pelos estilos parentais dos cuidadores, fazem parte da organização que origina os Esquemas Iniciais (EID’s) (adaptativos ou desadaptativos) (Wainer, 2016).

Protocolos de atendimento clínico a crianças e adolescentes na TE, por serem recentes e em sua maioria publicados em língua alemã, são ainda pouco utilizados entre os psicólogos cognitivos no Brasil (Lopes et al., 2014). Algumas ideias inovadoras sobre a TE para crianças e adolescentes têm sido desenvolvidas e defendidas pelo grupo de pesquisadores da escola alemã de TE, que entende que os Modos de Enfrentamento são representações mentais tóxicas atuantes já na infância. Destaca-se ainda a importância de intervenções na fase infantil, por ser nela que os EID’s se constituem (Lopes, 2012).

No contexto da TE para crianças e adolescentes, a escola alemã para intervenção em TE Infantil é composta por pesquisadores que procuram fornecer uma adaptação dos conceitos e técnicas da TE de Jeffrey Young para aplicação no atendimento terapêutico. Algo comum em todos os trabalhos da escola alemã de TE é a visão de necessidade da colaboração dos pais durante o tratamento. Ainda, tal escola tem no centro do seu protocolo

---

<sup>1</sup> Intervalos temporais que incluem períodos críticos específicos ao longo da infância até a adolescência nos quais as crianças desenvolvem esquemas mentais básicos saudáveis – esquemas iniciais – se as demandas psicológicas de cada período são supridas pelos cuidadores e/ou ambiente (Wainer, 2016).

<sup>2</sup> Conjunto de crenças sobre diversos temas do desenvolvimento emocional formados da infância à adolescência e gerados pela interação entre o temperamento, as experiências sistemáticas com cuidadores e o atendimento ou não das necessidades emocionais básicas. Essas crenças estabelecerão os padrões emocionais, comportamentais e cognitivos da vida do sujeito (Wainer, 2016).

o conceito de coaching de esquemas e esquemas desadaptativos dos pais. Quando os últimos compartilham o mesmo esquema dos filhos, fica mais delicado lidar com os conflitos durante a terapia. Neste sentido, faz parte dos objetivos da TE ensinar os pais a reconhecerem as necessidades emocionais do filho e a realizarem intervenções relacionadas aos comportamentos desadaptativos dos EID's em desenvolvimento (Lopes, 2015). De acordo com a escola alemã de TE, esta busca afetar de forma positiva o relacionamento interpessoal, e no caso de crianças, melhorar a qualidade das relações entre as mesmas e seus pais ou cuidadores (Lopes et al., 2014).

Considera-se que durante a infância há mais mudanças de comportamento do que na fase adulta, pois a criança busca encontrar maneiras para lidar com a necessidade emocional não satisfeita, e por isso suas representações mentais também não são tão estáveis. Neste sentido, no atendimento às crianças é melhor trabalhar seus Modos Esquemáticos<sup>3</sup> do que seus Esquemas (Lopes, 2012), considerando que o conceito e a noção de esquema são muito abstratos para a criança e que os Modos procuram lidar com as possíveis frustrações de necessidades fundamentais (Lopes et al., 2014).

#### **1.4 A Terapia do Esquema no TEA-AF**

Considerando a evolução recente da TE para crianças, o Transtorno do Espectro Autista mostra-se como uma área ainda mais recente trabalhada por pesquisadores da área, com foco inicial na conceitualização teórica do transtorno e na Orientação de Pais, que já é muito comum no tratamento de outros transtornos pela TE.

Até o momento, não foram encontrados estudos empíricos sobre intervenção da TE em pacientes com TEA-AF, mas sim trabalhos teóricos que apresentam o protocolo

---

<sup>3</sup> Estado predominante em que se encontra o indivíduo em determinado momento e que agrupa um certo número de EID's e de Processos Esquemáticos (Manutenção, Evitação ou Hipercompensação) (Wainer, 2016; Young, Klosko & Weishaar, 2010).

alemão de TE para o TEA-AF e empíricos descritivos, sobre caracterização de EID's apresentados por pessoas com TEA-AF. Hipotetiza-se que, assim como outras pessoas, indivíduos com TEA-AF possuem necessidades básicas e psicológicas, e por isso, podem desenvolver estratégias de enfrentamento, nem sempre adaptativas. Coloca-se aqui então, a possibilidade de atendimento de TEA-AF na TE, que pode detectar e adaptar estratégias de enfrentamento da pessoa com TEA-AF – bem como trabalhar seus esquemas iniciais desadaptativos.

## **CAPÍTULO 2: Compreensão, contribuições, técnicas e aplicação da Terapia Cognitivo Comportamental para o TEA-AF: Revisão Integrativa da Literatura**

### **2.1 Objetivo**

Este capítulo teve como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura de propostas de compreensão e intervenção da TCC Clássica para o TEA-AF.

### **2.2 Objetivos Específicos**

I. Compreender o modelo conceitual, as técnicas e a aplicação clínica da TCC Clássica a crianças, adolescentes e adultos com Transtorno do Espectro Autista de Alto Funcionamento.

II. Realizar estatística descritiva sobre as intervenções de TCC Clássica para o TEA-AF.

### **2.3 MÉTODO**

#### **Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, de caráter exploratório.

A Revisão Integrativa é um dos métodos incorporados pela Revisão Bibliográfica Sistemática para o processo de revisão da literatura (Meta-Análise, Revisão Sistemática, Revisão Qualitativa e Revisão Integrativa). Assim, de acordo com Mendes, Silveira e

Galvão (2008), a revisão integrativa é um método de pesquisa que, a partir da síntese de conhecimento e da análise de pesquisas relevantes de um determinado tema, oferecem conclusões gerais sobre o tema, suporte para melhorias na prática clínica e apontam lacunas que precisam ser preenchidas por novos estudos. Botelho et al. (2011) ressaltam que a Revisão Integrativa viabiliza a capacidade de sistematização do conhecimento científico e a criação de um panorama sobre a produção científica já existente sobre o tema, que permite conhecer sua evolução ao longo do tempo e apontar possíveis oportunidades de pesquisa.

### **Estratégia PICO**

A questão norteadora desta revisão foi construída com base na estratégia PICO, amplamente empregada nos estudos de revisão integrativa. O acrônimo para “Paciente”, “Intervenção”, “Comparação” e “Outcome-Desfecho” possibilita que a revisão atinja, de fato, o seu objetivo. A fim de buscar atendê-lo, a pergunta norteadora delineada na presente revisão foi: O que há na literatura recente sobre o modelo conceitual, as técnicas e a aplicação (O) da Terapia Cognitivo Comportamental (I) em pessoas com Transtorno do Espectro Autista de Alto Funcionamento (P).

Devido ao objetivo não envolver nenhum tipo de comparação entre grupos, a estratégia PICO foi utilizada sem a letra C (comparação).

### **Instrumentos**

Como instrumento, foi utilizada uma Planilha de Análise sobre as publicações sobre TCC para o TEA-AF. Estas contabilizaram e reuniram os dados gerais e metodológicos dos estudos selecionados para as revisões, sendo preenchidos durante a realização das revisões integrativas da literatura.

## 2.3.1 Procedimentos

### Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi dividida em 3 fases.

**Fase 1:** Na primeira fase, foi realizada uma busca de materiais através das bases de dados BVS saúde, MEDLINE e PsychINFO.

Os unitermos foram consultados previamente na Terminologia Psi-Alfabética da BVS-Psi e para a revisão de TCC e TEA-AF foram utilizados os seguintes termos e combinações: “Cognitive Behavior Therapy and autism spectrum disorder”; e “Terapia Cognitivo Comportamental e Transtorno do Espectro Autista”.

**Fase 2:** Todos os materiais encontrados foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão. Posteriormente, foi feita uma seleção de trabalhos a partir da leitura de títulos e resumos. Os que se encaixaram nos critérios, foram recuperados e lidos na íntegra.

**Fase 3:** Esta fase integrou a revisão crítica dos instrumentos: todos os materiais foram avaliados a partir dos seguintes critérios presentes nas planilhas de análise:

a) Características do Artigo: título, autores, ano de publicação, nome da revista ou livro, volume da revista, número da revista, número de páginas, idioma do trabalho, local de realização da pesquisa.

b) Características do conteúdo do artigo: Objetivo, Delineamento, Amostra, Participantes, Idade dos participantes, Técnicas de TCC descritas ou utilizadas, Presença ou não de adaptações nas técnicas, tipo de adaptações presentes, uso ou não de protocolo, instrumentos utilizados para fechamento de diagnóstico do TEA, instrumentos utilizados para avaliação pré, pós tratamento e follow up, presença ou não de intervenção com os pais, instrumentos utilizados com os pais, resultados, conclusão, comorbidades presentes, sugestões do trabalho, limitações.

## **CrITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Foram incluídos apenas artigos com data de publicação entre 2007 e 2017, escritos em Língua Portuguesa e Língua Inglesa e trabalhos teóricos, descritivos, exploratórios ou empíricos nas abordagens TCC Clássica com crianças, adolescentes ou adultos com TEA-AF. Foram incluídos ainda apenas artigos publicados em periódicos indexados.

Foram excluídos trabalhos anteriores ao ano de 2007, que não fossem artigos (teses, dissertações, capítulos de livros, entre outros) e artigos que não abarcaram estudos com crianças, adolescentes ou adultos com TEA-AF, que não utilizaram como base teórica a TCC Clássica ou que apenas a abordaram tangencialmente. Nesta revisão, intencionalmente foram excluídos os trabalhos que apresentaram intervenções por programas designados "Treinamento de Habilidades Sociais" – ou seja que o utilizaram como técnica única e exclusiva na intervenção – e programas que foram fundamentados em outras abordagens, que não enfatizaram a intervenção cognitivo comportamental e que não a usaram como estratégia primária de intervenção. Além disso, foram excluídos também os trabalhos de revisão.

## **Procedimento de análise de dados**

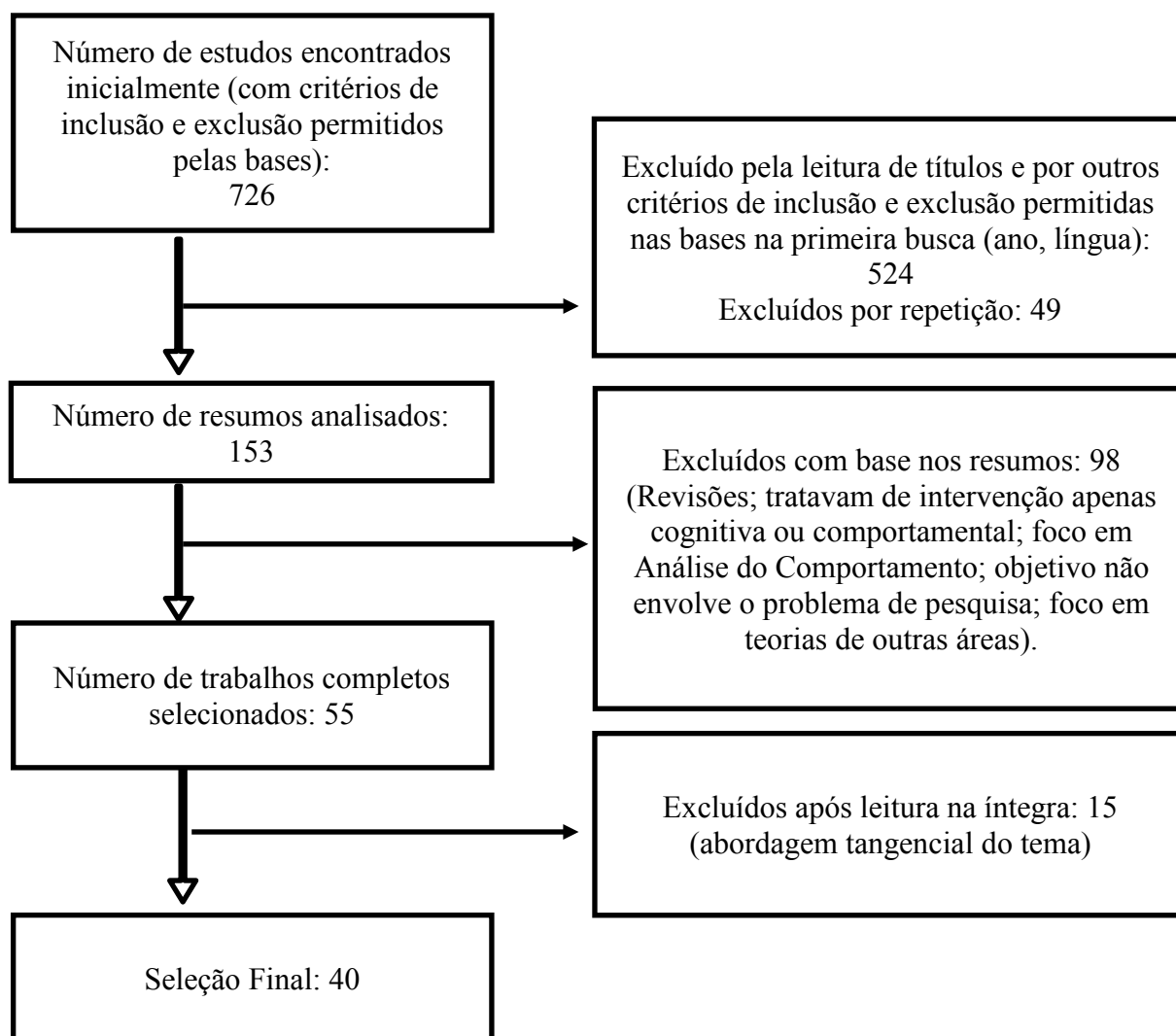
As categorias sistematizadas a partir das planilhas foram organizadas em eixos temáticos que serviram como ponto de partida para a análise e interpretação dos dados, última fase da revisão integrativa. Os eixos temáticos foram:

a) Delineamento dos Estudos; b) Tipos de Intervenção; c) Técnicas da TCC utilizadas; d) Adaptações; e) Protocolos utilizados; f) Comorbidades; g) Instrumentos.

Além disso, foi realizada estatística descritiva dos estudos selecionados e análise desses dados.

## **Resultados**

A Figura 1 apresenta o processo de seleção dos 40 trabalhos analisados nessa revisão integrativa. A primeira busca bibliográfica dessa pesquisa gerou um total de 726 artigos. Após aplicação dos critérios de inclusão exclusão não permitidos na primeira busca, além da exclusão por repetição, obteve-se um total de 153 trabalhos. Com base na leitura dos resumos, foram selecionados 55 trabalhos. Após a leitura completa dos mesmos, foram excluídos 9 trabalhos e a seleção final possui 40 artigos.



**Figura 1.** Fase de seleção dos artigos.

A Tabela 3 apresenta a relação dos trabalhos selecionados, com seus respectivos autores, data e periódico de publicação.

Tabela 3

**Estudos selecionados e suas características**

	<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>Revista</b>
1	CBT for anxiety in youth with an autism spectrum disorder: A follow-up study.	Selles et al.	2015	Autism
2	Social Competence Intervention for Youth with Asperger Syndrome and HF-Autism: An Initial Investigation	Stichter et al.	2010	JADD

3	Telehealth delivery of cognitive behavioral intervention to youth with ASD and anxiety: A pilot study	Hepburn, Blakeley-Smith, Wolff, & Reaven.	2015	Autism
4	A prosocial online game for social cognition training in adolescents with HF-autism: an fMRI study	Chung; Doug hyun han; Yee Jin shin & Perry F Renshaw	2016	NDT
5	Effects of CBT on anxiety for children with HFASD	Ooi et al.	2008	SMJ
6	Preliminary Efficacy of a Cognitive-Behavioral Treatment Program for Anxious Youth with ASD	White, Ollendick, Scahill, Oswald, & Albano.	2009	JADD
7	CBT for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial	Wood et al.	2009	JCPP
8	Social Competence and Social Skills Training and Intervention for Children with ASD	Cotugno	2009	JADD
9	Brief Report: Effects of CBT on Parent Reported Autism Symptoms in School-Age Children with HF- Autism	Wood et al.	2009	JADD
10	Anxiety Disorders in Typically Developing Youth: Autism Spectrum Symptoms as a Predictor of CBT	Puleo & Kendall	2011	JADD
11	Effects of CBT on Daily Living Skills in Children with HF-Autism and Concurrent Anxiety Disorders	Drahota, Wood, Sze, & Van Dyke.	2011	JADD
12	Group CBT for Children with HFASD and Anxiety: A Randomized Trial	Reaven, Blakeley-Smith, Culhane-Shelburne, & Hepburn.	2012	JCPP
13	Modified CBT for Severe, Treatment-Resistant OCD in an Adolescent With ASD	Krebs, Murray, & Jassi	2016	JCP
14	The design and implementation of a CBT-based intervention for sensory processing difficulties in adolescents on the autism spectrum.	Edgington, Hill, Pellicano	2016	RDD
15	Controlled-release melatonin, singly and combined with CBT, for persistent insomnia in children with ASD: a randomized placebo-controlled trial.	Cortesi, Giannotti, Sebastiani, Panunzi, & Valente	2012	JSR

(Continua)

(Continuação)

	<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>Revista</b>
16	The Coping Cat Program for Children with Anxiety and ASD: A Pilot Randomized Controlled Trial	Keehn, Lincoln, Brown, & Chavira	2013	JADD
17	Randomized Controlled Trial: Multimodal Anxiety and Social Skill Intervention for Adolescents with ASD	White et. al.	2013	JADD
18	CBT for comorbid obsessive-compulsive disorder in HFASD: A randomized controlled trial	Russell et. al.	2013	DA
19	A cognitive-behavioral intervention for emotion regulation in adults with high-functioning autism	Kuroda et al.	2013	Trials

	spectrum disorders: study protocol for a randomized controlled trial			
20	Increasing social engagement in children with HFASD using collaborative technologies in the school environment	Bauminger-Zviely, Eden, Zancanaro, Weiss, & Gal	2013	Autism
21	Group CBT and group recreational activity for adults with autism spectrum disorders: A preliminary randomized controlled trial	Hesselmark, Plenty, & Bejerot	2014	Autism
22	Group therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder	McConachie et. al.	2014	Autism
23	Brief Report: Problem Solving Therapy in College Students with ASD: Feasibility and Preliminary Efficacy	Pugliese & White	2014	JADD
24	Group CBT Program Shows Potential in Reducing Symptoms of Depression and Stress Among Young People with ASD	McGillivray & Evert	2014	JADD
25	Modified CBT for Treatment of OCD in a 7-Year-Old Boy With ASD—A Case Report	Elliott & CertEd	2014	JCAPN
26	CBT for Early Adolescents with ASD and Clinical Anxiety: A Randomized, Controlled Trial	Wood et. al.	2015	BTA
27	Improving Transportability of a CBT Intervention for Anxiety in Youth with ASD: Results from a US-Canada Collaboration	Reaven et al.	2015	Autism
28	Randomized Comparative Trial of a Social Cognitive Skills Group for Children With ASD	Soorya et al.	2015	JAACAP
29	A Randomized Controlled Trial of CBT versus Treatment as Usual for Adolescents with ASD and Comorbid Anxiety	Storch et al.	2015	DA
30	CBT for Anxiety Disorders in Children With and Without ASD	Van Steensel & Bögels	2015	JCCP
31	Brief Report of Preliminary Outcomes of an Emotion Regulation Intervention for Children with ASD	Thomson, Riosa & Weiss	2015	JADD
32	Effects of Verbal Ability and Severity of Autism on Anxiety in Adolescents with ASD: One-year Follow-up after CBT	White, Schry, Miyazaki, Ollendick, & Scahill.	2015	JCCAP
33	Modified CBT using visualization for ASD, anxiety and avoidance behavior – a quasi-experimental open pilot study	Ekman & Hiltunen	2015	SJP

(Continua)

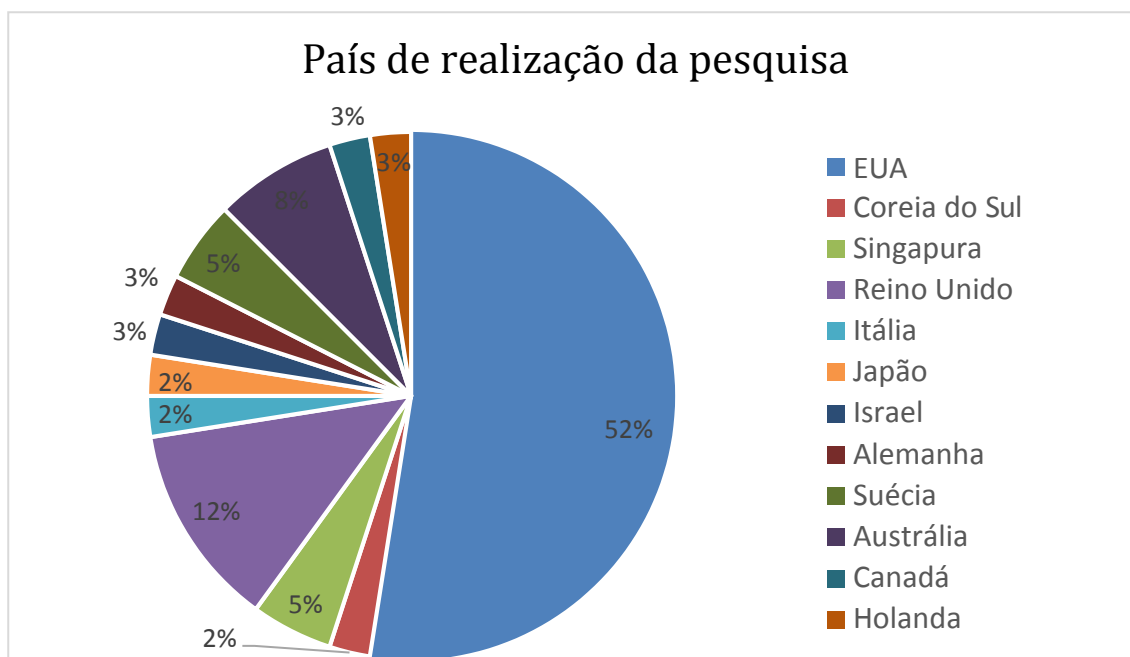
(Continuação e conclusão da tabela)

	<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>Revista</b>
34	Depression in Adolescents with ASD: A Pilot RCT of a Group Intervention.	Santomauro, Sheffield, & Sofronoff.	2016	JADD
35	Group-based cognitive behavioural psychotherapy for children and adolescents with ASD: the randomized, multicentre, controlled SOSTA – net trial	Freitag et al.	2016	JCPPP
36	The BUFFET Program: Development of a Cognitive Behavioral Treatment for Selective Eating in Youth with ASD	Kuschner et al.	2017	CCFPR

	Feasibility, Acceptability and Preliminary			
37	Treatment Outcomes in a School-Based CBT Intervention Program for Adolescents with ASD and Anxiety in Singapore	Drmic, Aljunied, & Reaven	2017	JADD
38	Therapeutic alliance in youth with autism spectrum disorder receiving cognitive-behavioral treatment for anxiety	Kerns, Collier, Lewin, & Storch	2017	Autism
39	Efficacy of an internet-based CBT program for children with comorbid HFASD and anxiety: A randomized controlled trial	Conaughton, Donovan, & March	2017	JAD
40	Parental Outcomes Following Participation in CBT for Children with ASD	Maughan & Weiss	2017	JADD

**Legenda:** RBTC: Revista Brasileira de Terapias Cognitivas; JADD: Journal of Autism and Developmental Disorders; CPP: Clinical Psychology and Psychotherapy; CCPP: Clinical Child Psychology and Psychiatry; NDT: Neuropsychiatric Disease and Treatment; SMJ: Singapore Medical Journal; JCPP: Journal of Child Psychology and Psychiatry; JCP: Journal of Clinical Psychology; RDD: Research in Developmental Disabilities; JSR: Research in Developmental Disabilities; JCAPN: Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing; JAACAP: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; JCCP: Journal of Consulting and Clinical Psychology; JCCAP: Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology; SJP: Scandinavian Journal of Psychology; CCFPR: Clinical Child and Family Psychology Review; JAD: Journal of Affective Disorders; DA: Depression and Anxiety; BTA: Behavior Therapy Autism

Em relação ao país que mais pesquisou sobre o tema, EUA ficam em 1º lugar, com 52% das publicações (Figura 2). Em relação aos anos de publicação e aos periódicos, como mostrado no gráfico abaixo (Figura 3), 25% concentra-se no ano de 2015, sendo o primeiro estudo de 2008 e o último de 2017.



