

**Leonora Debs Diniz**

**O Transtorno do Espectro Autista de Alto Funcionamento e a Terapia dos  
Esquemas: Percepções de Psicólogos Clínicos**

**Uberlândia**

**2023**

**Leonora Debs Diniz**

**O Transtorno do Espectro Autista de Alto Funcionamento e a Terapia dos  
Esquemas: Percepções de Psicólogos Clínicos**

Trabalho de Conclusão de  
Curso apresentado ao Instituto de  
Psicologia da Universidade Federal  
de Uberlândia, como requisito parcial  
à obtenção do Título de Bacharel em  
Psicologia.

Orientador(a): Profa. Dra. Renata Ferrarez Fernandes Lopes

**Uberlândia**

2023

**Leonora Debs Diniz**

**O Transtorno do Espectro Autista de Alto Funcionamento e a Terapia dos  
Esquemas: Percepções de Psicólogos Clínicos**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para o Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Ferrarez Fernandes Lopes

**Banca Examinadora**

**Uberlândia, 26 de janeiro de 2023**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Renata Ferrarez Fernandes Lopes (Orientadora)

---

Prof. Dr. Ederaldo José Lopes (Examinador)

---

Prof. Dr. Joaquim Carlos Rossini (Examinador)

**Uberlândia  
2023**

## **Agradecimentos**

À minha família, por ter sempre acreditado em mim e me auxiliado na jornada da vida. Sem vocês, jamais teria chegado aqui.

Aos meus bons amigos, que tornam tudo mais leve e me apoiam nessa vida de pesquisadora.

À minha psicóloga, por ter sido tão perspicaz ao me fornecer meu diagnóstico, o que abriu meus olhos para quem eu era e me inspirou a escolher o tema da minha pesquisa, na luta de tornar os tratamentos e diagnóstico do TEA mais acessíveis e trazer essa sensação boa que tive a mais pessoas.

À minha orientadora, uma inspiração no mundo da pesquisa e da Terapia do Esquema. Sem o seu apoio constante, fazer esse trabalho teria sido muito mais difícil.

Obrigada!

## **Resumo**

Os estudos sobre o Transtorno do Espectro Autista de Alto Funcionamento (TEA- AF), na abordagem da Terapia do Esquema são escassos, especialmente em língua portuguesa. Esta pesquisa de caráter exploratório avaliou a percepção de 7 psicólogos clínicos especialistas em terapia cognitivo-comportamentais e terapia do esquema, acerca dos principais Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) presentes em pessoas portadoras de TEA-AF, bem como as principais impressões sobre o TEA-AF. Foi realizado um questionário on-line com 17 perguntas no total, sendo 15 fechadas e 2 abertas, a fim de que os participantes identificassem os principais EIDs presentes em pessoas portadoras de TEA-AF, bem como aqueles que poderiam ser modificados com a psicoterapia. Investigou-se também as principais impressões dos terapeutas sobre as características do TEA-AF. Os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva (cálculo e análise de porcentagens) e cálculo de coeficiente de concordância de Kendall. Quanto às impressões diagnósticas, a maioria dos profissionais atribui o TEA-AF à pessoas do sexo masculino (86%), brancas (100%) e admitem que estereótipos no terapeuta e critérios manualísticos influenciam no momento do diagnóstico (71%). Houve concordância na amostra geral quanto a presença dos EIDs de isolamento social (100%,  $T = 0,7$ ;  $p < 0,008$ ) e autocontrole insuficiente (100%;  $T = 0,7$ ;  $p < 0,008$ ) em pessoas com TEA-AF. Para a amostra de terapeutas a psicoterapia cognitivo-comportamental e a terapia do esquema são eficazes em diminuir a ativação dos EIDs de isolamento social e auto-controle insuficiente ( $T = 0,7$ ;  $p < 0,008$ ). Dados da literatura internacional corroboram esses achados.

**Palavras chaves:** Transtorno do Espectro Autista de Alto Funcionamento; Esquemas Iniciais Desadaptados; Terapia do Esquema.

### **Abstract**

Researchs about High Functioning Autism Spectrum Disorder (ASD-AF), in the approach of Schema Therapy are scarce, especially in portuguese. This exploratory research evaluated the perception of 7 clinical psychologists specialized in cognitive-behavioral therapy and schema therapy, about the main Early Maladaptative Schemes (EMSs) present in people with high functioning autism spectrum disorder, as well as themain impressions about TEA-AF. An online questionnaire was conducted with 17 questions in total, 15 closed and 2 open, so that the participants could identify the main EMSs present in people with ASD-AF, as well as those that could be modified with psychotherapy. The main impressions of therapists on the characteristics of ASD-AF were also investigated. The results were analyzed using descriptive statistics and calculation of Kendall's coefficient of agreement. As for diagnostic impressions, most professionals attribute the TEA-AF to male (71%), white (100%) and admit thatthe presence of stereotypes and manual criteria influence the diagnosis (71%). Therewas agreement in the general sample regarding the presence of EMSs of social isolation (100%,  $T = 0.7$ ;  $p < 0.008$ ) and insufficient self-control (100%;  $T = 0.7$ ;  $p < 0.008$ ) in people with ASD-AF. For the sample of therapists, cognitive-behavioral psychotherapy and schema therapy are effective in decreasing the activation of EMSs of social isolation and insufficient self-control ( $TT = 0.7$ ;  $p < 0.008$ ). Data from the international researchs corroborate these findings