**Figura 2:** Países de produção das pesquisas



**Figura 3:** Ano de publicação dos artigos

Os objetivos e tipos de estudo estão descritos na Tabela 4, que mostra que a maioria dos estudos é empírico e tem como objetivo investigar os efeitos de uma intervenção.

Tabela 4

**Descrição dos Objetivos dos estudos e dos Tipos de Estudo**

	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de estudo</b>
1	Determinar a manutenção dos ganhos de tratamento dos respondentes para um protocolo TCC para ansiedade no TEA em um seguimento de 10 a 26 meses.	EQ
2	Relatar o resultado de uma intervenção de competência social criada especificamente para indivíduos com TEA-AF.	EQ
3	Examinar a viabilidade e a eficácia inicial de uma versão de vídeo-conferência de uma abordagem baseada em evidências para a intervenção de ansiedade para jovens com TEA.	EP / QE
4	Verificar se um jogo prosocial online em TCC melhoraria a cognição social em adolescentes TEA, avaliado por métricas de comunicação social, reconhecimento facial e palavras emocionais.	EQ
5	Investigar os efeitos de um programa de TCC de 16 sessões em seis crianças de TEA-AF.	EP / EQ
6	Examinar a eficácia preliminar de uma intervenção para ansiedade e competência social em quatro adolescentes com TEA-AF.	EP / EQ
7	Testar um programa de TCC modular para crianças TEA-AF.	ECCR
8	Examinar a eficácia de um programa de intervenção de competência social e de habilidades sociais de 30 semanas com crianças de 7 a 11 anos com TEA.	EQ
9	Testar o efeito da TCC nos sintomas de TEA relatados pelos pais.	EQ
10	Examinar as características autistas em crianças com diagnóstico de GAD (ansiedade generalizada), SP (fobia social) e SAD (ansiedade de separação) usando medidas derivadas de SRS-P e codificação observacional de sessões de terapia selecionadas .	EQ
11	Avaliar as habilidades de vida diária e a intrusão parental em um ensaio de TCC para ansiedade em crianças com TEA.	EQ
12	Ampliar trabalho anterior, examinando a eficácia de um grupo TCC centrado na família, desenvolvido para crianças com TEA e ansiedade clínica.	ECCR
13	Descrever o tratamento de um adolescente com TOC e TEA grave, resistente ao tratamento, usando uma abordagem TCC modificada.	Estudo de Caso
14	Verificar viabilidade de uma nova intervenção baseada em TCC de 8 semanas para gerenciar dificuldades de processamento sensorial.	EM
15	Avaliar eficácia de 4 intervenções, sendo uma TCC e uma TCC com melatonina, no tratamento de insônia de crianças com TEA.	EM
16	Avaliar se uma versão modificada do programa Coping Cat poderia ser eficaz na redução da ansiedade em crianças com TEA.	ECCR
17	Avaliar viabilidade e resultados preliminares do programa de Intervenção Multimodal de Ansiedade e Habilidades Sociais (MASSI) em amostra de 30 adolescentes com TEA e ansiedade.	EP / EQ
18	Avaliar eficácia de intervenção adaptada de TOC e de manejo de ansiedade para jovens e adultos com TEA e TOC.	ECCR
19	Apresentar um estudo de um protocolo que objetiva investigar a eficácia de um grupo em TCC para adultos com TEA.	ECCR
20	Examinar eficácia de uma intervenção de tecnologia colaborativa school-based, combinada com TCC para ensinar os conceitos de colaboração social e conversas sociais para crianças com TEA-AF, e melhorar comportamentos de engajamento social.	EQ
21	Analisar dois grupos de intervenção (TCC e Recreativa) para adultos com TEA-AF.	ECCR

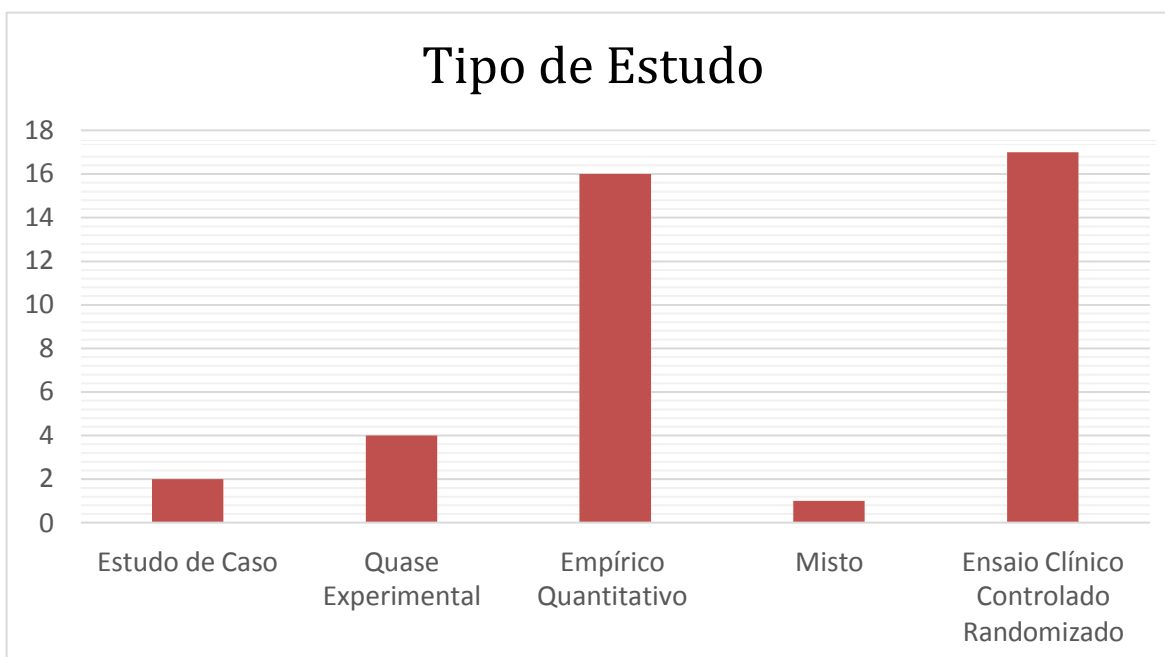
(Continua)

(Continuação e conclusão da tabela)

Objetivo	Tipo de estudo
22 Investigar a aceitabilidade e viabilidade de terapia grupal adaptada para ansiedade em crianças com TEA.	ECCR
23 Desenvolver um manual PST (programa de tcc de terapia de resolução de problemas baseada em grupo) adaptado para estudantes com TEA e avaliar viabilidade, ou integridade de implementação e aceitabilidade.	EQ
24 Examinar a eficácia da TCC entregues em grupos sobre a redução de sintomas de depressão, ansiedade e estresse em jovens no espectro autista.	QE / Quantitativo Estudo de Caso – Qualitativo
25 Discutir síndromes de TOC e ASD, dificuldades na aplicação de TCC na população TEA e apresentar relato de caso de tratamento TCC de um menino de 7 anos com TEA e TOC.	
26 Avaliar intervenção de programa TCC projetado para pré-adolescentes com TEA (BIACA), aprimorado e modificado para atender adolescentes com TEA e ansiedade clínica.	
27 (a) treinar clínicos para aplicar o FYF: terapia grupal para gerenciar a ansiedade em crianças com autismo TEA-AF e fidelidade e (b) examinar a viabilidade do programa para novas configurações.	QE / Quantitativo
28 Avaliar eficácia de um grupo de treinamento de habilidades sociais específicas em crianças em idade escolar com TEA.	ECCR
29 Examinar eficácia de protocolo TCC Modular personalizado entre adolescentes com TEA e comorbidade com ansiedade em relação ao tratamento TAU	ECCR
30 Examinar a eficácia da TCC para transtornos de ansiedade em crianças com TEA e comparar com crianças sem TEA.	EQ
31 Investigar viabilidade de programa de tratamento de terapia cognitiva manualizada multicomponente para melhorar a regulação emocional em jovens com TEA 8-12 anos de idade.	EQ
32 Avaliar mudança em sintomas de ansiedade durante a intervenção e 1 ano após e avaliar preditores de resposta.	ECCR
33 Medir o efeito da TCC modificada para clientes com TEA e comportamento de ansiedade e evasão.	EP / QE Quantitativo
34 Avaliar a viabilidade, aceitabilidade e eficácia preliminar de intervenção TCC para depressão em adolescentes com TEA.	
35 Avaliar a abordagem SOSTA-FRA para atendimento de TEA.	ECCR
36 Discutir a conceptualização teórica da BUFFET, descrever o conteúdo e a estrutura, dados de viabilidade presentes no teste piloto inicial e considerar os próximos passos.	EP / EQ
37 Adaptar o programa FYF original para uso em contextos escolares, treinar o programa escolar, avaliar viabilidade inicial e aceitabilidade da intervenção e examinar os resultados preliminares do tratamento da ansiedade juvenil após a participação no FYF-SB.	EQ
38 Examinar aliança terapêutica, sua relação com características da criança e resultados do tratamento de ansiedade em jovens com TEA.	ECCR
39 Avaliar a eficácia de uma intervenção de TCC baseada na Internet (BRAVE-ONLINE) para tratamento de transtornos de ansiedade infantil em crianças com TEA-AF	ECCR
40 Examinar a mudança dos pais após a participação em um programa de TCC focado em melhorar a regulação emocional em crianças com TEA.	ECCR

**Legenda:** ECR: Ensaio Controlado Randomizado; EQ: Estudo Empírico Quantitativo; EP: Estudo Piloto; QE: Estudo Quase-Experimental; EM: Estudo Misto.

Em relação ao tipo de estudo, a maioria dos trabalhos encontrados é do tipo estudo Ensaio Clínico Randomizado (Figura 4).



**Figura 4:** Tipos de estudo

A Tabela 5 abaixo apresenta as características metodológicas dos estudos empíricos e projetos de intervenção.

**Tabela 5**  
**Especificações dos estudos empíricos e projetos de intervenção**

Nº do Artigo	Amostra	Faixa Etária (anos)	Duração (nº de sessões; tempo de cada sessão em horas)	Tipo de Intervenção	Int. com pais
1	32 e pais	--	16; 60 a 90m	Grupo (GInt e GLE).	Não
2	27	11 a 14	10; 1h	Grupo	Sim
3	16 e pais	7 a 19	10; NI.	Grupo Familiar (GInt e GLE)	Sim
4	20	13 a 18	6; 1h	Grupo (GInt e GC)	Não
5	6	9 a 13	16; 90m	Grupo	Não
6	4	12 a 14	18; 50 a 75m	Individual e Grupo	Não
7	36	7 a 11	16;30m	Grupo (GInt e GLE)	Sim.
8	18	7 a 11	30; NI.	Grupo (GInt e GC)	Não
9	9	7 a 11	16; 90 m	Grupo (GInt e GLE)	Sim.
10	50	7 a 14	16; 60m	Individual e Familiar	Sim
11	40	7 a 11	16; 90min	Grupo (GInt e GLE)	Sim.

(Continua)

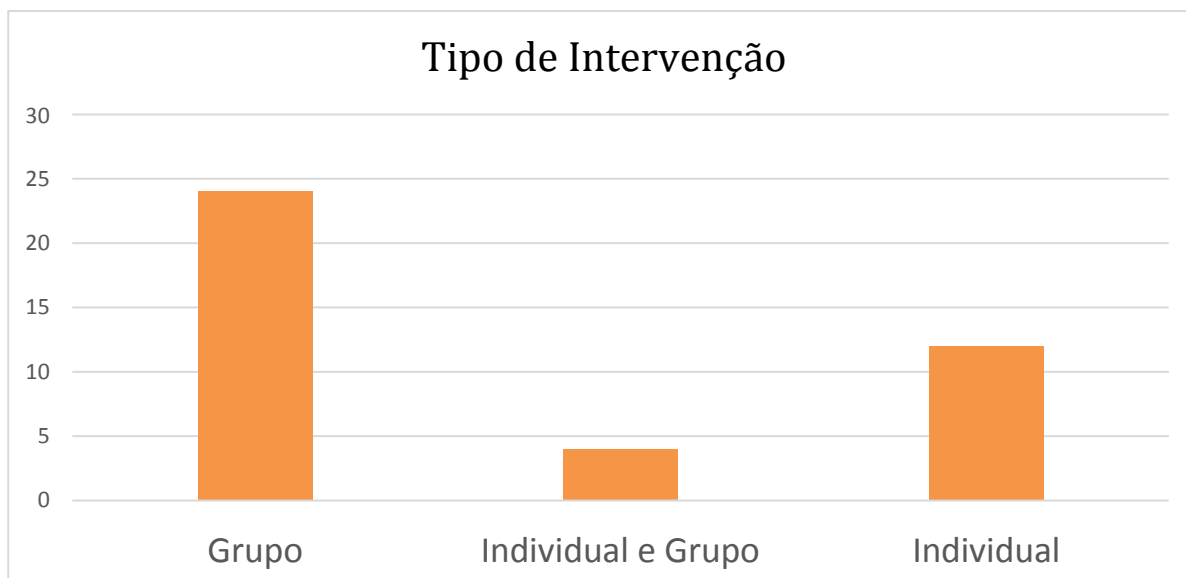
(Continuação e conclusão da tabela)

Nº do Artigo	Amostra	Faixa Etária (anos)	Duração (nº de sessões; tempo de cada sessão em horas)	Tipo de Intervenção	Int. com pais
12	47	7 a 14	12; 90m	Grupo Familiar (GInt e TAU)	Sim.
13	1	14	18; NI.	Individual Familiar	Sim.
14	7	11 a 16	8; 45m	Individual e Grupo	Não
15	160	4 a 10	4; 60m	Individual	Sim.
16	22	8 a 14	16; NI.	Grupo (GInt e GLE)	Sim
17	30	NI	20; NI.	Individual e Grupo	Sim
18	46	M=26,9	20; NI	Grupo (GInt TCC e não TCC)	Não
19	60	18 a 50	8; 100m	Grupo (GInt e GLE)	Não
20	22	M=9,83	12; 45m	Grupo	Não
21	68	M=31,8	36; 3h	Grupo (GInt TCC e não TCC)	Não
22	32	9 a 13	7; NI.	Grupo (GInt e GLE)	Sim
23	5	18 a 23	9; NI.	Grupo.	Não
24	32	15 a 25	9; 120m	Grupo (GInt e GLE)	Não
25	1	7	10; NI.	Individual.	Não
26	33	11 a 15	16; 90m	Individual (GInt e GLE)	Sim.
27	16	8 a 14	14; 90m	Grupos	Sim.
28	69	8 a 11	12; 90m	Grupo	Sim
29	31	11 a 16	16; 60m	Individual.	Sim
30	79	7 a 18	12; NI.	Individual e Familiar	Sim.
31	30	8 a 12	10; NI.	Individual Familiar	Sim.
32	22	12 a 17	19; NI	Individual e Grupo (GInt e GLE)	Sim.
33	18	13 a 36	15; NI	Individual (GInt e GLE)	Não
34	23	M=15,7	11; 60m	Grupo (GInt e GLE)	Não.
35	209	8 a 19	12; NI.	Grupo (GInt e GLE)	Não
36	14	8 a 12	14; 90m.	Grupo.	Sim.
37	44	13 a 15	10; NI.	Grupo	Não
38	64	7 a 16	16; 60 a 90m	Individual e Familiar (GInt e TAU)	Sim.
39	42	8 a 12	10; NI.	Individual (GInt e GLE)	Sim.
40	57 e pais	8 a 12	10; NI.	Individual Familiar	Sim.

**Legenda:** NI: Não informado; GInt: Grupo de Intervenção; GLE: Grupo Lista de Espera; GC: Grupo Controle, Grupo TAU: Grupo Tratamento Padrão; Int: Intervenção.

Obs: Artigo 4: sessões 2 vezes na semana; Artigo 8: sessões 3 vezes na semana.

De todos os estudos empíricos e projetos de intervenção (n=40), como representado no gráfico abaixo: 60% é em grupo, 30% é individual e 10% é parte individual e parte em grupo.



**Figura 5:** Tipo de Intervenção

Além disso, de todos esses trabalhos, 57,5% apresentam intervenção com os pais, seja em conjunto com a criança, em grupo separado ou parte de cada um (n=23).

A Tabela 6 apresenta as técnicas e conceitos cognitivo comportamentais utilizados ou apresentados nos estudos. As técnicas utilizadas em mais estudos foram a psicoeducação, exposição e resposta, reestruturação cognitiva, autorregulação emocional e treinamento de habilidades sociais.

Tabela 6

**Técnicas cognitivo comportamentais utilizadas ou propostas**

Artigos (n°)	N	Técnicas Cognitivo Comportamentais
2	1	Estratégias Metacognitivas
2, 16, 23, 25, 34	5	Automonitoramento
2, 3, 12, 19, 23, 27, 31, 35, 36, 37, 40	11	Autorregulação emocional
2, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 16, 21, 25, 27, 29, 30, 36, 37, 40	17	Exposição e resposta
3, 6, 13, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 30, 31, 34, 36, 37, 40	17	Psicoeducação (sobre tcc, emoções, etc)

(Continua)

(Continuação e conclusão da tabela)

Artigos (n°)	N	Técnicas Cognitivo Comportamentais
29	1	RPD
3, 22, 27, 37	4	Estratégias Cognitivas (Pensamentos funcionais, úteis); autocontrole cognitivo
5, 15, 20, 25, 35, 30	6	Experimentos comportamentais;
7, 11, 14, 16, 26, 29, 34, 36, 40	9	Reestruturação cognitiva;
20	1	Feedback
4, 7, 8, 11, 21, 23, 28, 32, 34	9	Treino Habilidades Sociais
9	1	Questionamento Socrático
4, 9, 10, 15, 16, 22, 24, 35, 36, 37	10	Estratégias de enfrentamento;
3, 8	2	Manejo somático
4, 40	2	Planejamento futuro
4	1	Voz (passiva, agressiva, assertiva);
5, 14, 20, 21, 23, 31, 35	7	Role-Play
5	1	Modelagem
5, 18, 23, 37	4	Resolução de Problemas
5, 6, 12, 14, 27, 31, 37, 40	8	Relaxamento
7, 11, 16, 22, 31, 34, 35	7	Reconhecimento de emoções, sensações somáticas
12, 18, 27, 37	4	Respiração
13	1	Escala de ansiedade
13, 16, 18, 30	4	Hierarquia
13, 14, 22, 25	4	Tarefas de casa.
11	1	Reconhecimento de crenças distorcidas
18	1	Prevenção de resposta
20, 34, 40	3	Reforço comportamental
21	1	Definição de metas
21, 34, 40	3	Mindfulness
23	1	Tomada de decisões
24	1	Técnicas de imagens
29	1	Ativação comportamental

**Legenda:** N: quantidade de artigos

Além disso, de todos os artigos selecionados (n=40), 67,5% (n=27) utilizaram ou discutiram protocolos já existentes, como descrito na tabela abaixo.

Tabela 7

**Protocolos existentes utilizados nos estudos**

Artigo (n°)	Protocolo
1	BIACA (Behavioral Interventions for Anxiety in Children with Autism) e AFIYA
2	SCI (Intervenção Competência Social - baseada nos princípios da TCC).
4	Poki Poki
7, 9, 11	Building Confidence CBT program

(Continua)

(Continuação e conclusão da tabela)

<b>Artigo (nº)</b>	<b>Protocolo</b>
<b>3, 12, 27</b>	FYF (Facing Your Fears: Functioning Autism Spectrum Disorders)
<b>13</b>	ERP (exposição e prevenção de resposta) baseado em TCC para TOC.
<b>16</b>	Coping Cat
<b>17</b>	MASSI (Multimodal Anxiety and Social Skills Intervention
<b>35</b>	SOSTA-FRA (social skills training)
<b>22</b>	Exploring Feelings
<b>23</b>	Problem Solving Skills: 101 (PSS: 101)
<b>24</b>	Think well, feel well and be well
<b>1, 26, 29, 38</b>	BIACA (Behavioral Interventions for Anxiety in Children with Autism)
<b>28</b>	NETT ((Nonverbal communication, Emotion recognition, and Theory of mind Training)
<b>30</b>	Discutir + Fazendo = Daring,
<b>31</b>	Detetive Jr/ Secret Agent Society: Operation Regulation
<b>34</b>	Exploring Depression: Cognitive behavior therapy to understand and cope with depression.
<b>36</b>	BUFFET (Building Up Food Flexibility and Exposure Treatment)
<b>37</b>	FYF school-based program (FYF-SB) (Facing Your Fears: Functioning Autism Spectrum Disorders)
<b>39</b>	BRAVE – ONLINE
<b>40</b>	Secret Agent Society: Operation Regulation.

As adaptações de protocolo ou de técnicas para atendimento de pessoas com TEA apareceu de forma importante nos artigos e 85% dos trabalhos relatou o uso ou necessidade de adaptações.

Tabela 8

**Artigos que usaram ou não adaptações em seus protocolos/ técnicas**

<b>Discriminação de adaptações</b>	<b>Artigos (nº)</b>
<b>Uso de adaptações</b>	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 36, 37
<b>Não usaram adaptações ou não informaram o uso de adaptações</b>	15, 32, 35, 38, 39, 40
<b>Usaram, mas não informaram quais os tipos</b>	30

As adaptações descritas nos artigos estão apresentadas na Tabela 9.

Tabela 9

**Principais adaptações de técnicas usadas, propostas ou discutidas**

<b>Adaptações</b>	<b>Artigos em que foram discutidas ou usadas</b>	<b>N (total de artigos que utilizaram)</b>
Metáforas	34	1
Recompensas	7, 29, 36	3
Materiais visuais	3, 5, 13, 16, 18, 19, 23, 25, 36	9
Ser específico e diretivo, instruções diretas	23, 25,	2
Linguagem concreta	16, 18, 33	3
Envolvimento dos pais	13	1
Histórias Sociais	5	1
Programas informatizados interativos	4, 20	2
Roteiros de sessão previsíveis	3, 23	2
Modelagem de vídeo	3, 12, 27, 36	4
Repetição de conceitos-chave	3, 36	2
Incorporação dos interesses pessoais do paciente	7, 9, 12, 13, 14, 16, 18, 27, 34	9
Ênfase em algumas necessidades (flexibilidade, atenção, transição, manejo de ansiedade e stress)	8, 17, 24	3
Materiais escritos (planilhas)	12, 16, 27, 37	4
Sessões estruturadas	13, 23	2
Motivações concretas	13	1
Materiais sensoriais	14	1
Estimulação sensorial	16	1
Uso de computador	16	1
Uso de temporizadores	23	1
Contribuição do paciente no planejamento da sessão (controle)	25	1
Cautela no fim de sessões e/ou tratamento	25	1
Ênfase nas técnicas comportamentais da TCC	25	1
Intervenção mais concreta	25	1
Mais sessões de habilidades de enfrentamento e exposição	26	1
Listas de opções	27	1
Ênfase em pontos de vista criativos e variados para expressão	27	1
Ênfase em habilidades de autonomia e comunicação	29	1
Estabelecimento de rotinas	36	1
Reforço	36	1

Em relação aos instrumentos utilizados para fechamento do diagnóstico do TEA-AF, de todos os estudos que utilizaram instrumentos (n=34), 79,4% utilizou o Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) para sinais de TEA e 20,5% o Wechsler Intelligence Scale for Children Fourth Edition (WISC-IV) para auxiliar o diagnóstico de alto funcionamento.

Tabela 10

**Instrumentos utilizados para fechamento de diagnóstico de TEA-AF nos artigos de intervenção**

Instrumentos	Artigo (n°)	N (total de artigos que utilizaram)
ADI-R	1, 2, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 18, 19, 26, 29, 30, 32, 35, 37, 38	17
ADOS	1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 40	27
CAST	39	1
WISC-III	5	1
WISC	3	1
WASI	3, 6, 22, 27, 34	5
Stanford–Binet Intelligence Scales	3	1
WISC-IV	7, 8, 11, 13, 20, 26, 35	7
SCQ	12, 36	2
WASI-II	14, 31, 40	3
ADOS-G	15, 16	2
WAIS-III	19, 35	2
Differential Abilities Scales-II	36	1
SRS-2	40	1

Obs: artigos não presentes na planilha não relataram os instrumentos usados para fechamento de diagnóstico.

**Legenda:** ADI-R: Autism Diagnostic Interview-Revised; ADOS: Autism Diagnostic Observation Schedule; CAST: Childhood Autism Spectrum Test; WISC-III: Wechsler Intelligence Scale for Children, Third Edition; WISC: Wechsler Intelligence Scale for Children; AAA: Adult Asperger Assessment; WASI: Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence; WISC-IV: Wechsler Intelligence Scale for Children Fourth Edition; SCQ: Social Communication Questionnaire; WASI-II: Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence - Second Edition; ADOS-G: Autism Diagnostic Observation Schedule—Generic; WAIS-III: Wechsler Adult Intelligence Scale, third edition; WASI-II: Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence, second edition; CGAS: Children's Global Assessment Scale; SRS-2: Social Responsiveness Scale, Second Edition.

As avaliações pré, pós e/ou *follow up* estiveram presentes em 39 artigos (97,5%).

Dentre esses, 33,3% (n=13) utilizaram o Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, versão parental (ADIS-P), 30,7% (n=12) a versão para crianças (ADIS-C) e 28,2% (n=11) utilizaram o Social Responsiveness Scale (SRS) (Tabela 9).

Tabela 11

**Instrumentos utilizados nas avaliações Pré, Pós e/ou Follow Up com pais e pacientes**

Instrumentos	Artigos que utilizaram	N (total de artigos que utilizaram)
CGI-Improvement	1, 7, 17, 18, 21, 22, 26, 29, 31	9
ADIS-C	1, 6, 7, 9, 11, 22, 26, 27, 29, 30, 38, 39	12

(Continua)

(Continuação)

<b>Instrumentos</b>	<b>Artigos que utilizaram</b>	<b>N (total de artigos que utilizaram)</b>
<b>PARS</b>	1, 17, 29, 26, 38	5
<b>CGI-Severity</b>	1, 21, 27, 29, 38	5
<b>SRS</b>	2, 3, 9, 17, 26, 28, 29, 31, 32 35, 38	11
<b>Sally–Anne false belief task; Smarties false belief tas; Faux Pas Stories; DANVA-2-CF; The Reading the Mind in Eyes test; BRIEF; TOPS-3;</b>	2	1
<b>BDI-II</b>	21, 34	2
<b>SCARED;</b>	3, 27, 30, 37	4
<b>Parent and youth satisfaction ratings; Fidelity Checklist; PSOC</b>	3	1
<b>K-S ADS-PL; ADOS; SCQ-K; Fmri</b>	4	1
<b>SCAS-C</b>	5, 16, 22	3
<b>ADIS-P</b>	6, 7, 9, 11, 12, 16, 26, 27, 29, 30, 31, 38, 39	13
<b>MASC</b>	6, 7, 26	3
<b>Walker-McConnell Scale (WMS); MGH Youth Care Social Competence Development Scale</b>	8	1
<b>SRS-P</b>	6, 10, 35	3
<b>VABS; PCIQ</b>	11	1
<b>CY-BOCS; ChOCI; ChOCI-P; FAS-F; FAS-M.</b>	13	1
<b>AASP; SSP; RBQ</b>	14	1
<b>SCAS-P</b>	5, 14, 16, 22	4
<b>CSHQ</b>	15	1
<b>CASI-Anx;</b>	17, 32	2
<b>DD-CGAS.</b>	17	1
<b>YBOC 52</b>	18	1
<b>TAS-20; Inventário de Coping para situações Stressful; Escala de Depressão de Estudos Epidemiológicos; WHO-QOL 26</b>	19	1
<b>GAF</b>	19, 33	2
<b>SPAI; LSAS</b>	19	1
<b>ToM: Strange Story measure</b>	20	1
<b>SDQ</b>	35	1
<b>QOLI; SoC, RSES; SCL-90; AQ; ASRS</b>	21	1
<b>SCQ</b>	22, 31	2
<b>SPSI-R:L; Outcome Questionnaire (OQ 45.2).</b>	23	
<b>DASS;</b>	24, 34, 40	3
<b>ATQ; ASSQ</b>	24	1
<b>MASC-P</b>	29, 26	2
<b>MASS</b>	26	1
<b>SACA</b>	26, 29	2
<b>Griffith Empathy Measure; CCC-2; DANVA2;</b>	28	1
<b>Strange Stories Task</b>		
<b>RMET;</b>	28, 34	2
<b>BASC-2.</b>	28, 31, 40	3

(Continua)

(Continuação e conclusão da tabela)

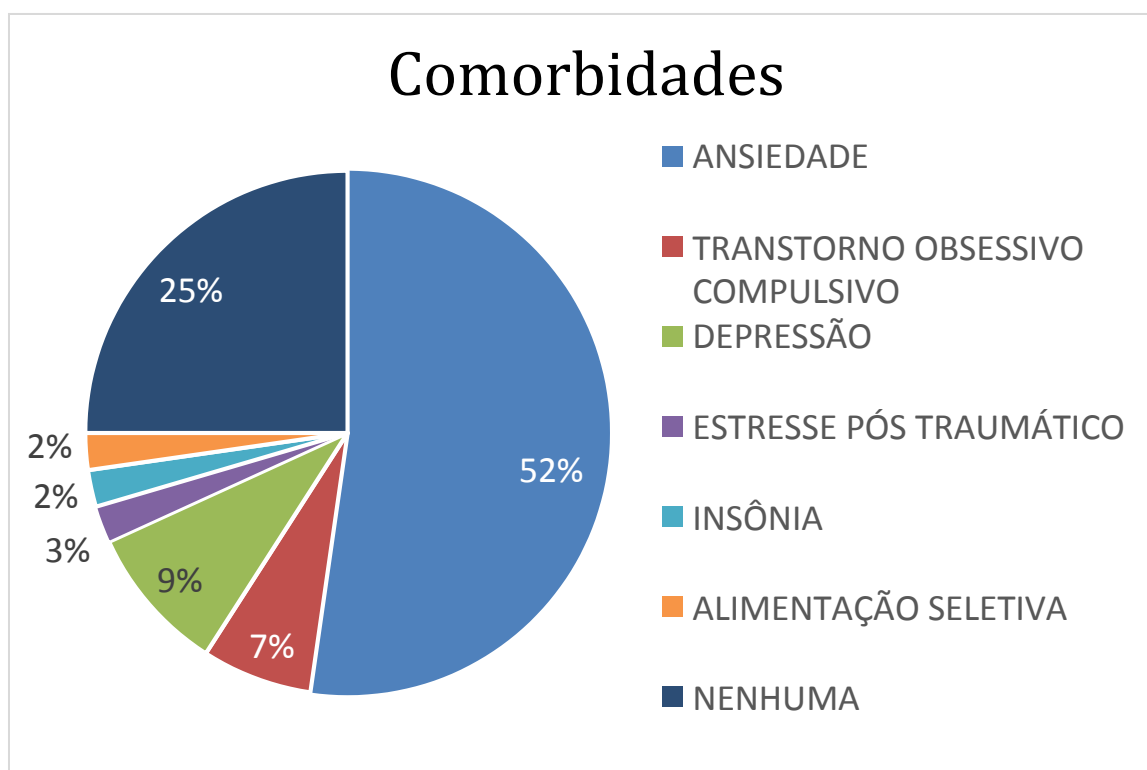
<b>Instrumentos</b>	<b>Artigos que utilizaram</b>	<b>N (total de artigos que utilizaram)</b>
<b>CIS-P;</b>	29	1
<b>RCADS</b>	29	1
<b>CBCL</b>	29, 30, 35, 38	4
<b>CSBQ; EQ-5D</b>	30	1
<b>ERC</b>	31, 34	2
<b>Children's Emotion Management Scale: Anger, Sadness, Worry (CEM);</b>	31	1
<b>State-Trait Anxiety Inventory (STAI).</b>	32	1
<b>ASACS; ASDI</b>	34	1
<b>CSQ-8</b>	36	1
<b>TASC-R</b>	38	1
<b>PSI</b>	5	1
<b>CASI-20</b>	6	1
<b>AFMSS; PS; IEM-P, CERQ</b>	40	1

**Observação:** A Fase pré-teste corresponde à linha de base e não à fase de diagnóstico.

**Legenda:** CGI-Improvement: Clinical Global Impression – Improvement; ADIS-C: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV - Child version; PARS: Pediatric Anxiety Rating Scale; CGI-Severity: Clinical Global Impression Severity Scale; SRS: Social Responsiveness Scale; DANVA-2-CF: The Diagnostic Analysis of Nonverbal Accuracy 2-Child Faces; BRIEF: The Behavior Rating Inventory of Executive Function; TOPS-3: The Test of Problem Solving-3; BAI: Beck Anxiety Inventory; BDI-II: Beck Depression Inventory – II; SCARED: The Screen for Child Anxiety Related Disorders; PSOC: Parenting Sense of Competence Scale; K-SADS-PL: Korean Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime version; ADOS: Autism Diagnostic Observation Schedule; SCQ-K: Social Communication Questionnaire Current form-Korean version; fMRI: functional magnetic resonance imaging; SCAS-C: Spence Children's Anxiety Scale – Child; ADIS-P: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Parent Versions; MASC: Multidimensional Anxiety Scale for Children; WMS: Walker-McConnell Scale; MGH Youth Care Social Competence Development Scale; SRS-P: Social Responsiveness Scale-Parent; VABS: Vineland Adaptive Behavior Scale; PCIQ: The Parent-Child Interaction Questionnaire; CY-BOCS: Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; ChOCI-C/P: Children's Obsessive-Compulsive Inventory – Child and Parent version; FAS-F: father-completed Family Accommodation Scale; FAS-M: mother-completed Family Accommodation Scale; AASP: Adolescent/Adult Sensory Profile; SSP: Short Sensory Profile; RBQ: Repetitive Behaviour Questionnaire; SCAS-P: Spence Children's Anxiety Scale – Parent; CSHQ: Children's Sleep Habits Questionnaire; CASI-Anx: Child and Adolescent Symptom Inventory-4 ASD Anxiety Scale; DD-CGAS: Developmental Disabled Children's Global Assessment Scale; YBOC: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; TAS-20: Escala de Alexithymia de Toronto de 20 itens (TAS-20); WHO-QOL 26: Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde; GAF: Avaliação Global do Funcionamento (GAF); SPAI: Inventário de Ansiedade e Fobia Social; LSAS: Escala de Ansiedade Social Liebowitz; SDQ: Strength and Difficulties Questionnaire; QOLI: Quality of Life Inventory (QOLI); SoC: Sense of Coherence Scale; RSES: Rosenberg Self-Esteem Scale; SCL-90: Symptom Checklist 90; AQ: Autism Quotient (AQ); ASRS: Adult ADHD Self-Report Scale; SCQ: Social Communication Questionnaire; SPSI-R:L: Social Problem Solving Inventory-Revised: Long Form; OQ 45.2: Outcome Questionnaire; DASS: Depression Anxiety Stress Scales; ATQ: Automatic Thoughts Questionnaire; ASSQ: Anxious Self-Statements Questionnaire; MASC-P: : Multidimensional Anxiety Scale for Children – parent version; MASS: Multidimensional Adolescent Satisfaction Scale; SACA: Service Assessment for Children and Adolescents; CCC-2: Children's Communication Checklist-2 (CCC-2); DANVA2: The Diagnostic Analysis of Nonverbal Accuracy 2; RMET: Reading the Mind in the Eyes Test; BASC-2: Behavior Assessment System for Children,

Second Edition; CIS-P: Columbia Impairment Scale-Parent; RCADS: Revised Child Anxiety and Depression Scales; CBCL: Child Behavior Checklist; CSBQ: the Children's Social Behavior Questionnaire; EQ-5D: EuroQol 5-D; ERC: Emotion Regulation Checklist; CEM: Children's Emotion Management Scale: Anger, Sadness, Worry; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; CSQ-8: Client Satisfaction Questionnaire; TASC-R: Therapeutic Alliance Rating Scale for Children-Revised; ChIA-P: Children's Inventory of Anger – Parent Version; PSI: Parenting Stress Index ; CASI-20: Child and adolescent symptom inventory-20; AFMSS: Autism-Specific FiveMinute Speech Sample; PS: Parenting Scale; IEM-P: Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale; CERQ: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-Short Version.

Sobre as comorbidades que apareceram como foco de intervenção ou de estudo, segue o gráfico seguinte:



**Figura 6:** Comorbidades

Os principais resultados e conclusões dos artigos estão apresentados na Tabela 10.

Tabela 12

**Principais resultados e/ou conclusões**

Artigo	Principais Resultados e conclusões
1	CBT eficaz para ansiedade em TEA
2	SCI efetivo no aumento da competência social na amostra de adolescentes com TEA-AF
3	Viabilidade e eficácia preliminar da versão modificada da Intervenção FYF de grupo multifuncional TCC para jovens com ASD e ansiedade via de tecnologia de videoconferência.
4	Jogo-TCC foi tão efetivo quanto o offline-TCC.

(Continua)

(Continuação)

Artigo	Principais Resultados e conclusões
5	Algumas evidências dos efeitos da TCC para TEA-AF na redução da ansiedade e estresse dos pais e suporte para outros estudos.
6	Combinação de treinamento de habilidades sociais em grupo com TCC individual pode ser efetiva para melhorar funcionamento social e reduzir comprometimento relacionado à ansiedade em adolescentes com TEA.
7	Remissão de transtornos de ansiedade parece ser um objetivo alcançável entre crianças com TEA-AF através de tcc adaptada.
8	Um programa de treinamento e intervenção de habilidades sociais especialmente projetado pode melhorar o desempenho em competências sociais específicas e o desenvolvimento de habilidades sociais e pode ser eficaz para melhorar os déficits sociais essenciais em indivíduos com ASD.
9	Os sintomas do TEA, como os déficits de comunicação social, podem ser influenciados positivamente pela TCC.
10	Embora ambos os tratamentos tenham reduzido a ansiedade, a intervenção familiar superou o a intervenção individual para crianças com sintomas moderados de TEA, benefício potencialmente ligado a mais exposições em casa e maior envolvimento infantil na intervenção familiar.
11	Evidências preliminares de que a TCC pode gerar maior autonomia e habilidades de vida diária entre crianças com ASD.
12	Uma intervenção TCC de grupo especificamente desenvolvida para crianças com TEA pode ser eficaz na diminuição da ansiedade
13	Eficácia potencial da TCC modificada para o TOC pediátrico no contexto do TEA.
14	Viabilidade da intervenção sensorial baseada em TCC como uma potencial intervenção terapêutica psicoeducativa em escolas para jovens no TEA.
15	A adição de intervenção comportamental (TCC) ao tratamento com melatonina parece resultar em uma melhor resposta ao tratamento, pelo menos no curto prazo.
16	Evidências preliminares de que versão modificada do Coping Cat pode ser viável e eficaz para reduzir os níveis de ansiedade clinicamente significativos em crianças com TEA-AF
17	MASSI é um programa de tratamento viável e uma avaliação adicional é justificada.
18	As intervenções psicológicas baseadas em evidências, AM e CBT, foram eficazes no tratamento do TOC concomitante em jovens e adultos com ASD.
19	Conclusões esperadas: que o protocolo em TCC apresente melhorias nos sintomas da amostra e na regulação emocional e habilidades de enfrentamento.
20	Visão preliminar importante da implementação da TCC combinada com intervenção com tecnologia colaborativa e jogos de computador. Crianças melhoraram significativamente desde a base até a pós-intervenção na consciência e compreensão sócio-cognitiva.
21	Ambas as intervenções parecem ser promissoras e a eficácia similar pode ser devida aos elementos comuns, estrutura e configuração do grupo. A TCC pode ser adicionalmente benéfica para aumentar as habilidades específicas e minimizar o abandono escolar.
22	Medidas de resultado aceitáveis, o formato e o conteúdo dos grupos eram viáveis nos serviços de saúde mental de crianças e adolescentes do Reino Unido, a intervenção foi apreciada pelas famílias e o atrito foi muito pequeno.
23	Os resultados preliminares indicam que o PSS: 101 poderia ser entregue como pretendido e era aceitável para os alunos. Mas no geral, os resultados do SPSI-R e OQ 45.2 não são conclusivos.
24	Potencial da TCC em um ambiente de pequeno grupo para ajudar os jovens com TEA que apresentam sintomas de depressão e estresse
25	Jovem do estudo de caso apresentou melhoras, com hipótese de que algumas características pessoais foram importantes neste processo. Sem maiores conclusões.

(Continuação)

(Continuação e conclusão da tabela)

Artigo	Principais Resultados e conclusões
26	Efeitos significativos sobre o tratamento na medida de resultado primário (PARS), embora sejam necessárias modificações de desenvolvimento adicionais para o manual.
27	Potencial positivo de disseminação e implementação do tratamento FYF para jovens com TEA e ansiedade em novas configurações clínicas.
28	Grupos de HS direcionados da CBI, como a NETT, melhoram os déficits de comunicação social em crianças com idade escolar com TEA. Efeitos moderadores do QI verbal elevado sugerem necessidade de considerar características dos participantes e do tratamento associados aos resultados em estudos futuros.
29	Resultados ampliam os efeitos promissores da TCC em jovens ansiosos com TEA para adolescentes.
30	TCC para transtornos de ansiedade é efetiva para crianças com TEA, também a longo prazo. Os ganhos de tratamento podem ser um pouco menos em comparação com crianças sem TEA.
31	Viabilidade preliminar de intervenção TCC para abordar ER em crianças com ASD.
32	TCC pode produzir uma redução sustentada dos sintomas de ansiedade em adolescentes com TEA.
33	O uso da linguagem visualizada durante as sessões de terapia com TCC é uma modificação promissora dos protocolos TCC atuais para indivíduos com ASD.
34	Evidência preliminar mista para viabilidade. Atendimento e satisfação dos participantes foram elevados, apoiando a aceitabilidade de tais programas. Evidências cautelares de que o programa pode ser eficaz na redução dos sintomas de depressão.
35	A psicoterapia mostrou eficácia pós-adesão em relação à capacidade de resposta social avaliada predominantemente nas crianças e adolescentes com TEA-AF.
36	BUFFET oferece uma opção de tratamento ambulatorial para jovens mais velhos com TEA e alimentação seletiva que, até agora, foram desatendidas.
37	Potencial de implementação do FYF-SB em configurações escolares para jovens com TEA e ansiedade.
38	A aliança terapêutica pode não ser prejudicada em jovens ansiosos com TEA e pode estar associada ao resultado do tratamento.
39	Programa BRAVE-ONLINE pode ser útil para reduzir os sintomas de ansiedade em crianças com TEA-AF, embora efeitos sejam menos fortes que os encontrados em crianças neurotípicas.
40	Preliminares, os resultados têm implicações para o desenvolvimento e a avaliação da intervenção, enfocando os resultados dos pais no tratamento infantil.

A maioria dos estudos apresentou consideráveis limitações, sendo que a mais presente foi o tamanho da amostra, como apresentado na Tabela abaixo:

Tabela 13

**Limitações dos estudos**

Limitações	Artigos (nº)
Amostra Pequena	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 16, 17, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 34, 36, 37, 39
Grupo de pais apenas para parte dos pais	2

(Continua)

(Continuação e conclusão da tabela)

<b>Limitações</b>	<b>Artigos (nº)</b>
<b>Questões metodológicas (Variáveis externas não controladas; medidas apenas com pais; efeitos de repetição, severidades e comorbidades não controladas; falta de randomização; uso de instrumentos com falhas metodológicas; falta de follow-up; vieses do uso de alguns instrumentos; medidas em somente alguns momentos da intervenção; uso de poucos instrumentos de medida).</b>	1, 2, 4, 6, 8, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 24, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 38, 39, 40
<b>Falta de grupo controle</b>	5, 8, 12, 33, 34, 36, 37, 38
<b>Instrumentos utilizados para medir algumas variáveis não são próprios para TEA (possibilidade de vieses)</b>	7, 9, 11, 16, 17, 21, 22, 24, 27, 40
<b>Administração dos instrumentos</b>	10, 30
<b>Tipo de Amostra</b>	10, 11, 18, 27
<b>Tempo de intervenção</b>	15, 29

## Discussão

Este estudo de revisão teve como um dos critérios de exclusão para a seleção de artigos o tipo de estudo, sendo um deles, estudos de revisão de literatura. Na fase de buscas, foram encontradas 4 revisões sobre o tema, uma de 2011, duas de 2013 e uma de 2014. Porém, todas essas revisões possuíam algum tipo de restrição (TEA e Ansiedade; TEA em crianças; ou TEA e ansiedade em crianças/jovens) (Danial & Wood, 2013; Lang, Mahoney, El Zein, Delaune, & Amidon, 2011; Ung, Selles, Small, & Storch, 2015; Wood, Drahota, Sze, Har, Chiu, & Langer, 2009). Nesse sentido, a presente revisão buscou ampliar o que já existe na literatura, inclusive em revisões, ao ter o objetivo de abarcar o que há de mais recente sobre TEA-AF e TCC, sem restrições nos critérios de exclusão dos artigos no que tange ao tipo de amostra ou comorbidades. A partir disso, buscou-se apresentar um panorama geral sobre o TEA-AF na perspectiva da TCC e discutir as comorbidades mais comuns enfatizadas pelos artigos, os instrumentos mais utilizados, questões metodológicas, técnicas da TCC e as adaptações presentes. Assim, o objetivo da discussão foi apresentar uma síntese sobre o que há de mais recente nos estudos entre TCC e TEA-AF e, através de 7 eixos estabelecidos, refletir sobre os resultados encontrados e propor algumas contribuições.

### Delineamento dos estudos

Como apresentado nos resultados, a maior parte dos estudos desta revisão é do tipo Ensaio Clínico Controlado Randomizado (ECCR) (17 artigos). O segundo tipo mais usado é o estudo empírico quantitativo (16 artigos). De acordo com Kabisch, Ruckes, Seibert-Grafe & Blettner (2011), ensaios clínicos controlados randomizados são o método padrão-ouro na medicina para verificar eficácia e segurança de algum tipo de tratamento e

representam o método mais atual em uma longa história de tentativas de julgar a eficácia terapêutica (Bothwell & Podolsky, 2016).

Na tentativa de aplicar o rigor da medicina na Psicologia, foi sugerido, em 1956, que o ECCR fosse um método na pesquisa em Psicoterapia, e assim deu-se início aos estudos em Psicologia que empregam esse delineamento. Atualmente, é visto como o delineamento mais rigoroso na avaliação de resultados em psicoterapia e usado então, na identificação das melhores intervenções terapêuticas para diferentes transtornos. A TCC, sendo uma abordagem baseada em evidências, naturalmente busca a utilização de métodos científicos atuais e reconhecidos para avaliar suas intervenções, o que explica a alta taxa de ECCR encontrados nessa revisão, na qual foram utilizados para avaliar e investigar eficácia e viabilidade de intervenções de TCC em diferentes formatos para pessoas com TEA-AF (Leonardi, 2017; Vieira & Hossne, 2015).

De acordo com Singal, Higgins, e Waljee (2014), o ECCR

is ideal for efficacy evaluation because it minimizes bias through multiple mechanisms, such as standardization of the intervention and double blinding. RCTs generally eliminate issues of access (intervention is provided free), provider recommendation, and patient acceptance and adherence. (p. 1).

Além disso, o desenvolvimento de ferramentas estatísticas no resumo de dados de uma pesquisa foi um grande avanço para a área de evidências na psicoterapia. Com a difusão do método de ECCR, foi possível também o uso da metanálise para resumir dados de vários estudos em um único. Porém, na Psicologia, o ECCR tem algumas particularidades visando a um resultado mais fidedigno. Tais particularidades envolvem: incluir no estudo transtornos listados pelo atual DSM; participantes distribuídos aleatoriamente nos grupos experimental e controle; e a intervenção consiste na aplicação de procedimentos padronizados descritos num manual. O uso do manual é muito

importante, porque é fundamental no processo de indicação precisa dos procedimentos terapêuticos que ocorreram (variável independente), além de poder diminuir as idiossincrasias dos terapeutas que estão envolvidos. Nesse sentido, a TCC pode avaliar sua eficácia ao trabalhar com manuais, ao contrário de outras abordagens, que ficam impedidas de serem testadas. Além disso, é indicado que os terapeutas sejam treinados para seguir o manual, além de serem monitorados. Os participantes também são avaliados em pré e pós intervenção por diversos tipos de instrumentos, os quais terão seus resultados analisados estatisticamente (Dobson & Dobson, 2017; Leonardi, 2017).

Nesse sentido, por ser aplicado em um contexto com grandes diferenças do contexto farmacológico, há também muitas críticas em relação às conclusões de um ECCR na avaliação de psicoterapias e em contextos de intervenções complexas em saúde. Alguns desses apontamentos envolvem a abrangência apenas de diagnósticos do DSM, a impossibilidade de cegamento – já que não há como o terapeuta não saber que tipo de intervenção está aplicando, – dificuldades na padronização da variável independente, na concepção de placebo e a composição do grupo-controle (Bonell, Fletcher, Morton, Lorenc, & Moore, 2012; Dobson & Dobson, 2017).

Contudo, apesar de todas as considerações, o ECCR possibilita o estabelecimento bastante preciso de relações de dependência entre variáveis, e por isso, é hoje considerado o padrão ouro na determinação da eficácia de diferentes modalidades de psicoterapia. Atenta-se, porém, que os estudos devem buscar sempre atender a todos os critérios exigidos em um ECCR, para eliminar qualquer viés que seja possível. Além disso, devem manter-se na busca de aperfeiçoamento para o delineamento ECCR no contexto de psicoterapias (Bonell et al., 2012; Vieira & Hossne, 2015).

Em relação às limitações dos estudos, a maior parte apresentou como limitação o tamanho da amostra. Além disso, nos trabalhos de ECCR foram apontados como limitações

a falta de controle de algumas variáveis (como severidade e comorbidades), de alguns vieses, de algumas medidas, de um grupo controle, instrumentos com falhas em sua aplicação, além da inexistência de instrumentos que avaliam alguns sintomas em TEA-AF, por exemplo, que podem influenciar os resultados dentro de um ECCR (16 artigos). Esta última limitação apareceu de forma importante nos resultados – também em estudos com outros delineamentos – e aponta para uma lacuna nos estudos do tema: a criação de instrumentos específicos para avaliar sintomatologias na população TEA-AF, como ansiedade e depressão (10 artigos). Isso mostra-se necessário porque a ansiedade, por exemplo, aparece de forma muito peculiar e variável no TEA-AF. De acordo com Kerns et al. (2014), o nível de comprometimento de ansiedade associado a qualquer característica do TEA pode variar muito. Portanto, a ansiedade no TEA-AF não é satisfatoriamente avaliada quando são usados instrumentos que avaliam ansiedade na população neurotípica.

### **Tipo de Intervenção**

De todos os estudos que trabalharam a intervenção com o TEA-AF, 24 são intervenções em grupo e 4 com parte individual e parte em grupo. Este resultado reflete a tendência da TCC atualmente: a intervenção grupal (TCCG). Estudos para avaliar a eficácia da TCCG tiveram início na década de 1970 e com o passar do tempo, critérios como este, além de efetividade e eficiência, foram sendo cada vez mais incluídos na escolha pelos serviços de saúde públicos. Estes, na priorização pela diminuição dos custos de tratamento, começaram a abrir espaço para as intervenções em TCCG, que são breves e nas quais um ou dois terapeutas são responsáveis pelo atendimento de 6 a 8 pacientes simultaneamente (Rangé, Pavan-Cândido, & Neufeld, 2017).

Após muitas novas avaliações realizadas e após mais de 40 anos de pesquisas em TCCG, pode-se afirmar a elevada eficácia e efetividade desse tipo de intervenção em diversos transtornos mentais. Além disso, a TCCG apresenta alta probabilidade de ser uma intervenção econômica para a ansiedade em crianças e jovens com TEA, como apresentado nos resultados, nos quais 70% dos artigos (n=28) aparecem associados com TCCG (NICE Clinical Guideline 170, 2013; Rangé et al., 2017).

A participação dos pais também esteve presente na maior parte dos estudos (57,5%; n=23) em conjunto com a criança, em grupo separado ou parte de cada um, o que vai ao encontro da literatura, a qual tem estudos que destacam a frequência e a importância da participação dos pais no atendimento a TEA-AF pela TCC.

Devido às características e déficits peculiares das crianças com TEA, o papel dos pais torna-se maior do que o papel que desempenham com os filhos neurotípicos. A literatura destaca que geralmente esses pais assumem papel de defensores, treinadores, torcedores, professores e co-terapeutas e que podem treinar técnicas cognitivas com os filhos fora de sessão e ajuda-los a generalizar novas habilidades em diferentes configurações. A participação é importante também para que possíveis crenças desadaptativas dos pais – que agem muitas vezes reforçando a ansiedade do filho – sejam trabalhadas e assim seja incentivada a cooperação dos pais na redução desta ansiedade e na independência do filho (Johnco & Storch, 2015; Reaven, 2011).

### **Técnicas da TCC utilizadas**

No âmbito das intervenções, os resultados mostraram que as principais técnicas da TCC foram mantidas na intervenção com TEA-AF. De acordo com Reaven (2011), técnicas da TCC para ansiedade incluem uso de exposição graduada, relaxamento,

reestruturação cognitiva e modelagem, que também foram presentes nas intervenções com TEA-AF e ansiedade nesses estudos. A manutenção das principais técnicas da TCC nessas intervenções é possível porque indivíduos com TEA-AF apresentam bons prognósticos intelectuais e cognitivos, que são fundamentais para que haja progresso em habilidades sociais, regulação emocional e reestruturação cognitiva. Ao contrário, pessoas com TEA com deficiência intelectual e / ou deficiências de comunicação severas, que assim podem não ser capazes de formar a relação terapêutica tradicional necessária durante a intervenção, além de terem mais dificuldade em reconhecer e compartilhar pensamentos, sentimentos e conceitos abstratos (Rotheram-Fuller & Hodos, 2015).

No tratamento de pessoas com TEA-AF, técnicas centrais da TCC comumente utilizadas incluem psicoeducação, técnicas cognitivas (questionamento socrático e reestruturação cognitiva), hierarquia de medos e técnicas de prevenção de exposição e resposta. (Lang et al., 2011; Ung, Selles, Small, e Storch, 2015).

A Psicoeducação apareceu em 16 artigos. De acordo com Dobson e Dobson (2017) e Ung et al. (2015), é considerada uma prática baseada em evidências para diversos transtornos mentais e pode ser usada em qualquer momento na terapia. Ela se resume em transmitir para o paciente didaticamente conceitos da TCC, de ciclos cognitivos dos transtornos e da estruturação das sessões. Por exemplo, o terapeuta transmite ao paciente com TEA-AF a natureza da sua ansiedade e o raciocínio do tratamento. No contexto do TEA-AF a psicoeducação ocorre de maneira satisfatória, contudo, adaptações podem ocorrer conjuntamente.

Técnicas bastante utilizadas nas intervenções para manejo de comportamento foram aquelas relacionadas a gerenciamento comportamental, como recompensa e reforço (4 artigos). O objetivo nestes casos é aumentar ou reduzir a frequência de determinados comportamentos apresentados pelos pacientes com TEA-AF, como aqueles relacionados a

problemas de externalização (agressão, explosões, comportamentos disruptivos) (Lerner, White, & McPartland, 2012).

Técnicas de Exposição e Resposta foram utilizadas em 17 artigos. No contexto do TEA-AF, a TCC trata alguns sintomas, como os de ansiedade, através de exposição aos estímulos aversivos de forma gradual e progressivas, durante a qual são impedidos de lançar mão de táticas de redução de ansiedade até que a ansiedade tenha naturalmente diminuído (Ung et al., 2015). O artigo 37 apresentou uma intervenção adaptada do FYF (Facing Your Fears), o FYF School-based Program, para ser utilizada em contexto escolar. Nesta intervenção, técnicas de exposição graduada foram utilizadas de forma intensiva e em diferentes formatos (da sessão 5 à sessão 10). Os alunos passaram mais tempo envolvidos em práticas de exposição graduada na escola (ao contrário da intervenção original, realizada na clínica), além de serem criadas estratégias para incentivar os estudantes a enfrentar os medos dentro do ambiente escolar. Além disso, a exposição graduada também foi trabalhada em formato diferente, através de vídeos transmitidos no grupo, os quais mostravam situações como: medo de 'falar no telefone' ou 'estar na loja quando fechar', medos comuns nas vivências de crianças com TEA-AF (Drmic, Aljunied, & Reaven, 2017).

As técnicas cognitivas utilizadas, como a reestruturação cognitiva, apareceram em 9 artigos. Tais técnicas têm como foco descobrir distorções cognitivas e reestruturá-las, como a distorção Pensamento em Preto e Branco, comum nessa população. Esta técnica objetiva focar nos déficits do TEA-AF relacionados a gerar perspectivas alternativas ou adicionais para desafiar pensamentos disfuncionais (Lerner et al., 2012; Spain, Sin, Chalder, Murphy, & Happé, 2015).

Técnicas de Autorregulação emocional foram utilizadas em 11 artigos. Ela é importante e comumente utilizada porque esses pacientes geralmente apresentam

dificuldades em descrever e rotular as emoções e podem achar difícil identificar as relações entre cognições (pensamentos e crenças), emoções e respostas comportamentais. Além disso, às vezes apresentam um fraco controle de impulsos e automonitoramento precário. Nesse sentido, as técnicas que envolvem regulação emocional podem ajudar o paciente a entender melhor suas emoções e assim lidar de forma mais saudável com situações estressantes ou ansiosas (Spain et al., 2015; Stichter, 2010). O artigo 19 é um dos que descreve uma intervenção de TCC em grupo para TEA-AF focada na regulação emocional, a qual é dividida em duas partes: psicoeducação e regulação emocional. Na fase de psicoeducação os pacientes aprenderam sobre a natureza do TEA e na fase 2, é utilizado o Cat-Kit (*Cognitive Affective Training Kitle*), programa desenvolvido para ajudar indivíduos com TEA a tomar consciência de como seus pensamentos, sentimentos e ações interagem, e compartilhar no grupo. O estudo indicou a eficácia da TCC em grupo focada em regulação emocional para esta população (Kuroda et al., 2013).

## **Adaptações**

Indivíduos com TEA-AF podem ter dificuldade em entender e reconhecer os pensamentos e sentimentos dos outros e de si, assim, apesar da grande quantidade de técnicas da TCC mantidas no atendimento ao TEA-AF, as adaptações das mesmas e/ou de protocolos podem ser consideradas indissociáveis da prática clínica da TCC no atendimento desse transtorno. Isso acontece porque o TEA-AF é considerado um transtorno complexo e seus sintomas apresentam uma variabilidade muito grande, sendo necessárias adaptações que foquem nas características gerais do transtorno, bem como aquelas associadas às variabilidades apresentadas por cada paciente. Assim, características básicas do TEA-AF, como déficits sociais e de comunicações e as dificuldades em tolerar a

mudança e a incerteza, podem afetar o processo de terapia, bem como as deficiências neuropsicológicas comumente associadas ao ASD, como déficits na flexibilidade cognitiva. Nesse sentido, protocolos de TCC e técnicas específicas podem ser adaptados para incluir histórias sociais que explicam de forma mais didática e lúdica os pensamentos e sentimentos dos outros, questões que auxiliam no desenvolvimento de habilidades sociais, bem como ajudas visuais e planilhas estruturadas para empregar componentes de TCC (Spain et al., 2015; Ung et al., 2015).

Em 2013 foi lançada uma diretriz pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) em Londres em colaboração com o *Social Care Institute for Excellence* (SCIE) intitulada "Autismo: gestão e apoio de crianças e jovens no espectro do autismo". Tal diretriz foi desenvolvida por uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde, crianças e jovens com TEA, seus cuidadores e metodologistas orientadores a partir de uma consideração das melhores evidências disponíveis. É uma diretriz que resume as diferentes formas pelas quais os profissionais podem oferecer suporte, tratamento e ajuda para crianças e jovens com TEA (Crowe & Salt, 2015; *NICE Clinical Guideline 170*, 2013).

Esta foi a primeira diretriz nacional de orientação a se concentrar na gestão e apoio a crianças e jovens no espectro do autismo e fornece diversas orientações ao usar TCC para ansiedade em jovens com TEA. Tais orientações indicam modificações que são focadas principalmente na estrutura e fornecimento da TCC, mais do que no conteúdo, além de apontamentos para a necessidade de redução ou simplificação dos fatores cognitivos (Baird et al., 2013; *NICE Clinical Guideline 170*, 2013; Walters, Loades, & Russell, 2016). As adaptações sugeridas são:

1. Treino de reconhecimento emocional
2. Maior uso de informações escritas e visuais e planilhas estruturadas

3. Uma abordagem mais cognitivamente concreta e estruturada.
4. Atividades cognitivas simplificadas, por exemplo, múltipla escolha, planilhas.
5. Envolver um pai ou cuidador para apoiar a implementação da intervenção, por exemplo, envolvendo-os em sessões de terapia
6. Manter a atenção oferecendo intervalos regulares.
7. Incorporar os interesses especiais da criança ou do jovem em terapia, se possível.

Apesar de essas orientações citadas serem direcionadas para a população de TEA em geral com ansiedade, percebe-se que são adaptações comuns aos resultados desta revisão, restrita a TEA-AF, além de serem utilizadas em TEA-AF com outras comorbidades. De acordo com Farrel et al. (2016), Lang et al. (2011) e Reaven (2011), é estimado que até 80% de jovens com TEA tenham ansiedade clinicamente significativa e que no TEA-AF o risco seja maior. Assim, os resultados vão de encontro com o guia proposto, pois tem em sua amostra TEA-AF com alta comorbidade de ansiedade e utilização de todas as adaptações sugeridas no documento.

Ainda assim, há outras modificações apresentadas pelos artigos desta revisão que não são sugeridas no NICE (2013), mas que surgem como sugestões interessantes no atendimento ao TEA-AF, como por exemplo: uso de jogos, metáforas, recompensas, programas informatizados interativos, modelagem de vídeo, roteiros de sessão previsíveis, estimulação sensorial, uso de computador e ênfase em habilidades de comunicação. Isso acontece porque o documento NICE (2013) é voltado para a população TEA em geral, e não específico para TEA-AF. Nesta revisão, com a especificidade da amostra, as adaptações são voltadas, portanto, para características quase exclusivas do TEA-AF, o que aumenta a sua quantidade e variedade.

As estratégias visuais, que aparecem em 9 artigos e são, de acordo com Hume, Wong, Plavnick, & Schultz (2014), comumente utilizadas no atendimento ao TEA e assumem diversas formas e funções, como fotografias, ícones, cartazes, palavras escritas, objetos, organização de móveis no espaço, horários, cronogramas, entre outros. São estratégias que provaram eficácia em comportamentos pró-sociais crescentes (engajamento de tarefas e desempenho independente), além de redução do comportamento inadequado em diversas faixas etárias e configurações. Nos artigos 18 e 36, tais estratégias foram usadas para transmissão de conceitos psicológicos mais abstratos (Russel et al., 2013; Kushner et al., 2017) e no estudo de Pugliese e White (2014), usadas associadas a estratégias verbais, para ensinar conceitos da TCC e habilidades sociais (artigo 23).

O uso de interesses especiais do paciente, que apareceu em 9 artigos e mostra-se como uma adaptação muito vantajosa ao tratamento, porque provoca o envolvimento do paciente, além de ser acessível e notável para a criança (Johnco & Storch, 2015; Rotheram-Fuller & Hodas, 2015). Esta utilização dos interesses pode ocorrer em diversos formatos (uso de jogos específicos de computador, em forma de metáforas, formas de recompensa). No ensaio clínico controlado randomizado de Wood et al. (2009) (artigo 7), os interesses e estereotipias dos pacientes foram incorporados na intervenção de diversas maneiras: conceitos terapêuticos, como reestruturação cognitiva e reconhecimento de emoção, foram ensinados usando os interesses especiais das crianças como exemplos (sentimentos e pensamentos de personagem de desenho animado de seu interesse servem de base para discussões); como recompensas (concedeu acesso ao estímulo preferido). Já no artigo 13, os autores propuseram um “Download Time” ao fim de cada sessão para conversar sobre interesses do paciente, a fim de evitar conversas tangenciais e ajudar no estabelecimento do rapport terapêutico (Krebs et al., 2016).

No geral, estratégias cognitivas modificadas têm sido consideradas promissoras para tratar sintomas de ansiedade com TEA. Para indivíduos com TEA sem deficiência intelectual (AF) e um transtorno de ansiedade, a TCC é sugerida por pesquisas quando é acompanhada de adaptações, como uso de instruções diretas em treino de habilidades sociais, maior envolvimento familiar, suporte visual, reforçadores individualizados, interesses pessoais do paciente incorporados em sessões e menor ênfase em conceitos abstratos (Lang et al., 2011; Reaven, 2011). Os resultados desta revisão, portanto, vão de encontro com o NICE e com a literatura recente, ao apresentarem intervenções com as mesmas adaptações.

As adaptações são necessárias e às vezes podem depender de peculiaridades de cada paciente, o que dificulta a criação de um protocolo fechado e restrito à população de TEA-AF. A partir da variedade de técnicas que podem ser utilizadas, é muito importante que sejam identificados prioritariamente os déficits e as habilidades apresentadas por cada um dos pacientes, antes de iniciar qualquer intervenção, para que sejam decididas as melhores adaptações, para maior efetividade da TCC (Rotheram-Fuller & Hodas, 2015).

### **Protocolos utilizados**

Os protocolos mais usados nos artigos foram o BIACA (14,8%), o FYF (Facing Your Fears: Functioning Autism Spectrum Disorders) (14,8%) e o Building Confidence CBT program (11,11%).

O BIACA (Behavioral Interventions for Anxiety in Children with Autism) foi utilizado em 4 artigos. É um protocolo baseado no programa de TCC Building Confidence, com envolvimento e treinamento significativo dos cuidadores e com sessões fornecidas em formato modular, no qual as adaptam as estratégias de intervenção a cada criança e não

seguem um protocolo uniforme. O treinamento parental é fornecido através de partes exclusivas de cada sessão em módulos específicos. É um manual desenvolvido para crianças com TEA de 7 a 11 anos que apresentem sintomas de transtorno de ansiedade de separação, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social e transtorno obsessivo-compulsivo em crianças com TEA. Este objetivo vai ao encontro do que a literatura traz sobre as comorbidades mais presentes no TEA (transtornos de ansiedade) (Wood et al., 2015).

No artigo 1, 32 jovens receberam 16 sessões do protocolo BIACA e foram avaliados em fases pré, pós e follow up. Os resultados sugeriram que os efeitos do tratamento foram robustos com grandes reduções na gravidade da ansiedade em todas as medidas (Selles et al., 2015).

No artigo 26, o BIACA foi aprimorado e modificado, para atender as necessidades de desenvolvimento dos 33 adolescentes da amostra com ansiedade clínica. Os módulos de terapia foram selecionados sessão por sessão, para abordar adequadamente as necessidades clínicas dos adolescentes da amostra, porém, também foram realizadas três sessões sobre habilidades básicas de enfrentamento e em oito sessões foram trabalhadas técnicas de exposição in vivo, além de técnicas de ativação comportamental e reestruturação cognitiva, que também foram incluídas no protocolo. Algumas áreas, como habilidades sociais precárias e problemas na escola, foram abordadas nos módulos focados em preocupações fundamentais de adolescentes ansiosos com TEA-AF. Os resultados mostraram efeitos de tratamento significativos na medida utilizada, porém, os autores ressaltam que possivelmente sejam necessárias outras ou mais modificações na aplicação deste manual (Wood et al., 2015).

No artigo 29, os 31 adolescentes participantes receberam 16 sessões individuais semanais de uma versão modificada do BIACA. As sessões modulares eram selecionadas

antes de cada sessão, para serem adequadas. Além dos módulos principais (mínimo de três sessões sobre habilidades de enfrentamento, como ativação comportamental e reestruturação cognitiva e oito sessões de exposição), houve módulos adicionais, conforme foi necessário, para trabalhar déficits e problemas de habilidades sociais e adaptativas, má motivação, problemas sociais e escolares e sintomas comórbidos. Os autores relataram a eficácia do programa, que reduziu significativamente os sintomas de ansiedade e comprometimento da amostra (Storch et al., 2015).

O protocolo BIACA também foi utilizado no estudo 38, que teve como objetivo examinar a aliança terapêutica e sua relação com as características da criança e os resultados do tratamento de ansiedade em jovens com TEA. Os resultados indicaram que essas crianças podem desenvolver uma relação forte com seu terapeuta e trabalhar conjuntamente e em colaboração para atingir os objetivos da TCC, adaptados às suas necessidades (Kerns et al., 2017).

O protocolo Buiding Confidence, no qual o BIACA foi baseado, foi utilizado em 3 artigos e é um manual de TCC para crianças em idade escolar que apresentem sintomas clinicamente significativos de transtornos de ansiedade. O programa abarca terapia individual e terapia com os pais, para treinamento e envolvimento. Os objetivos envolvem ensino de princípios e técnicas da TCC, formas de criar confiança através de aprendizagem graduada e de prática de habilidades de independência. A participação dos pais em casa, como co-terapeutas, permite o treino de técnicas de exposições e a manutenção de metas e efeitos durante e após o tratamento.

O artigo 7 teve como objetivo testar o programa modular de TCC Buiding Confidence para crianças com TEA-AF. Ele foi adaptado para trabalhar déficits de habilidades sociais e adaptativas desse tipo de transtorno, que poderiam impedir atingir o objetivo de redução da ansiedade. O programa foi aplicado em 40 crianças em 16 sessões

de 90 minutos, sendo 60 minutos com os pais e 30 minutos com as crianças. Os resultados ofereceram suporte inicial para a eficácia do programa Building Confidence aprimorado para crianças com TEA-AF e transtornos de ansiedade comórbida (Wood et al., 2007).

O artigo 9 apresentou uma intervenção com versão modificada do Building Confidence para 19 crianças com TEA-AF, com 16 sessões, sendo também 60 minutos com os pais e 30 com a criança. Nesta versão modificada, características do TEA-AF, como o isolamento social e as estereotipias, foram também trabalhadas, com técnicas adicionais, adaptações nas sessões e envolvimento da escola (Wood et al., 2009).

O artigo 11 aplicou em 40 crianças a versão modificada do Building Confidence para atendimento de crianças com TEA, e com modificações que objetivaram atender os déficits de habilidades adaptativas, déficits de habilidades sociais, interesses circunscritos e estereotipias, pouca atenção e motivação, comorbidades comuns em TEA (como distúrbios do comportamento disruptivo) e problemas relacionados à escola. No mesmo formato de sessões dos estudos anteriores, o estudo sugere que esta intervenção pode aumentar ganhos de habilidades de vida diária nessas crianças e incentivar os pais a ajudarem seus filhos a tornarem-se mais autossuficientes (Drahota, 2010).

O FYF (Facing Your Fears) também foi utilizado em 4 artigos. É uma intervenção grupal centrada na família para crianças e adolescentes com TEA-AF e ansiedade. É um programa cognitivo-comportamental (CBT) de 14 sessões semanais, com duração de 1 hora e meia cada, com o objetivo de gerenciar sintomas de ansiedade em indivíduos com idade entre 7 e 14 anos. As 14 sessões são divididas em dois blocos de tratamento: as sete primeiras fornecem uma introdução aos sintomas de ansiedade e às estratégias básicas de TCC e as últimas sete se concentram na implementação e generalização de ferramentas específicas para regular a ansiedade. Há ainda um manual facilitador com metas de sessão e orientação para líderes de grupo.

O FYF baseia-se em uma série de tratamentos de TCC empiricamente testados para o tratamento da ansiedade em crianças, como o Coping Cat. Além disso, utiliza as principais técnicas dos programas de TCC padrão, como exposição graduada, respiração profunda e estratégias de regulação emocional e de enfrentamento. Porém, as adaptações para jovens com TEA-AF são adicionadas, a fim de trabalhar os desafios sociais, emocionais e comunicativos relacionados ao transtorno, além de buscar aumentar a participação e o engajamento. Algumas adaptações presentes são: reforço; uso de planilhas e listas de opções; uso de materiais concretos e exemplos para explicar conceitos; rotina; estrutura visual; foco nos interesses especiais; atividades práticas e modelagem de vídeo. A participação dos pais também é destaque neste programa, e tem um papel central na intervenção. Os pais participam das atividades em dupla ou grupos e são ensinados a recompensar comportamentos corajosos, a ajudar no reconhecimento e manejo de emoções, na modelação de estratégias de resolução de problemas e no enfrentamento do medo (Reaven et al., 2011).

O artigo 3 é um estudo piloto que avaliou a eficácia e viabilidade da intervenção do FYF por videoconferência com 17 famílias. Foram adicionadas modificações ao protocolo para adequação ao formato de videoconferência e os resultados sugerem suporte para a aplicação do protocolo neste formato (Hepburn et al., 2015).

O artigo 12 (Reaven et al., 2012) aplicou em 50 crianças com TEA-AF o programa FYF. Os resultados do estudo mostraram que os participantes que receberam a intervenção tiveram redução significativa na ansiedade e sugerem que o programa TCC modificado para TEA-AF pode ser efetivo nessa redução.

O artigo 27 (Reaven et al., 2015) teve como um dos objetivos avaliar a eficácia do FYF para novas configurações, avaliação suportada pelos resultados. O estudo foi realizado com 16 crianças e seus pais e adaptações foram incluídas, como instruções que foram

modificadas para esclarecer algumas atividades, maior flexibilidade no cronograma e planilhas atualizadas, que não implicaram em mudanças substanciais no conteúdo do programa. Já o artigo 37 (Drmic, 2017), utilizou o protocolo de forma adaptada para uma intervenção em contexto escolar.

A aplicação de programas convencionais de TCC específicos para a população em geral, em crianças e adolescentes com TEA, e especificamente TEA-AF, pode ser bastante difícil. Tal dificuldade advém muitas vezes do fato de que programas tradicionais da TCC podem ser em grande parte verbais e abstratos para crianças com TEA, que possuem desafios linguísticos e sociais (Reaven, 2011). Nos artigos 1 e 38 os autores não citaram a presença de adaptações no protocolo BIACA. Porém, sua própria configuração modular permite uma flexibilidade que se adequa em parte à complexidade do transtorno e à dificuldade de haver um protocolo fechado para esses casos. Todos os artigos que utilizaram o Building Confidence o fizeram com aplicação de versão modificada, para atender às necessidades do TEA-AF. Já o FYF parece ser um programa bem estruturado para atendimento desse público, com modificações e atualizações recentes do manual. Todos os programas discutidos, porém, apresentaram resultados que suportam sua aplicação e sugerem sua eficácia principalmente no tratamento de sintomas ansiosos nesta população. Nesse sentido, a tendência é que novas atualizações de programas sejam feitas e que mais estudos com esse público utilizem ou proponham manuais específicos, já adaptados para o atendimento de TEA-AF.

## Comorbidades

A associação do TEA-AF com a ansiedade foi presente em 52% dos artigos, os quais também apresentaram critérios de inclusão com utilização de instrumentos específicos de avaliação da ansiedade.

A literatura disserta que há uma co-ocorrência substancial de problemas emocionais em jovens com TEA, como ansiedade e depressão, especialmente quando comparados com seus pares - tanto na população em geral quanto quando comparados com jovens com outras dificuldades de desenvolvimento. A ansiedade, especificamente, aparece associada ao TEA de forma muito importante e crianças e adolescentes com TEA-AF correm ainda maior risco de desenvolver sintomas de ansiedade clinicamente significativos (Reaven, 2011; Sofronoff, Beaumont, & Weiss, 2014). Além disso, as intervenções promissoras de TCC voltadas à redução da ansiedade no TEA-AF têm proliferado recentemente (Lerner, White, & McPartland, 2012). De acordo com Reaven (2011) “Cognitive behavior therapy (CBT) has been identified as the treatment of choice in addressing anxiety symptoms in the general population, and an emerging body of literature indicates that modified CBT for youth with ASD can be effective in reducing anxiety symptoms” (pp. 257). Esses dois últimos pontos ajudam a compreender o alto número de artigos desta revisão que apresenta intervenções voltadas especificamente à ansiedade, com resultados promissores.

Uma reflexão interessante, contudo, é a proposta por Kernes et al. (2014), que apresenta a complexidade da compreensão envolvida nessa relação. Este autor apresenta três hipóteses explicativas para os sintomas de ansiedade no TEA e para os medos relacionados à mudança de rotina, às interações sociais ou estímulos incomuns, quais sejam: seriam (1) uma consequência universal do TEA, (2) uma comorbidade (ou seja, uma desordem distinta do TEA e semelhante a distúrbios de ansiedade fora do TEA, ou (3), uma manifestação única de ansiedade, alterada pela co-ocorrência com TEA.

Não há uma resposta ainda para este questionamento, mas a literatura apresenta alguns dados que podem ajudar a melhorar a compreensão da manifestação da ansiedade neste transtorno. De acordo com Lang et al. (2011), a ansiedade em pessoas com TEA-AF pode ser entendida como um meio usado para comunicar um desejo de escapar de uma situação, portanto, o comportamento ansioso teria uma função, a qual deveria ser determinada pelo terapeuta a fim de tomar decisões de tratamento mais eficazes.

De acordo com outros autores (Bellini, 2004; Lang et al., 2011; Reaven, 2011; Sze & Wood, 2007), no âmbito social, a preocupação excessiva e a angústia em relação às situações sociais podem impedir o estabelecimento de relações sociais significativas. Isto explicaria por que os problemas de ansiedade podem ser tão debilitantes para esta população: pode levar ao isolamento e afetar negativamente o desempenho escolar, funcionamento da família, além do possível agravamento de outros sintomas do TEA-AF. Neste caso, contudo, não há como definir se há uma co-ocorrência de sintomas ou não. Ainda, porém, crianças e jovens com TEA-AF podem ser alvo de assédio e bullying, o que leva a pensar que os sintomas de ansiedade podem ser também entendidos como uma consequência devido a um risco real aumentado de danos e não à disfunção cognitiva.

É evidente que a ansiedade é um transtorno presente em maior parte dos casos de TEA. Porém, evidente também é a falta de consenso em relação ao diagnóstico diferencial do transtorno e à manifestação da ansiedade no TEA e especificamente no TEA-AF. Por isso, a sua compreensão como um fenômeno de manifestação única de ansiedade, alterada pela co-ocorrência com TEA, parece a mais coerente por enquanto. Essa compreensão parte de dois fatores: 1) é muito difícil diferenciar se alguns sintomas do TEA-AF são agravados pela ansiedade ou se agravam a ansiedade; 2) estudos que avaliam ansiedade em TEA-AF utilizam instrumentos de ansiedade para população neurotípica. Este último ponto significa que tais instrumentos podem não diferenciar sintomas de ansiedade de sintomas do TEA-

AF e não capturar manifestações divergentes de ansiedade na população do TEA-AF e, portanto, enviesar conclusões (Kernes et al., 2014).

Isto leva a reflexão a retornar à questão das limitações dos estudos, em relação à falta de instrumentos específicos de avaliação da ansiedade em TEA-AF. Antes da criação desse instrumento, porém, são necessárias também, mais pesquisas que examinem a manifestação da ansiedade nesta população e desta maneira, refinar as intervenções, que podem inclusive ser ainda mais eficazes.

## **Instrumentos**

Em relação aos instrumentos utilizados para fechamento de diagnóstico e/ou inclusão na amostra, houve uma variedade menor (16 instrumentos), sendo que o ADOS (79,4%), ADI-R (50%) e WISC-IV (20,5%) foram os que mais apareceram nos artigos. ADI-R e ADOS para fechamento do diagnóstico de TEA, e WISC-IV para avaliação de capacidade cognitiva (necessária para fechamento do diagnóstico de TEA-AF).

O ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) é um protocolo semi-estruturado e padronizado para observação do comportamento social e comunicativo no TEA e avalia três domínios: comportamentos sociais, de comunicação e restritos e repetitivos. É um protocolo interativo, no qual há contextos padronizados que fornecem o pano de fundo para todas as observações (Lord et al., 1989).

O instrumento ADI-R (Autism Diagnosis Interview-Revised) é uma entrevista padronizada composta por 93 itens, que fornecem uma avaliação diagnóstica abrangente do espectro autista. Os itens avaliam comportamentos sociais, de comunicação e repetitivos. É um instrumento aplicado aos pais ou cuidadores de indivíduos com suspeita

de TEA. Também é considerado um instrumento válido e confiável para diagnóstico de TEA em crianças pré-escolares (Lord, Rutter, & Le Couteur, 1994).

O WISC-IV é um instrumento clínico de aplicação individual com objetivo de avaliar a capacidade intelectual e o processo de resolução de problemas de crianças e adolescentes entre 6 anos e 16 anos e 11 meses. É um instrumento que integra 15 subtestes, que avaliam itens diferentes e que são divididos entre Índices Fatoriais e Quociente de Inteligência Geral (Wechsler, 2013).

Os subtestes do WISC-IV são: Informação (IN), Semelhanças (SM), Vocabulário (VC) e Compreensão (CO), que são medidas de fatores específicos da inteligência cristalizada. Há também o subteste Aritmética (AR), do fator Conhecimento Quantitativo. Além disso, os subtestes Dígitos (DG) e Sequência de Números e Letras (SNL) medem o fator memória de curto prazo. Os subtestes Cubos e Completar Figuras calculam o processamento visual e os subtestes Código (CD), Procurar Símbolos (PS) e Cancelamento (CA) são específicos de Velocidade de Processamento (Macedo, Mota & Mettrau, 2017; Wechsler, 2013).

De acordo com Marques e Bosa (2015), na literatura internacional, os instrumentos ADOS e ADI-R são considerados padrão-ouro para o diagnóstico de TEA, que vai ao encontro dos resultados encontrados nesta revisão. Em relação à outra medida, o uso de instrumentos de medida de QI em indivíduos com TEA é utilizado, entre outras coisas, para diferenciação entre níveis de funcionamento e para diagnóstico diferencial. Assim, é comum que, além de medidas de sintomas, como o ADOS e o ADI-R, sejam utilizadas medidas de capacidade intelectual (Oliveras-Rentas, 2012). Nesse sentido, com a grande variedade de medidas de capacidade intelectual disponível para uso dos psicólogos, de acordo com Oliveras-Rentas et al. (2011), “the Wechsler scales are the most researched and widely used tests, particularly in ASD populations” (p. 655). Isto explica o uso comum

do WISC-IV no fechamento de diagnóstico, considerando que outros artigos também o utilizaram, porém em edições anteriores.

Os instrumentos utilizados em mais artigos da revisão, nas avaliações Pré, Pós e Follow-Up foram: ADIS-C/P, SRS e CGI-Improvement, respectivamente.

ADIS-P/C: O ADIS-C/P é um instrumento em forma de entrevista semi-estruturada que avalia os principais distúrbios de ansiedade, o humor e externalização do DSM-IV experimentados por crianças e adolescentes em idade escolar. A versão atual do instrumento tem boa e excelente confiabilidade teste-reteste, para ambas as escalas e diagnósticos de sintomas (Wood, Piacentini, Bergman, McCracken, & Barrios, 2002).

SRS: A Escala de Responsabilidade Social (SRS) é uma escala padronizada de 65 itens que avalia habilidades e deficiências em reciprocidade social. Em particular, foi projetada para medir deficiências sociais em cinco domínios: consciência social, cognição social, comunicação social, motivação social e maneirismos autistas (Booker & Starling, 2011).

O GCI é um instrumento que foi desenvolvido primariamente para uso em estudos de psicofarmacologia. A partir disso, passou a ser utilizado como medida padrão em estudos de eficácia de tratamentos farmacológicos para condições psiquiátricas. É um instrumento clínico composto por três escalas: CGI-S (Severidade); CGI-I (Improvement) e IE (Índice de eficiência). O CGI-I, que foi um dos instrumentos mais utilizados nos estudos de intervenção com TEA-AF avalia a extensão da mudança clínica, no ponto de avaliação em comparação com a linha de base, em um intervalo de 7 pontos (de Muito melhorado a Muito Pior) (Berk et al., 2008; Busner & Targum, 2007).

Apesar de serem os três instrumentos que aparecem mais, houve no total 96 instrumentos utilizados, o que demonstra uma grande falta de consenso sobre quais são as melhores medidas de avaliação. Isto dificulta, inclusive, um estudo de metanálise sobre a

intervenção de TCC com TEA-AF, já que a diversidade de medidas utilizadas é muito grande. A variedade pode ser explicada pelo fato de que também não há um consenso no objetivo ou avaliação dos artigos. Grande parte deles avalia redução de ansiedade, enquanto há outros que avaliam depressão, comportamento, habilidades sociais ou eficácia de programas de intervenção. Assim, por avaliarem comorbidades diferentes e terem objetivos diferentes, buscam diferentes instrumentos. Porém, mesmo para artigos com objetivos em comum, há discrepância no uso de instrumentos.

## **CAPÍTULO 3: Compreensão, contribuições, técnicas e aplicação da Terapia do Esquema para o TEA-AF: Revisão Integrativa da Literatura**

### **3.1 Objetivo**

Este capítulo teve como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura de propostas de compreensão e intervenção da TE para o TEA-AF.

### **3.2 Objetivos Específicos**

I. Compreender o modelo conceitual, as técnicas e a aplicação clínica da TE a crianças, adolescentes e adultos com Transtorno do Espectro Autista de alto funcionamento.

II. Realizar estatística descritiva sobre as intervenções de TE para o TEA-AF.

### **3.3 MÉTODO**

#### **Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, de caráter exploratório.

A Revisão Integrativa é um dos métodos incorporados pela Revisão Bibliográfica Sistemática para o processo de revisão da literatura e que, a partir da síntese de conhecimento e da análise de pesquisas relevantes de um determinado tema, oferecem conclusões gerais sobre o tema, suporte para melhorias na prática clínica e apontam lacunas que precisam ser preenchidas por novos estudos Mendes et al. (2008). Além disso, a Revisão Integrativa viabiliza a capacidade de sistematização do conhecimento científico e

a criação de um panorama sobre a produção científica já existente sobre o tema, que permite conhecer sua evolução ao longo do tempo e apontar possíveis oportunidades de pesquisa (Botelho et al., 2011).

### **Estratégia PICO**

A questão norteadora dessas duas revisões foi construída com base na estratégia PICO, amplamente empregada nos estudos de revisão integrativa. Assim, a pergunta delineada na presente revisão foi: O que há na literatura recente sobre o modelo conceitual, as técnicas e a aplicação (O) da Terapia do Esquema (I) em pessoas com Transtorno do Espectro Autista de Alto Funcionamento (P).

Devido ao objetivo não envolver nenhum tipo de comparação entre grupos, a estratégia PICO foi utilizada sem a letra C (comparação).

### **Instrumentos**

Como instrumento, foi utilizada uma Planilha de Análise sobre as publicações sobre TCC para o TEA-AF. Estas contabilizaram e reuniram os dados gerais e metodológicos dos estudos selecionados para as revisões, sendo preenchidos durante a realização das revisões integrativas da literatura.

#### **3.3.1 Procedimentos**

Considerando que a TE é uma abordagem mais recente e que tem desenvolvido muitos estudos na Alemanha, optou-se por: incluir nas bases de dados selecionadas, duas bases de dados alemãs, inserir a língua alemã nos critérios de busca e de inclusão e inserir

uma busca manual de trabalhos, para abarcar possíveis materiais desenvolvidos na Alemanha que pudessem ser relevantes para a Revisão.

### **Procedimento de coleta de dados**

A coleta de dados foi dividida em 3 fases.

**Fase 1:** Na primeira fase, foi realizada uma busca de materiais através das bases de dados BVS saúde, MEDLINE, PsychINFO, ZDB e WZB.

Os unitermos foram consultados previamente na Terminologia Psi-Alfabética da BVS-Psi e para a revisão de TCC e TEA-AF foram utilizados os seguintes termos e combinações: “Schema Therapy and autism spectrum disorder”; “Terapia do Esquema e Transtorno do Espectro Autista”; “Schematherapie und Autismus-Spektrum-Störung”. Além disso, foi realizada uma busca manual de materiais pertinentes à pesquisa, que pudessem não estar presentes na primeira busca.

**Fase 2:** Na segunda fase, todos os materiais encontrados foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão. Posteriormente, foi feita uma seleção de trabalhos a partir da leitura de títulos e resumos. Os que se encaixaram nos critérios, foram recuperados e lidos na íntegra.

**Fase 3:** Esta fase integrou a revisão crítica dos instrumentos: todos os materiais foram avaliados a partir dos seguintes critérios presentes nas planilhas de análise:

a) Características de referência dos artigos: título, autores, ano de publicação, nome da revista ou livro, volume da revista, número da revista, número de páginas, idioma do trabalho, local de realização da pesquisa.

b) Características metodológicas e de conteúdo dos artigos: Objetivo, Delineamento, Amostra, Participantes, Idade dos participantes, Técnicas de TCC descritas ou utilizadas, Presença ou não de adaptações nas técnicas, tipo de adaptações presentes,

uso ou não de protocolo, instrumentos utilizados para fechamento de diagnóstico do TEA, instrumentos utilizados para avaliação pré, pós tratamento e follow up, presença ou não de intervenção com os pais, instrumentos utilizados com os pais, resultados, conclusão, comorbidades presentes, sugestões do trabalho, limitações.

### **Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos apenas artigos ou capítulos de livro com data de publicação entre 2006 e 2017 e escritos em Língua Portuguesa, Língua Inglesa e Língua Alemã sobre TE para o TEA-AF. Não foram feitas restrições em relação ao delineamento metodológico. Foram incluídos trabalhos teóricos, descritivos, exploratórios ou empíricos nas abordagens TE com crianças, adolescentes ou adultos com TEA-AF.

Foram excluídos trabalhos anteriores ao ano de 2007 que não abarcaram estudos com crianças, adolescentes ou adultos com TEA-AF, que não utilizaram como base teórica a TE ou que apenas a abordaram tangencialmente.

### **Procedimento de análise de dados**

As categorias sistematizadas a partir das planilhas foram organizadas em eixos temáticos que serviram como ponto de partida para a análise e interpretação dos dados, última fase da revisão integrativa. Os eixos temáticos foram:

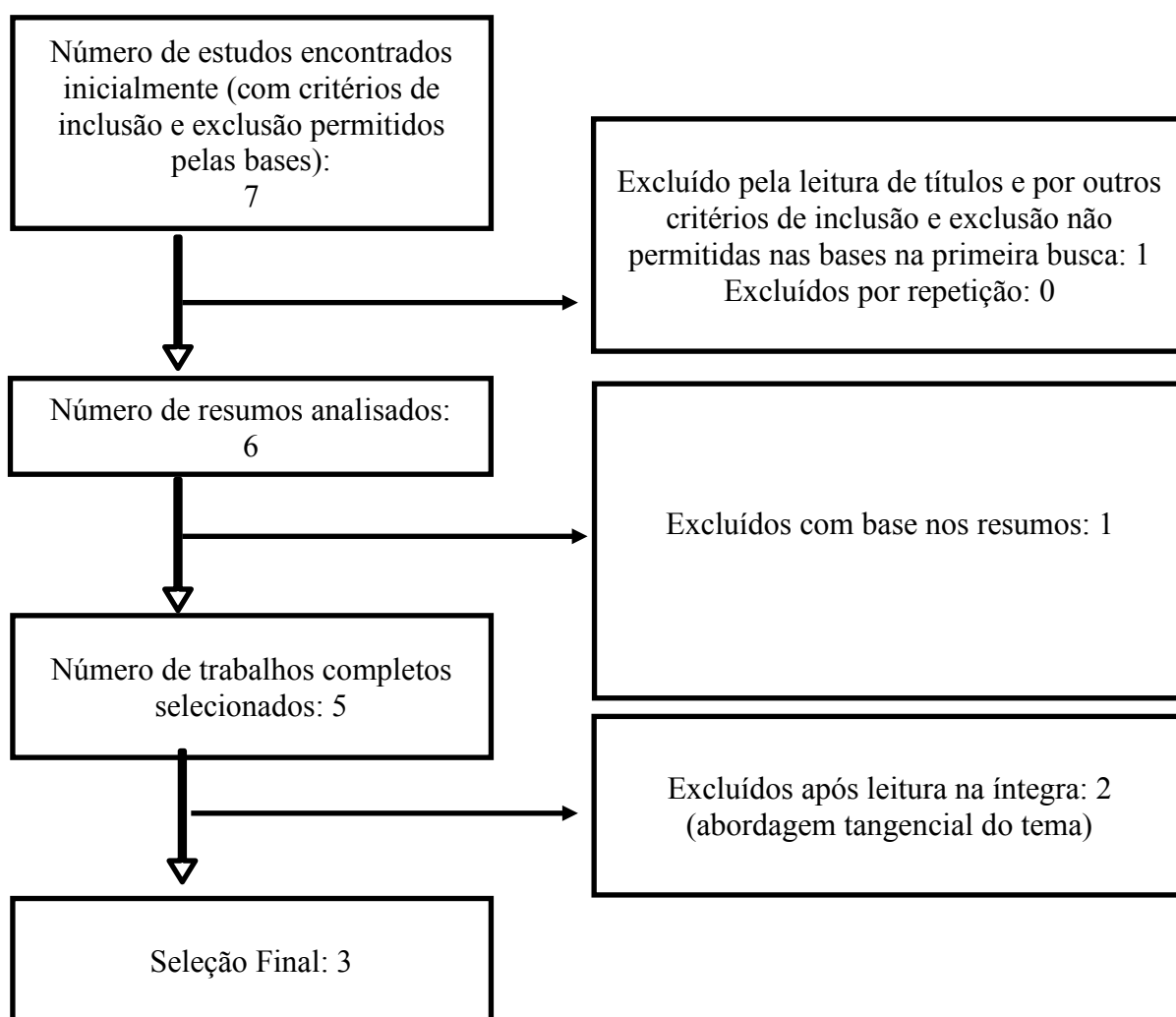
a) Instrumentos utilizados; b) EID's relacionados ao TEA-AF; c) As intervenções da TE para o TEA-AF.

Além disso, foi realizada estatística descritiva dos estudos selecionados e análise desses dados.

## Resultados

A primeira busca bibliográfica dessa pesquisa gerou um total de 7 trabalhos, considerando artigos, dissertações, teses, livros e capítulos de livros.

Após aplicação dos critérios de exclusão, obteve-se um total de 5 trabalhos, sendo 3 artigos e 2 capítulos de livro. Após leitura na íntegra, foram selecionados 3 trabalhos. Dentre os 3 selecionados, há 1 trabalhos teóricos, 1 estudo empírico e 1 projeto de protocolo interventivo. A Figura 1 apresenta o processo de seleção dos 3 trabalhos analisados nessa revisão integrativa.



**Figura 7:** Fase de seleção dos trabalhos

A tabela 14 apresenta as informações dos trabalhos selecionados.

Tabela 14

**Estudos selecionados e suas características**

<b>Artigo (nº)</b>	<b>Título do artigo / Capítulo</b>	<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>Revista/Livro</b>	<b>País de realização da pesquisa</b>
<b>1</b>	Early Maladaptive Schemas and Autism Spectrum Disorder in Adults	Fumiyo Oshima; Kazunori Iwasa; Hirofumi Nishinaka & Eiji Shimizu	2015	Journal of Evidence- Based Psychotherapies	Japão
<b>2</b>	Schema therapy as treatment for adults with autism spectrum disorder and comorbid personality disorder: Protocol of a multiple- baseline case series study testing cognitive-behavioral and experiential interventions	Richard Vuijck & Arnoud Arntz.	2017	Contemporary Clinical Trials Communications	Holanda
<b>3</b>	Schematherapie bei Autismus-Spektrum- Störungen	Claus Lechmann	2015	Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen	Alemanha

A produção na área é recente e dentre os artigos selecionados, sendo dois de 2015 e um de 2017. Em relação aos locais de realização das pesquisas, um foi realizado no Japão e publicado em língua inglesa (trabalho 1), um foi realizado na Holanda e publicado em língua inglesa (trabalho 2) e um foi realizado na Alemanha e publicado em alemão (Tabela 1). Para utilização do trabalho em língua alemã, portanto, foi realizada uma tradução por profissional tradutor especializado.

Dos 3 trabalhos, o primeiro é um artigo empírico quantitativo, o segundo é um artigo que apresenta uma proposta de protocolo interventivo e o terceiro é um capítulo de livro que apresenta uma proposta de protocolo interventivo (Tabela 2).

Tabela 15

**Descrição dos objetivos dos trabalhos e do Tipo de Estudo**

Nº	Objetivo	Tipo de estudo
1	Investigar as diferenças em Esquemas Iniciais Desadaptativos entre adultos pacientes ambulatoriais com TEA-AF.	Empírico Quantitativo
2	Investigar a efetividade da Terapia do Esquema para psicopatologia de transtorno de personalidade em pacientes adultos com TEA e transtorno de personalidade.	Empírico Quantitativo / Projeto de protocolo interventivo
3	Discutir as contribuições e aplicação da Terapia do Esquema aplicada a indivíduos com TEA-AF	Descritivo

A Tabela 16 abaixo apresenta as informações dos estudos empíricos selecionados.

Tabela 16

**Especificações dos estudos empíricos**

Trabalho (nº)	Amostra	Faixa Etária	Duração	Tipo de Intervenção	Intervenção com pais
1	48 (TEA-AF) e 86 (não-clínicos)	M=29,7 e M=30,21	--	--	--
2	12	18 a 65	30 sessões semanais	Individual	Não

Em relação aos instrumentos utilizados nesses trabalhos empíricos, a tabela 17 apresenta os instrumentos utilizados em cada um deles.

Tabela 17

**Instrumentos utilizados**

Artigo	
1	YSQ-S3 (Japanese version of the Young Schema Questionnaire – Form 3)
2	SRS-A (adult version) – diagnóstico TEA; VAS; SMI (Schema Mode Inventory); SCID-II; SCL-90 (Symptom Check List); SRS-A

Nem todos os trabalhos apresentaram técnicas de intervenção utilizadas com esse público, porém, as mesmas foram discutidas em um dos trabalhos teóricos (trabalho 5) e propostas no protocolo de intervenção (trabalho 3), como apresentado na tabela abaixo.

Tabela 18

**Técnicas da TE utilizadas ou propostas**

<b>Técnicas</b>	<b>Trabalhos que a utilizaram (n°)</b>
Psicoeducação sobre a TE	2, 3
Psicoeducação sobre necessidades básicas, comportamento funcional e disfuncional, vínculos entre os problemas atuais às experiências da infância.	2
Modelo do modo conceitual do transtorno da personalidade	2
Colagem	2
Trabalho com Modos	2
Psicoeducação de intervenções experienciais	2
Imagens Mentais	2
Técnica duas cadeiras	2
Imagem segura	2
Trabalho com auto imagem e auto conceito	3
Uso de bonecos e peões	3
Identificação, exploração e nomeação de modos (crianças em idade escolar)	3
Nomeação e Pintura de Modos (crianças em idade escolar)	3
Confrontação Empática	3
Troca de papéis	3
Mensagem de vídeo	3

Nestes trabalhos, também foi identificado o uso de algumas técnicas da TCC, como mostra a Tabela 19.

Tabela 19

**Técnicas de TCC utilizadas em conjunto na intervenção**

<b>Técnicas</b>	<b>Trabalhos que a utilizaram (n°)</b>
Treino de Habilidades Sociais	3
Estratégias comportamentais básicas	3
Correção de crenças centrais negativas	2
Análise de prós e contras	2
Plano de prevenção de recaída	2
Cartões de enfrentamento	2
Experimentos comportamentais	2
Role Play	2
Substituição de crenças e comportamentos disfuncionais por opções cognitivas e comportamentais adaptativas	2

Em relação aos EID's relacionados ao TEA-AF, três trabalhos (trabalhos 2, 4 e 5) apresentaram possíveis relações (Tabela 20).

Tabela 20

**EID's relacionados com o TEA-AF**

<b>Nº do trabalho</b>	<b>EID's</b>
<b>1</b>	Privação Emocional; Vulnerabilidade ao dano e à doença; Auto-controle/disciplina insuficiente.
<b>3</b>	Inadequação; Isolamento Social; Privação Emocional; Grandiosidade; Padrões Inflexíveis.

**Adaptações**

Em relação às adaptações, o trabalho 3 é o único que descreve o seu uso, através do uso do livro "Eu sou alguém especial", de Peter Vermeulen, e de um tempo reservado para interesses pessoais do paciente.

**Intervenção com os pais**

O trabalho com os pais também é descrito e explorado apenas no trabalho 3, através de identificação de esquemas e Modos dos pais, psicoeducação sobre o diagnóstico, avaliação de cada um dos pais sobre o filho e representação dos modos dos pais.

**Breve descrição dos trabalhos selecionados**

O artigo Early Maladaptive Schemas and Autism Spectrum Disorder in Adults (Oshima et al., 2015) investigou a diferença de EID's entre adultos com TEA-AF e um grupo controle não clínico. O instrumento utilizado foi o Questionário de Esquemas de Young. Os resultados mostraram uma diferença significativa entre os grupos para todos os EID's, exceto Auto Sacrifício e Busca de Aprovação e Reconhecimento. A análise de regressão sugeriu que EID's como auto-controle insuficiente, privação emocional e

vulnerabilidade ao dano e à doença foram significativamente diferentes entre os grupos e significativamente relacionados ao diagnóstico de TEA, o que pode significar que alguns EID's são mais importantes que outros para descrever as características de pessoas com TEA. Os autores apresentaram duas hipóteses: 1) indivíduos com TEA teriam níveis globais de EID's mais altos que indivíduos de grupo controle não clínico. 2) existiria um perfil com EID's que refletiria as características de indivíduos com TEA.

Em uma amostra de 48 pacientes com TEA-AF e 86 pacientes não clínicos, a análise estatística mostrou que os pacientes com TEA apresentaram escores significativos mais altos que os não clínicos para todos os EID's, exceto para Auto Sacrifício e Busca de Aprovação e Reconhecimento. Houve tamanho grande de efeito para Isolamento Social, Fracasso, Auto-controle/disciplina insuficiente, Vulnerabilidade ao dano e à doença, Dependência/incompetência, Privação emocional, Negativismo/pessimismo.

Por fim, a regressão logística mostrou que os EID's mais fortemente relacionados com TEA-AF, significativos, foram Privação Emocional, Vulnerabilidade ao dano e à doença e auto-controle/disciplina insuficiente.

O artigo Schema therapy as treatment for adults with autism spectrum disorder and comorbid personality disorder: Protocol of a multiple-baseline case series study testing cognitive-behavioral and experiential interventions (Vuijik & Arntz, 2017) é uma proposta de protocolo de intervenção da TE com pessoas com TEA-AF. Sua amostra inclui pessoas com TEA-AF com comorbidade com transtorno de personalidade. O objetivo dos autores no estudo foi apresentar um protocolo de intervenção que objetiva investigar a efetividade da TE com esses pacientes.

A intervenção consiste em 30 sessões semanais, com 10 sessões de reforço. As 30 sessões foram consideradas uma intervenção de TE, dividida em 15 sessões com

intervenções de TCC e 15 com intervenções experienciais (descritas nas tabelas dos resultados).

O capítulo de livro *Schematherapie bei Autismus-Spektrum-Störungen* (Lechmann, 2017) é um capítulo de Claus Lechmann, do livro *Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*, organizado por Christof Loose, Peter Graaf e Gerhard Zarbock, psicólogos pesquisadores da escola alemã de Terapia do Esquema. Para seu uso no presente estudo, foi realizada a tradução por profissional especializado.

No livro, vários autores descrevem a visão da Terapia do Esquema para 8 distúrbios importantes na fase da infância e adolescência, os quais são: distúrbio de atenção/hiperatividade, distúrbios do comportamento social, depressão, transtorno obsessivo compulsivo, distúrbios alimentares, transtorno do espectro autista e transtorno de personalidade Borderline.

A partir de sua vasta experiência clínica, Lechmann descreve que a Terapia do Esquema entende que o indivíduo com TEA possui alguns esquemas ativados e que as pesquisas se direcionam apenas para os casos de TEA-AF, já que estes são capazes de desenvolver estratégias de enfrentamento e assim, torna-se possível o trabalho através da TE.

Segundo o autor, os EID's que geralmente aparecem no TEA-AF são: Inadequação (tradução definida para *Unzulänglichkeit*), Isolamento Social, Privação Emocional, Grandiosidade e Padrões Inflexíveis. Além disso, estão presentes os três Modos de Enfrentamento: Capitulador Complacente, Evitativo e Hipercompensação.

De acordo com Lechmann (2015), o tratamento padrão para TEA-AF envolve psicoeducação, estratégias comportamentais básicas – para trabalhar com habilidades sociais, de comunicação e comportamentos agressivos – e assistência na escola ou no trabalho, para auxiliar no tratamento da inclusão. A TE tem o benefício de complementar

esse tratamento padrão, sendo indicada especialmente quando as estratégias desadaptativas de enfrentamento estão aparecendo na prática, agravadas pelos sintomas do TEA-AF. Além disso, a TE tem um foco nos Modos, na sua atuação e também nas necessidades básicas, que muitas vezes são desconsideradas no TEA-AF, até pelo próprio indivíduo portador do transtorno.

Lechmann (2015) aponta que a intervenção envolve o trabalho com o auto-conceito, através de uso de bonecos, fantoches e peões, trabalho de pintura e nomeação dos modos. Há técnicas que envolvem o RolePlay, trabalho com Modos e mensagens de vídeo.

Na intervenção com os pais, o autor destaca que são trabalhadas as estratégias de enfrentamento, trabalho com Modos, avaliação e identificação de EID's e psicoeducação do diagnóstico (Lechmann, 2015).

# Discussão

## Instrumentos utilizados

De todos os instrumentos utilizados, o YSQ (Young Schema Questionnaire) e o SMI (Schema Mode Inventory) são estratégias de avaliação e identificação de EID's e Modos próprios da TE.

O YSC foi utilizado no artigo 1 em sua versão japonesa. É um instrumento que fornece informações importantes sobre o funcionamento esquemático do paciente. A sua versão reduzida tem 90 questões, que avaliam os 18 esquemas para adultos e cada item corresponde a crenças típicas de cada um dos EID's. Além disso, os resultados do questionário mostram os EID's ativos naquele momento (Paim & Copetti, 2016).

O SMI, utilizado no artigo 2, objetiva medir Modos. Os questionários existentes atualmente que objetivam medir os Modos são o SMQ, YAMI e SMI. O SMQ (Schema Mode Questionnaire) (Klokman, Arntz, and Sieswerda, 2005) é composto por 119 itens que mapeiam 7 Modos de Esquema, quais sejam: Criança Abandonada/Abusada; Criança Irritada; Protetor Desligado; Pais Punitivos; Capitulador Complacente; Hipercompensador e o Adulto Saudável. Neste questionário, cada Modo tem 17 itens, sendo que dentre estes, 7 referem-se a um pensamento, 5 a sentimentos e 5 a comportamento. Tais itens são medidos em uma escala contínua (Lobbestael, 2012).

O YAMI (Young - Atkinson Mode Inventory) (Young et al., 2005) foi desenvolvido em 2004 por Young et al., sendo composto por 186 itens que medem 10 Modos de Esquemas, quais sejam: os 7 Modos já existentes no SMQ com adição dos Modos Criança Impulsiva, Pais Exigentes e Criança Feliz. Além disso, o Modo Criança Abandonada/Abusada do SMQ recebe uma definição mais ampla no YAMI: Criança Vulnerável. Ainda, os 186 itens deste instrumento são agrupados por Modos, sem receber

a divisão por itens de pensamentos, sentimentos ou comportamentos, como no SMQ e são medidos por uma escala likert de 6 pontos que varia de “nunca ou quase nunca” para “o tempo todo”, permitindo uma avaliação ampla do funcionamento esquemático do paciente (Lobbestael, 2012; Paim e Copetti, 2016).

O SMI (Schema Mode Inventory) (Young, Arntz, et al., 2007) tem o mesmo objetivo do YAMI, mas possui algumas diferenças importantes. O SMI aborda mais Modos do os questionários de modo utilizados anteriormente, que de acordo com Lobbestael van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten, & Arntz (2010), abrangiam um conjunto limitado de modos. A partir disso, foi criado o SMI, que mede 16 modos de esquema na versão longa. Lobbestael et al. (2010) disserta que a versão curta do SMI, com 14 Modos, foi desenvolvida com finalidade de melhorar a discriminação entre as subescalas e aumentar a viabilidade para pesquisa e clínica, tendo ao final, 118 itens. O estudo de confiabilidade e validade desta versão mostrou ajuste adequado para este modelo de 14 Modos, confiabilidade interna aceitável, intercorrelações moderadas a altas entre as subescalas e razoável validade de construto. Assim, os 14 Modos de Esquema na versão curta do SMI são: Vulnerable Child; Angry Child; Enraged Child; Impulsive Child; Undisciplined Child; Happy Child; Compliant Surrender; Detached Protector; Detached Self-Soother; Self-Aggrandizer; Bully and Attack; Punitive Parent; Demanding Parent e Healthy Adult.

### **EID's relacionados ao TEA-AF**

Os EID's Privação Emocional; Vulnerabilidade ao dano e à doença; Auto-controle/disciplina insuficiente, Isolamento Social, Grandiosidade e Padrões Inflexíveis foram os que apareceram nos trabalhos como EID's altamente relacionados ao TEA-AF.

No primeiro Domínio, o qual tem como tarefa evolutiva a Aceitação e Pertencimento, a Privação Emocional tem como necessidade básica não atendida uma base emocional estável e segura de apego, e o Isolamento Social, um sentimento de aceitação e inclusão nos valores e interesses de sua comunidade (Young, 2008; Wainer & Rijo, 2016).

Para Oshima et al. (2015), a Privação Emocional é um EID que pode ser relacionado às características centrais do TEA-AF, como déficits na interação, comunicação e imaginação sociais. Além disso, consideram que, ativado, é um EID que pode resultar em dificuldades de construção de conexões interpessoais saudáveis. Para Dubin (2009), o EID Privação Emocional ativa-se quando o indivíduo percebe que suas necessidades emocionais não serão atendidas por outros e assim, toma a responsabilidade de buscar atendê-las sozinho. Equivocadamente, isso pode levar as pessoas a pensarem que os pais falham e são os responsáveis na formação do EID, o que vai de encontro a uma teoria já refutada, a qual defendia que uma mãe apática com o filho poderia influenciar na formação dos traços autistas. O que acontece, porém, é que os pais tentam ajudar, mas não conseguem modificar alguns padrões da criança. Além disso, as dificuldades em satisfazer as necessidades da criança são muito grandes, já que as reações da mesma a eventos simples podem ser estranhas ou incomuns. Isto vai ao encontro com a discussão de Oshima et al, (2015), na qual sugerem que este EID também teria relação com a dificuldade que alguns pais encontram quando tentam desenvolver relacionamentos com a criança. Um terceiro autor (Lechamnn, 2015) complementa essa análise ao dissertar sobre algumas diferenças de necessidades emocionais que podem existir entre crianças com TEA-AF e crianças neurotípicas. Nesse sentido, um simples carinho na cabeça pode ser recusado e interpretado como um sinal de que o contato deve ser evitado. Eventos como esses podem reforçar o isolamento e o distanciamento afetivo e aumentar o número de experiências que atuam na formação do EID em questão. Assim, a própria dificuldade da criança em demonstrar ou

dizer como gostaria de receber carinho contribui para a manutenção do ciclo e todos esses pontos acarretam em ansiedade e surpresas de ambos os lados.

Sobre o EID Isolamento Social, de acordo com Lechmann (2015), as necessidades básicas desse EID não são atendidas por deficiência da função executiva em indivíduos com TEA-AF em conjunto com experiências nocivas com os outros. Tais experiências envolvem se sentir diferente e incompreendido, o que pode levar à intensificação da ansiedade e de uma crença do tipo: “Eu não pertenço a isso”. Dubin (2009) descreve essas experiências como: “se sentir um peixe fora d’água” e para o autor, é fácil entender a formação desse esquema, já que percebem que são diferentes a partir de reações frequentes dos outros. Assim, na busca de evitar mais sofrimento e mais ansiedade, preferem o isolamento, o que fortalece o EID em questão.

O EID Vulnerabilidade ao Dano e à Doença tem como necessidade básica não atendida o auxílio por parte dos cuidadores na tarefa de ter equilíbrio entre indicadores de doenças e habilidades de enfrentamento. Além disso, faz parte da necessidade básica desse EID a evitação à exposição excessiva de preocupações e à superproteção. Faz parte do Domínio 2, o qual possui a tarefa evolutiva de senso de autonomia e competência adequado (Wainer & Rijo, 2016; Young, 2008).

Crenças deste EID consistem em acreditar que uma catástrofe potencial é inevitável a qualquer momento, o que leva ao comportamento de hipervigilância e à falsa sensação de controle. Em pessoas com TEA-AF isso é muito comum e relaciona-se à descrição de características de vulnerabilidade do transtorno, como por exemplo, não lidar de forma saudável com mudanças de circunstâncias, rotinas ou desafios que possuem resultados desconhecidos. Quando eventos assim acontecem, são interpretados como experiência nocivas, que podem ser entendidas como variáveis importantes na formação desse EID. Além disso, como são eventos que ocorrem no dia a dia e nem sempre podem ser evitados,

em conjunto com uma percepção característica com alta carga emocional, reforçam a formação do EID porque os fazem interpretar que qualquer novo evento nocivo pode ocorrer a qualquer momento (APA, 2014; Dubin, 2009). Essas experiências nocivas parecem estar relacionadas às contribuições de Oshima et al. (2015), que sugerem que experiências frequentes de eventos de vida negativos, como rejeição social ou falhas repetidas podem reforçar as crenças negativas desses pacientes sobre si, os outros e o mundo. Assim, para se proteger, a hipervigilância se faz necessária.

O EID Autocontrole e Autodisciplina insuficientes, do Domínio 3 (Limites Realistas), tem como necessidade básica não atendida a orientação e a firmeza empática e afetiva na tarefa de adiamento de gratificações, além de limites expressos em momentos nos quais as emoções estão fora do controle ou inapropriadas à situação. No trabalho 2, no qual este EID foi relacionado ao TEA-AF, os autores discutem que há 3 problemas centrais em adultos com TEA-AF, quais sejam: processar informações sobre outros; compreensão de si mesmo e insociabilidade. A partir desses 3 problemas centrais, resultam problemas secundários de déficits de habilidades sociais e dificuldades de auto compreensão, que seriam as principais variáveis na formação de esquemas desadaptativos. O EID Autocontrole e Autodisciplina Insuficientes, corresponderia, assim, às características desses problemas secundários (Oshima et al., 2015; Wainer & Rijo, 2016; Young, 2008).

Pessoas com esse EID (Autocontrole e Autodisciplina insuficientes) ativado têm dificuldade em tolerar frustrações e em postergar gratificações por conquistas de objetivos mais complexos. No TEA-AF, além de relacionar tal EID aos problemas secundários descritos em Oshima et al. (2015), é inevitável também sua associação aos traços característicos de rigidez do transtorno. Pessoas com TEA-AF apresentam uma aderência inflexível à rotina ou padrões ritualísticos verbais e não verbais, com dificuldade em aceitar mudanças. Em situações em que mudanças são necessárias, por exemplo, ou nas quais a

criança ou adulto não tem suas necessidades atendidas instantaneamente ou como comumente o é, podem aparecer comportamentos impulsivos, falta controle de emoções e por vezes a agressividade (APA, 2014; Wainer & Rijo, 2016).

De acordo com Dubin (2009), crenças nesse EID são do tipo: “As coisas devem ser perfeitas o tempo todo” ou “Ou eu faço um trabalho perfeito em algo ou será algo ruim. Não há meio termo”. Essa definição de Dubin (2009), porém, está mais relacionada ao EID Padrões Inflexíveis, do Domínio 5, do que ao próprio EID Autocontrole a Autodisciplina Insuficientes.

Descrito por Lechmann (2015) como comum no TEA-AF, crenças do EID Padrões Inflexíveis podem ser relacionadas aos os traços de rigidez e inflexibilidade do transtorno e são representados por pensamentos, seguidos por comportamentos de querer fazer tudo de forma perfeita, sem perdoar erros. Este EID pode servir como compensação aos sentimentos de inadequação ou de isolamento social. Assim, o indivíduo com TEA-AF sente-se bem quando faz tudo certo, pois sente-se como parte do grupo, o que aumenta seu senso de pertencimento.

Por fim, o EID Arrogo/Grandiosidade, tem um foco na superioridade e no desejo de estar entre os melhores, com possíveis características de falta de empatia, exigência e dominação. Uma crença comum desse EID seria, por exemplo, a crença: “Sou superior e mereço mais”. Lechmann exemplifica a manifestação deste EID no TEA-AF com um paciente que diz: “Eu não quero ser diferente, mas eu quero ser especial”. Esse desejo também pode ser reforçado pela dinâmica familiar, à medida que os pais agem na intenção de minimizar suas angústias, concedendo-lhe a vida de um príncipe e evitando comportamentos de confronto à rigidez da criança (Lechmann, 2015, Wainer & Rijo, 2016)

## **As intervenções da TE para o TEA-AF**

Tratamentos atuais para o TEA-AF, como na TCC, na maioria das vezes focam em problemas apresentados pelas comorbidades. A vantagem da TE, nesse sentido, é buscar que o foco de tratamento seja diretamente os esquemas dos indivíduos. Como a TE tem mostrado muitos resultados positivos com outros transtornos, é possível que seja uma alternativa viável e eficaz para esse público também (Oshima et al., 2014).

De todos os trabalhos selecionados, apenas o artigo 2 e o trabalho 3 apresentam técnicas da TE para serem trabalhadas com pessoas com TEA-AF, sendo que o artigo 2 foca na intervenção com adultos e Lechmann (2015) descreve possibilidades de intervenção com adultos, adolescentes e crianças.

Como descrito nos resultados, Lechmann (2015) disserta que uma das intervenções com crianças com TEA-AF na TE envolve o trabalho com o Auto-conceito e com os Modos, através de uso de bonecos, fantoches e peões. Na TE, neste trabalho com o autoconceito, brinquedos como bonecos, fantoches e peões são escolhidos pela criança para representá-la e para representar pessoas que sejam importantes no seu contexto de vida (Lechmann, 2015).

O trabalho com Modos é realizado em várias etapas, nas quais o autor destaca o uso de pintura e nomeação dos Modos. Neste trabalho com Modos, segue-se alguns passos: usar o que foi trabalhado no autoconceito e estimular uma situação típica, através dos personagens, para identificar e nomear os Modos; acessar as necessidades da criança através de um diálogo proposto pelo terapeuta; determinar a funcionalidade dos Modos; psicoeducar sobre os Modos; reforçar os Modos Saudáveis e enfraquecer os Modos disfuncionais (Bizinoto, 2015). De acordo com Lechmann (2015), tais técnicas são recebidas muito bem por algumas crianças e nem tanto por outras, que podem não conseguir ainda trabalhar seus sentimentos dessa maneira, porém, a partir da idade escolar

até a adolescência, torna-se mais fácil trabalhar os Modos, com identificação, exploração e nomeação dos mesmos.

Um ponto importante é que nem sempre é fácil para os indivíduos com TEA-AF reconhecerem suas necessidades psicológicas, portanto o terapeuta deve adaptar tais técnicas ao mundo do transtorno. Os interesses restritos e pessoais do paciente – traço do TEA-AF – devem ter seu espaço na terapia e ser usadas pelo terapeuta a favor do tratamento, em uma situação típica no Trabalho com Modos ou em um diálogo de psicoeducação. Outras técnicas que também são utilizadas com algumas adequações e que objetivam o trabalho com as necessidades da criança são o Role Play e as Mensagens de Vídeo (Lechmann, 2015).

O Role Play é uma técnica interessante pois é por meio dela que conflitos emocionais, mentais ou memórias traumáticas, bem como estilos de enfrentamento ativos, podem aparecer. A partir de jogos de encenação, como o Role Play, as crianças são incentivadas a demonstrar as necessidades, emoções e a testar comportamentos evitados fora do contexto terapêutico. No trabalho com crianças, é comum que se faça uso de bonecos e fantoches também, que através de um teatro, podem reinventar experiências pessoais. O papel do terapeuta envolve direcionar as ações, psicoeducar, motivar e reorientar. No caso de crianças com TEA-AF, como já discutido, tal técnica pode precisar de adaptações pois uma troca de papéis pode gerar surpresas e ser interpretada com incompreensão, pois é difícil para a criança reconhecer coisas abstratas, como por exemplo o terapeuta assumir que fará o papel de sua mãe. Nesse sentido, a técnica deve caminhar de forma mais lenta, contribuindo também para a prática das crianças de falar com seus pais sobre seus desejos durante a técnica, para então passar para a fase de expressá-los diretamente aos pais (Bizinoto, 2015; Lechmann, 2015).

O trabalho com Modos, já descrito acima, tem potencial para, entre outras coisas, provocar a expressão de necessidades emocionais da criança de forma lúdica, que assim podem reconhecê-las (Lechmann, 2015).

As mensagens de vídeo são uma técnica muito utilizada com crianças com TEA-AF para expressão das necessidades que as crianças têm aos pais. O terapeuta orienta a criança a dizer para uma câmera o que gostaria de dizer aos pais, o que gosta e o que deseja deles. Depois, então, o vídeo é mostrado aos pais longe da criança e eles podem ter um total reconhecimento das necessidades dos filhos, como o tipo de carinho que gostariam de receber, o que pensam sobre os pais, mas que não conseguem expressar, entre outras coisas (Lechmann, 2015).

No artigo de Vuijik e Arntz (2017) que apresenta um protocolo de intervenção, são propostas diversas técnicas da TE para adultos com TEA-AF (Tabela 5). Em resumo, são elas: Psicoeducação sobre a TE, Psicoeducação sobre intervenções experienciais; Técnica de Imagens Mentais; Técnica das Duas Cadeiras; Técnica da Imagem Segura. Estas três últimas técnicas são técnicas vivenciais, de acordo com Young et al. (2008) muito utilizadas na intervenção de TE e através das quais os pacientes trabalham os EID's e lutam contra eles em nível emocional.

O trabalho com Imagens Mentais, de acordo com Petry e Basso (2016), “*visam ativar emoções conectadas a esquemas desadaptativos remotos (EDRs), bem como possibilitar a resignificação e a reparentalização limitada*” (pp. 129-130).

Na técnica, o paciente é orientado a fechar os olhos e reviver mentalmente memórias autobiográficas de experiências traumáticas na infância. O paciente pode enfrentar um dos pais ou outras figuras que foram importantes em sua infância e protege a Criança Vulnerável na cena. Além disso, durante a técnica, os pacientes conseguem confrontar o EID diretamente: através do exercício de responder a pessoas importantes em

sua vida, falam do que necessitavam na infância e não receberam e relacionam imagens da vida na infância com imagens de situações desagradáveis na vida atual. Todos os pontos deste reprocessamento podem contribuir para quebrar o ciclo de perpetuação do EID em nível emocional, bem como para atribuir o que ocorreu a causas diferentes, experimentar ter alguém cuidando deles e corrigir representações distorcidas, o que contribui para o enfraquecimento de emoções negativas e satisfação de necessidades emocionais não atendidas (Petry & Basso, 2016; Young et al., 2008).

A técnica da Imagem Segura é utilizada para oferecer conforto, relaxamento e tranquilidade ao início e fim da técnica de Imagens Mentais. É um tipo de refúgio, um lugar seguro que pode ser representado por uma imagem, uma pessoa ou uma situação. Deve-se evitar ao máximo a influência do terapeuta na composição deste lugar seguro e usar a técnica da Imagem Segura para buscar sempre que o paciente saia da sessão tranquilo, sem emoções negativas que podem ter sido ativadas pela técnica de Imagens Mentais, por isso a importância da técnica (Petry & Basso, 2016; Young et al., 2008).

A última intervenção citada é a Técnica das Duas Cadeiras, que envolve um diálogo terapêutico, este que pode acontecer de duas formas básicas – Cadeira Vazia e Duas Cadeiras. No primeiro, o paciente senta-se em uma cadeira e imagina uma pessoa – a qual é importante em alguma questão que está sendo trabalhada em terapia – na cadeira oposta. Na segunda técnica, Duas Cadeiras, o próprio paciente muda de cadeira, para trabalhar com conflitos internos. É uma técnica eficiente para trabalhar esquemas e seus diálogos ajudam na correção de esquemas desadaptativos: O paciente, na cadeira, expressa sua crença sobre determinado assunto; passa para a cadeira oposta e lá expressa as evidências contrárias que existem – o Modo Desadaptativo dialoga com o Modo Adulto Saudável (Petry & Basso, 2016; Young et al., 2008).

No trabalho de Duas Cadeiras com pacientes com TEA-AF, bem como no trabalho de Imagens Mentais e Imagem Segura, considerando seus traços de inflexibilidade, rigidez, bem como possíveis EID's ativados, como o Padrões Inflexíveis, é importante que todas as informações sobre as técnicas sejam dadas antes ou inclusive que sejam demonstradas pelo terapeuta como exemplo. Além disso, pode ser que as técnicas vivenciais aplicadas à amostra deste estudo demandem um tempo maior para acontecer em sessão e também para mostrar funcionalidade, já que necessita do acesso às necessidades emocionais, tarefa geralmente mais difícil com esses pacientes. Nesse sentido, é uma técnica que possivelmente terá mais efeito se aplicada após um período de terapia, hipótese que vai de acordo com o que propõe o protocolo (Artigo 2), com as técnicas vivenciais com início após a 15ª sessão. Nesta fase, outros processos, como psicoeducação de necessidades básicas e Trabalho com Modos, já teriam sido realizados, o que provavelmente contribuirá para um maior reconhecimento de suas necessidades emocionais e para a efetividade das técnicas experienciais (APA, 2014; Kellog, 2012; Petry & Basso, 2016; Vuijk & Arntz, 2017).

É importante ressaltar também que a proposta de protocolo de Vuijik e Arntz (2017), que propõe essas técnicas, possui uma amostra de pessoas com TEA-AF com comorbidade com Transtorno de Personalidade. Ao considerar que a Terapia do Esquema é principalmente voltada para a intervenção com esta população, tem-se como hipótese que tais técnicas seriam bem recebidas pela população dessa amostra. Atenta-se, porém, que muitos traços do TEA-AF também estarão presentes, o que levaria à necessidade de algumas adaptações nessas técnicas vivenciais, como já foi demonstrado (Vuijk & Arntz, 2017; Wainer & Rijo, 2016).

*Intervenção com os pais*

De todos os trabalhos, o único que foca na população infantil é o capítulo de Lechmann (2015), portanto é o único que também apresenta a possibilidade de intervenção com os pais dos pacientes. De acordo com Lechmann (2015), no trabalho com os pais de crianças com TEA-AF, a TE busca focar nas estratégias de enfrentamento utilizadas por aqueles que não conseguem lidar de maneira saudável com a chegada de um filho com este transtorno. Com técnicas que exploram os desejos dos pais durante a gestação e nascimento e os sentimentos vivenciados no dia-a-dia com a criança, a TE consegue atingir os EID's dos pais. A partir disso, busca-se trabalhar seus desejos e as possibilidades reais de concretização dos mesmos, com utilização também de psicoeducação do diagnóstico.

Devido à sintomatologia do TEA-AF, porém, necessidades e vulnerabilidades dos pais podem ser ativadas. Assim, um carinho não correspondido, a ausência de reciprocidade social, padrões atípicos de expressão facial e contato visual, ou comportamento social impróprio pode provocar reações e incompreensão das necessidades de ambos os lados. Nesse sentido, os Modos dos pais também devem ser trabalhados, o que pode contribuir para melhores reações e interações entre pais e filhos. Este trabalho com Modos segue basicamente e em essência os mesmos passos do trabalho com Modos com crianças, porém, sem as adaptações necessárias para o público infantil e com o foco voltado às questões relacionadas ao filho em tratamento. Esses passos envolvem identificar e nomear os Modos, explorar as origens, relacionar aos problemas atuais, demonstrar as vantagens de modificar algum Modo, acessar a Criança Vulnerável e diálogos entre os Modos (Caminha, Huguenin, Assis, & Alves, 2016; Lechmann, 2015; Wainer & Rijo, 2016).

## **CAPÍTULO 4: Considerações Finais**

Considerando a compilação dos estudos mais recentes na área do TEA-AF nas duas abordagens, as duas revisões tiveram como objetivo discutir as principais contribuições teóricas e interventivas das duas abordagens, além de fornecer uma reflexão sobre novas possibilidades de compreensão do transtorno, atendimento e adaptações. A partir dos dados obtidos, então, pudemos estabelecer relações entre as duas revisões e apontar semelhanças e diferenças.

Em relação ao atendimento de crianças e adolescentes com TEA-AF, os resultados de ambas as revisões mostraram a importância da intervenção com os pais, que podem trabalhar como co-terapeutas. No caso da intervenção pela TE, há o diferencial de proporem uma intervenção com foco nos esquemas dos pais, que parte da visão da teoria de que se pais e filhos compartilham um mesmo esquema, é mais difícil trabalhar os conflitos em terapia. Para isso, há um processo de intervenção com crianças e adolescentes chamado Coaching de Esquemas (Lopes, 2015; Lopes et al., 2014). De acordo com Bizinoto (2015):

a proposta do coaching de esquemas, é orientar e educar os pais em relação a seus EID's e identificar a origem deles, propondo um trabalho para a modificação desses padrões, melhorando a relação pai e filho como peça chave para o sucesso terapêutico com as crianças (pp. 103).

Sobre o tipo de intervenção, ambas as revisões apontaram o uso de técnicas cognitivas e comportamentais comuns, principalmente a Psicoeducação – intervenção característica das terapias cognitivas. Além destas, foi comum o uso de técnicas de treino de habilidades sociais e estratégias comportamentais, que sugerem que tais técnicas são realmente importantes no tratamento de pessoas que apresentam déficits nas áreas comportamentais, como o TEA-AF.

Ainda sobre as técnicas, outro ponto em comum nas duas Revisões foi a necessidade de adaptações, em técnicas e protocolos, no atendimento a TEA-AF, devido às características básicas do transtorno e às deficiências neurológicas. Os interesses especiais do paciente, que podem ter uma função evitativa ou interativa, de acordo com Lechmann (2015), tiveram sua utilização na terapia destacados como uma adaptação importante nos resultados de ambas as Revisões, pela possibilidade de maior envolvimento do paciente (Johnco & Storch, 2015; Lechamnn, 2015; Rotheram-Fuller & Hodas, 2015; Spain et al., 2015; Ung et al., 2015).

Como uma primeira divergência, notou-se uma discrepância nítida em relação ao avanço das pesquisas. A Revisão com TCC, por ser uma abordagem com mais tempo de existência, apresentou um resultado com quarenta trabalhos selecionados, enquanto na Revisão com TE foram selecionados três. Tal diferença pode ser explicada devido ao fato de a TE ser uma abordagem mais recente, focada inicialmente em transtornos de personalidade e a qual, de forma mais recente, tem evoluído em pesquisas com outros transtornos, dentre eles o TEA-AF. Nesse sentido, a Revisão com TE é importante ao apresentar resultados e discussão sobre o que há de mais inédito e recente nesta fase de desenvolvimento de novas aplicações da abordagem (Callegaro, 2005; Farrell et al., 2016; Ghisioa et al., 2016, Loades, 2015; McGillivray & Evert, 2014; Wainer, 2016).

Sobre a amostra dos artigos e trabalhos das Revisões, a Revisão de TCC abarcou artigos quase em sua totalidade de atendimento a crianças e adolescentes (n=34; 85%), apesar de a Revisão não ter tido a variável Idade como critério de exclusão. Tal ponto reflete a escassez da literatura em relação a estudos de intervenção com adultos com TEA-AF. A Revisão de TE, por outro lado, apresentou trabalhos com amostras principalmente de adultos com TEA-AF, sendo uma pesquisa com adultos, um protocolo para adultos e um capítulo de livro que traz experiências do autor com crianças e adolescentes, mas

principalmente com adultos. Tais considerações levam a uma reflexão sobre a possibilidade de a TE apresentar-se como uma abordagem de preenchimento da lacuna de atendimentos da TCC quanto à faixa etária.

Em relação a contribuições de conceituação teórica do transtorno, a Revisão de TE mostrou resultados que apontam possibilidades de compreensão teórica de funcionamento do indivíduo com TEA-AF a partir do referencial da TE. Esta define como foco de tratamento diretamente os EID's dos pacientes, o que pode ser uma diferença importante na efetividade do tratamento. Na Revisão de TCC, por outro lado, não foi encontrado nenhum trabalho teórico ou empírico que relacionasse os conceitos teóricos da TCC aos traços do TEA-AF ou que apresentasse uma análise do funcionamento do indivíduo com TEA-AF sob o referencial desta abordagem. Os trabalhos apresentam um foco principal nos problemas apresentados pelas comorbidades e sintomas associados, bem como na eficácia e efetividade das técnicas da TCC para tais questões, mas parece não apresentar um foco principal na reestruturação de crenças disfuncionais. Assim, o fato de a TE ter um tratamento com foco nos EID's, pode sugerir que o tratamento apresente um maior efeito de follow-up, devido ao trabalho diretivo com os esquemas e com a minimização de ativação dos mesmos. Tal hipótese, porém, necessita de pesquisas empíricas para ser corroborada.

Sobre as contribuições de ambas as abordagens, os resultados da Revisão de TCC mostram que essa abordagem, assim como em diversos transtornos psiquiátricos, apresenta resultados concretos e efetivos em intervenções também com o TEA-AF. Os resultados da Revisão de TE reuniram trabalhos recentes e inéditos sobre a aplicação desta abordagem com esse público, sendo que os resultados desta revisão incluem apenas um artigo empírico, qual seja, a primeira pesquisa empírica da abordagem na área, e, portanto, poucas evidências de sua aplicabilidade e eficácia com esse público. Porém, esses resultados, em

conjunto com contribuições de um capítulo teórico de um livro de autores pertencentes à escola alemã de TE, bem como com resultados efetivos que a abordagem tem apresentado com outros transtornos, sugerem um espaço promissor para novos estudos, bem como a possibilidade de a TE tornar-se uma terapia de intervenção viável e eficaz para o público do TEA-AF (Oshima et al., 2014).

Por fim, em relação aos avanços, as terapias cognitivas têm se mostrado como uma prática efetiva na redução de sintomas de diversos transtornos mentais. É uma abordagem baseada em evidências com estudos que mostraram ser capaz de produzir mudanças fisiológicas e funcionais em diversas áreas cerebrais (Knapp & Beck, 2008). Assim, além das pesquisas empíricas, estudos de metodologia de revisão como estes são importantes para corroborar o alto nível de avanço e efetividade ao qual as terapias cognitivas se encontram pois reúnem evidências de que, através de TCC e TE, indivíduos com TEA-AF podem ser beneficiados ao terem suas crenças e esquemas disfuncionais modificados (Oshima et al., 2014). Nesse sentido, tais abordagens solidificam-se como abrangentes e modernas ao apresentarem eficácia e abrirem espaço para novidades, modificações e adaptações dentro dos próprios protocolos.

## Referências

- Adler, B. A., Minshawi, N. F., & Erickson, C. A. (2014). Evolution of Autism: From Kanner to the DSM-V. In J. Tarbox, D. R. Dixon, P. Sturmey, & J. L. Matson (Orgs), *Handbook of Early Intervention for Autism Spectrum Disorders* (pp. 3-26). Springer New York. [https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0401-3\\_1](https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0401-3_1)
- Backes, B., Mônico, B. G., Bosa, C. A., & Bandeira, D. R. (2014). Psychometric properties of assessment instruments for autism spectrum disorder: a systematic review of Brazilian studies. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(2), 154-164. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000020>
- Bellini, S. (2004). Social Skills and Anxiety in Higher Functioning Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 19(3), 78–86. <https://doi.org/10.1177/10883576040190020201>
- Adler, B. A., Minshawi, N. F., & Erickson, C. A. (2014). Evolution of Autism: From Kanner to the DSM-V. In J. Tarbox, D. R. Dixon, P. Sturmey, & J. L. Matson (Orgs), *Handbook of Early Intervention for Autism Spectrum Disorders* (pp. 3-26). Springer New York. [https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0401-3\\_1](https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0401-3_1)
- APA (1989). *DSM-III-R – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Trad. Lúcia Helena Siqueira Barbosa; 3 ed. – Ver. São Paulo: Manole.
- APA (2002). *DSM-IV-Tr – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Trad. Cláudia Dornelles; 4. ed. Rev. Porto Alegre: Artmed.
- APA (2014). *DSM V – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*; 5ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Atallah, N. A. & Castro, A. A. (1997). Revisões sistemáticas da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. *Diagnóstico & Tratamento*, 2(2), 12-15.
- Baird, G., Kendall, T., Bovell, V., Buckley, C., Charman, T., Gould, N., Whitlingum, G. (2013). *Autism: the management and support of children and young people on the autistic spectrum: NICE guideline draft*: London. National Institute for Health and Care Excellence.
- Backes, B., Mônico, B. G., Bosa, C. A., & Bandeira, D. R. (2014). Psychometric properties of assessment instruments for autism spectrum disorder: a systematic review of Brazilian studies. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(2), 154-164. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000020>
- Bauminger-Zviely, N., Eden, S., Zancanaro, M., Weiss, P. L., & Gal, E. (2013). Increasing social engagement in children with high-functioning autism spectrum disorder using

collaborative technologies in the school environment. *Autism*, 17(3), 317-339.  
<https://doi.org/10.1177/1362361312472989>

- Becker, M. M. (2009). Tradução e validação da entrevista Autism diagnostic interview-revised (ADI-R) para diagnóstico de autismo no Brasil. *Dissertação de Mestrado*, Instituto de Medicina, Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Bellini, S. (2004). Social Skills and Anxiety in Higher Functioning Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 19(3), <https://doi.org/10.1177/10883576040190020201>
- Berk, M. Ng. F., Dodd, S., Callaly, T., Campbell, S., Bernardo, M., et al. (2008). The validity of the CGI severity and improvement scales as measures of clinical effectiveness suitable for routine clinical use. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(6), 979–83. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2007.00921.x>
- Bizinoto, J. F. S. (2015). O modelo alemão da Terapia do Esquema: conceituação, técnicas e aplicação clínica na Psicoterapia Infantil. *Dissertação de Mestrado*, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Bothwell, L. E., & Podolsky, S. H. (2016). The emergence of the randomized, controlled trial. *New England Journal of Medicine*, 375(6), 501-504. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1604635>
- Brandler, W. M., Antaki, D., Gujral, M., Noor, A., Rosanio, G., & Chapman, T. R. (2016). Frequency and Complexity of De Novo Structural Mutation in Autism. *The American Journal of Human Genetics*, 98, 667-679. <https://doi.org/10.1016/j.ajhg.2016.02.018>
- Brito, A. R. & Vasconcelos, M. M. (2016). Conversando sobre autismo: reconhecimento precoce e possibilidades terapêuticas. In: V. L. Caminha; J. Huguenim; L. M. Assis; P. P. Alves (Orgs), *Autismo: Vivências e Caminhos* (pp. 23-32). Blusher: São Paulo.
- Booker, K. W., & Starling, L. (2011). *Test Review: Social Responsiveness Scale by JN Constantino and CP Gruber*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Bonell, C., Fletcher, A., Morton, M., Lorenc, T., & Moore, L. (2012). Realist randomised controlled trials: a new approach to evaluating complex public health interventions. *Social science & medicine*, 75(12), 2299-2306. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.032>
- Bosa, C. A. & Zanon, R. B. (2016). Bases teóricas do desenvolvimento pré-linguístico: Implicações para o diagnóstico precoce do autismo. In: V. L. Caminha; J. Huguenim; L. M. Assis; P. P. Alves (Orgs), *Autismo: Vivências e Caminhos* (pp. 34-43). Blusher: São Paulo.
- Bosa, C. A., Zanon, R. B., & Backes, B. (2016). Autismo: construção de um Protocolo de Avaliação do Comportamento da Criança – ProteaR. *Revista Psicologia: Teoria e*

*Prática*, 18(1), 194-205. <https://doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v18n1p194-205>

- Botelho, L. L. R., Cunha, C. A., e Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), 121-136. <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>
- Busner, J. & Targum S. D. (2007). The Clinical Global Impressions Scale: Applying a Research Tool in Clinical Practice. *Psychiatry*.
- Callegaro, M. M. (2005). A neurobiologia da terapia do esquema e o processamento inconsciente. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(1), 09-20.
- Caminha, V. L, Huguenin J., Assis, L. M., Alves, P. P. (2016). *Autismo: vivências e caminhos*. São Paulo: Blucher, 2016. <https://doi.org/10.5151/9788580391329>
- Castro-Souza, R. M. (2011). Adaptação Brasileira do M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers). *Dissertação de Mestrado*, Instituto de Psicologia, Pós Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal.
- Chung, U. S., Han, D. H., Shin, Y. J., & Renshaw, P. F. (2016). A prosocial online game for social cognition training in adolescents with high-functioning autism: An fMRI study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 651.
- Cortesi, F., Giannotti, F., Sebastiani, T., Panunzi, S., & Valente, D. (2012). Controlled-release melatonin, singly and combined with cognitive behavioural therapy, for persistent insomnia in children with autism spectrum disorders: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of sleep research*, 21(6), 700-709. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2012.01021.x>
- Cotugno, A. J. (2009). Social competence and social skills training and intervention for children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(9), 1268-1277. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0741-4>
- Conaughton, R. J., Donovan, C. L., & March, S. (2017). Efficacy of an internet-based CBT program for children with comorbid High Functioning Autism Spectrum Disorder and anxiety: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 218, 260-268. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.032>
- Crowe, B. H. A. & Salt, A. T. (2015). *Autism: the management and support of children and young people on the autism spectrum (NICE Clinical Guideline 170)*. London: National Institute for Health and Care Excellence
- Danial, J. T., & Wood, J. J. (2013). Cognitive behavioral therapy for children with autism: review and considerations for future research. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34(9), 702-715. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31829f676c>

- Drahota, A., Wood, J. J., Sze, K. M., & Van Dyke, M. (2011). Effects of cognitive behavioral therapy on daily living skills in children with high-functioning autism and concurrent anxiety disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(3), 257-265. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1037-4>
- Drmic, I. E., Aljunied, M. & Reaven, J. (2017). Feasibility, Acceptability and Preliminary Treatment Outcomes in a School-Based CBT Intervention Program for Adolescents with ASD and Anxiety in Singapore. *Journal of Autism Development Disorder*, 47, 3909-3930. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-3007-y>
- Dubin, N. (2009). *Asperger syndrome and anxiety: A guide to successful stress management*. Jessica Kingsley Publishers.
- Edgington, L., Hill, V., & Pellicano, E. (2016). The design and implementation of a CBT-based intervention for sensory processing difficulties in adolescents on the autism spectrum. *Research in developmental disabilities*, 59, 221-233. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.09.004>
- Elliott, S. J., & Fitzsimons, L. (2014). Modified CBT for Treatment of OCD in a 7-Year-Old Boy With ASD — A Case Report. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(3), 156-159. <https://doi.org/10.1111/jcap.12081>
- Ekman, E., & Hiltunen, A. J. (2015). Modified CBT using visualization for autism spectrum disorder (ASD), anxiety and avoidance behavior—a quasi-experimental open pilot study. *Scandinavian journal of psychology*, 56(6), 641-648. <https://doi.org/10.1111/sjop.12255>
- Farrell, L. J., James, S. C., Maddox, B. B., Griffiths, D., & White, S. (2016). Treatment of Comorbid Obsessive-Compulsive Disorder in Youth with ASD: The Case of Max. In E. A. Storch & A. B. Lewin (Orgs). *Clinical Handbook of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* (pp. 337-355). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-17139-5\\_23](https://doi.org/10.1007/978-3-319-17139-5_23)
- Freitag, C. M., Jensen, K., Elsuni, L., Sachse, M., Herpertz-Dahlmann, B., Schulte-Rüther, M., ... & Wenzl, C. (2016). Group-based cognitive behavioural psychotherapy for children and adolescents with ASD: the randomized, multicentre, controlled SOSTA-net trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(5), 596-605. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12509>
- Gadia, C. A., Tuchman, R., & Rotta, N. T. (2004). Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 83-94. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300011>
- Ghisioa, M. S., Lüdtke, L., & Seixas, C. E. (2016). Análise comparativa entre a Terapia Cognitivo- Comportamental e a Terapia do Esquema. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 18(3), 17-31.
- Hesselmark, E., Plenty, S., & Bejerot, S. (2014). Group cognitive behavioural therapy and group recreational activity for adults with autism spectrum disorders: A preliminary

- randomized controlled trial. *Autism*, 18(6), 672-683.  
<https://doi.org/10.1177/1362361313493681>
- Hepburn, S. L., Blakeley-Smith, A., Wolff, B., & Reaven, J. A. (2016). Telehealth delivery of cognitive-behavioral intervention to youth with autism spectrum disorder and anxiety: a pilot study. *Autism*, 20(2), 207-218.  
<https://doi.org/10.1177/1362361315575164>
- Hume, K., Wong, C., Plavnick, J., & Schultz, T. (2014). Use of Visual Supports with Young Children with Autism Spectrum Disorders In: J. Tarbox, D. R. Dixon, P. Strumey, & J. L. Matson (Orgs.), *Handbook of Early Intervention for Autism Spectrum Disorders* (pp. 375-402). Springer: New York.  
[https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0401-3\\_15](https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0401-3_15)
- Johnco, C., & Storch, E. A. (2015). Anxiety in youth with autism spectrum disorders: implications for treatment. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 15(11), 1343-1352.  
<https://doi.org/10.1586/14737175.2015.1111762>
- Kabisch, M., Ruckes, C., Seibert-Grafe, M., Blettner, M. (2011). Randomized Controlled Trials. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(39): 663–8  
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0663>
- Keehn, R. H. M., Lincoln, A. J., Brown, M. Z., & Chavira, D. A. (2013). The Coping Cat program for children with anxiety and autism spectrum disorder: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(1), 57-67.  
<https://doi.org/10.1007/s10803-012-1541-9>
- Kerns, C. M., Collier, A., Lewin, A. B., & Storch, E. A. (2017). Therapeutic alliance in youth with autism spectrum disorder receiving cognitive-behavioral treatment for anxiety. *Autism*, 1-5.  
<https://doi.org/10.1177/1362361316685556>
- Kerns, C. M., Kendall, P. C., Berry, L., Souders, M. C., Franklin, M. E., Schultz, R. T., ... & Herrington, J. (2014). Traditional and atypical presentations of anxiety in youth with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(11), 2851-2861. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2141-7>
- Klokman, J., Arntz, A. & Sieswerda, S. (2005). The Schema Mode Questionnaire (State and Trait Version). Internal document. Maastricht University.
- Knapp, P. & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria [online]*, 30(2), 54-64.  
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>
- Krebs, G., Murray, K., & Jassi, A. (2016). Modified Cognitive Behavior Therapy for Severe, Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder in an Adolescent With Autism Spectrum Disorder. *Journal of clinical psychology*, 72(11), 1162-1173.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.22396>
- Reaven, J., Blakeley-Smith, A., Beattie, T. L., Sullivan, A., Moody, E. J., Stern, J. A., ... & Smith, I. M. (2015). Improving transportability of a cognitive-behavioral treatment

- intervention for anxiety in youth with autism spectrum disorders: Results from a US–Canada collaboration. *Autism*, 19(2), 211-222. <https://doi.org/10.1177/1362361313518124>
- Rotheram-Fuller, E., & Hodas, R. (2015). Using CBT to Assist Children with Autism Spectrum Disorders/Pervasive Developmental Disorders in the School Setting. In R. Flanagan, K. Allen, & E. Levine (Orgs). *Cognitive and Behavioral Interventions in the Schools: Integrating Theory and Research into Practice* (pp. 181-197). Springer New York.
- Russell, A. J., Jassi, A., Fullana, M. A., Mack, H., Johnston, K., Heyman, I., ... & Mataix-Cols, D. (2013). Cognitive behavior therapy for comorbid obsessive-compulsive disorder in high-functioning autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 30(8), 697-708. <https://doi.org/10.1002/da.22053>
- Sampaio, R.F & Mancini, M.C. (2007). Estudo de Revisão Sistemática: Um Guia Para Síntese Criteriosa da Evidência Científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83-89. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>
- Selles, R. R., Arnold, E. B., Phares, V., Lewin, A. B., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety in youth with an autism spectrum disorder: A follow-up study. *Autism*, 19(5), 613-621. <https://doi.org/10.1177/1362361314537912>
- Singal, A. G., Higgins, P. D., & Waljee, A. K. (2014). A primer on effectiveness and efficacy trials. *Clinical and translational gastroenterology*, 5(1), e45. <https://doi.org/10.1038/ctg.2013.13>
- Soorya, L. V., Siper, P. M., Beck, T., Soffes, S., Halpern, D., Gorenstein, M., & Wang, A. T. (2015). Randomized comparative trial of a social cognitive skills group for children with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(3), 208-216 <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.005>
- Sofronoff, K., Beaumont, R., & Weiss, J. A. (2014). Treating transdiagnostic processes in ASD: Going beyond anxiety. In: *Handbook of autism and anxiety* (pp. 171-183). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-06796-4\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-319-06796-4_12)
- Spain, D., Sin, J., Chalder, T., Murphy, D., & Happé, F. (2015). Cognitive behaviour therapy for adults with autism spectrum disorders and psychiatric co-morbidity: A review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 9, 151–162. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.10.019>
- Stichter, J. P., Herzog, M. J., Visovsky, K., Schmidt, C., Randolph, J., Schultz, T., & Gage, N. (2010). Social competence intervention for youth with Asperger syndrome and high-functioning autism: An initial investigation. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(9), 1067-1079. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0959-1>

- Storch, E. A., Lewin, A. B., Collier, A. B., Arnold, E., De Nadai, A. S., Dane, B. F., ... & Murphy, T. K. (2015). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for adolescents with autism spectrum disorders and comorbid anxiety. *Depression and anxiety*, 32(3), 174-181. <https://doi.org/10.1002/da.22332>
- Sze, K. M., & Wood, J. J. (2007). Cognitive behavioral treatment of comorbid anxiety disorders and social difficulties in children with high-functioning autism: A case report. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(3), 133-143. <https://doi.org/10.1007/s10879-007-9048-y>
- Taylor, L. J. (2016). Psychopharmacologic intervention for adults with autism spectrum disorder: A systematic literature review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 25, 58-75. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.01.011>
- Teodoro, M. C., Casarini, K. A., & Scorsolini-Comin, F. (2013). Intervenções Terapêuticas em pessoas com Síndrome de Asperger: uma revisão de literatura. *Barbarói*, 38, 6-25.
- Thomson, K., Riosa, P. B., & Weiss, J. A. (2015). Brief report of preliminary outcomes of an emotion regulation intervention for children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(11), 3487-3495. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2446-1>
- Ung, D., Selles, R., Small, B. J., & Storch, E. A. (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for anxiety in youth with high-functioning autism spectrum disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(4), 533-547. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0494-y>
- Van Steensel, F. J. A., & Bögels, S. M. (2015). Cbt for anxiety disorders in children with and without autism spectrum disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(3), 512. <https://doi.org/10.1037/a0039108>
- Van Genderen, H., Rijkeboer, M., & Arntz, A. (2012). Theoretical Model Schemas, Coping Styles, and Modes. In: M., van Vreeswijk, J. Broersenvan, & M. Nadort (Orgs). *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy* (pp. 27-41). EUA: John Wiley Professio.
- Vieira, S. & Hossne, W. S. (2015). *Metodologia Científica para a área da saúde*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Vuijk, R., & Arntz, A. (2017). Schema therapy as treatment for adults with autism spectrum disorder and comorbid personality disorder: Protocol of a multiple-baseline case series study testing cognitive-behavioral and experiential interventions. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 5, 80-85. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2017.01.001>
- Wainer, R. (2016). O desenvolvimento da personalidade e suas tarefas evolutivas. In R. Wainer, K. Paim, R. Erdos, & R. Andriola (Orgs). *Terapia Cognitiva Focada em Esquemas* (pp. 15-26). Porto Alegre: Artmed.

- Walters, S., Loades, M., & Russell, A. (2016). A Systematic Review of Effective Modifications to Cognitive Behavioural Therapy for Young People with Autism Spectrum Disorders. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 3, 137–153. <https://doi.org/10.1007/s40489-016-0072-2>
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631-663. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.631>
- Wechsler, D. (2013). *Escala Wechsler de Inteligência para Crianças – Quarta Edição (WISC IV)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- White, S. W., Ollendick, T., Albano, A. M., Oswald, D., Johnson, C., Southam-Gerow, M. A., ... & Scahill, L. (2013). Randomized controlled trial: Multimodal anxiety and social skill intervention for adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(2), 382-394. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1577-x>
- White, S. W., Ollendick, T., Scahill, L., Oswald, D., & Albano, A. M. (2009). Preliminary efficacy of a cognitive-behavioral treatment program for anxious youth with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(12), 1652. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0801-9>
- White, S. W., Schry, A. R., Miyazaki, Y., Ollendick, T. H., & Scahill, L. (2015). Effects of verbal ability and severity of autism on anxiety in adolescents with ASD: One-year follow-up after cognitive behavioral therapy. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(5), 839-845. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.893515>
- Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A., & Langer, D. A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 224-234. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01948.x>
- Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K., Van Dyke, M., Decker, K., Fujii, C., ... & Spiker, M. (2009). Brief report: Effects of cognitive behavioral therapy on parent-reported autism symptoms in school-age children with high-functioning autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(11), 1608. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0791-7>
- Wood, J. J., Ehrenreich-May, J., Alessandri, M., Fujii, C., Renno, P., Laugeson, E., ... & Murphy, T. K. (2015). Cognitive behavioral therapy for early adolescents with autism spectrum disorders and clinical anxiety: A randomized, controlled trial. *Behavior Therapy*, 46(1), 7-19. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.01.002>

- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Bergman, R. L., McCracken, J., & Barrios, V. (2002). Concurrent Validity of the Anxiety Disorders Section of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31(3), 335-342.  
[https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3103\\_05](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3103_05)
- Young, J. E., Arntz, A. et al. (2007). *Schema Mode Inventory (SMI version 1)*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., Atkinson, T., Arntz, A., & Weishaar, M. (2005). *The Young – Atkinson mode inventory (YAMI - PM, 1B)*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do Esquema: Guia de Técnicas Cognitivo-Comportamentais Inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.
- Zanon, R. B.; Backes, B. & Bosa, C. A. (2014). Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(1), 25-33.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000100004>