**Keywords:** High Functioning Autism Spectrum Disorder; Early Maladaptative Schemes; Schema Therapy

## Sumário

|   |                                                                              |    |
|---|------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | Introdução .....                                                             | 07 |
|   | O Transtorno do Espectro Autista: Diagnóstico, Etiologia e Prevalência ..... | 07 |
|   | Problemas no diagnóstico do autismo .....                                    | 08 |
|   | O Transtorno do Espectro Autista e a Terapia do Esquema .....                | 09 |
| 2 | Objetivos .....                                                              | 13 |
| 3 | Método.....                                                                  | 13 |
|   | Participantes.....                                                           | 13 |
|   | Instrumento .....                                                            | 14 |
|   | Procedimento de Coleta de dados .....                                        | 15 |
| 4 | Metodologia de Análise de dados .....                                        | 15 |
| 5 | Resultados e Discussão .....                                                 | 15 |
|   | EIDs que se encontram ativados em portadores de TEA-AF .....                 | 16 |
|   | EIDs que podem melhorar com a Psicoterapia .....                             | 21 |
|   | Análise das Respostas Fechadas - Amostra Geral .....                         | 26 |
| 6 | Conclusão.....                                                               | 27 |
| 7 | Referências.....                                                             | 29 |

## **1 Introdução**

### **O Transtorno do Espectro Autista: Diagnóstico, Etiologia e Prevalência**

O Transtorno do Espectro Autista consiste, segundo as classificações do DSM- IV (APA, 2002) e do DSM 5 (APA, 2014), em um transtorno do desenvolvimento, que engloba distúrbios nas interações sociais recíprocas, padrões de comunicação e de atividade motora estereotipados e interesses restritos. Sobre o espectro autista, as discussões sobre alto funcionamento tiveram início na quarta versão

do manual com a chamada a Síndrome de Asperger. Atualmente, a nomeação Síndrome de Asperger caiu em desuso, e o Transtorno do Espectro Autista é classificado por níveis de suporte 1, 2 e 3, sendo o 1 uma manifestação mais leve do transtorno, porém, ainda clinicamente significativa, nomeada de “alto funcionamento”, onde observa-se a dificuldade de iniciar interações sociais, além desta ser perpetrada de forma atípica havendo interesse reduzido pela mesma, gerando o que o manual diagnóstico denomina um “prejuízo notável”. Também observa-se interesses restritos e comportamentos repetitivos no espectro, havendo uma inflexibilidade psicológica para processos ligados a variação comportamental e de rotina. (APA, 2014; Teodoro, 2018).

Quanto ao curso do transtorno, os sintomas são normalmente reconhecidos entre os 12 e 24 meses de idade, porém, se forem sintomas mais graves, podem ser observados anteriormente. Os primeiros sintomas observados podem ser um atraso no desenvolvimento da linguagem, ausência de interesse social ou interesses restritos e incomuns, além de padrões incomuns ao brincar e comunicar-se (Teodoro, 2018). Entretanto, é importante ressaltar que, devido a estereótipos atribuídos ao transtorno, referentes à sua forma mais grave, autistas de alto funcionamento são frequentemente subdiagnosticados até a vida adulta, com ênfase em mulheres, que apresentam os sintomas de forma mais velada e menos estereotipada, como quando escondem suas estereotipias ou, ao possuírem pouca habilidade social, são vistas como “tímidas” apenas,

de modo a essa não ser vista como uma característica diagnóstica possível do autismo (Kanfischer, Davies & Collin 2017; Lai et al., 2017; Mizael, 2021

Quanto à prevalência, dados apontam quatro vezes mais diagnósticos no gênero masculino do que no feminino, porém, isso se mostra questionável diante da subdiagnose apresentada em mulheres devido às particularidades de como o transtorno se manifesta em pessoas desse gênero (Kanfischer, Davies & Collins, 2017; Lai et al., 2017; Mizael, 2021). Ademais, o DSM 5 mostra um aumento de diagnósticos positivos nos últimos 40 anos, alcançando-se uma prevalência de 0.6% de diagnosticados globalmente, ao passo que, em 1966, a prevalência se estimava de 4 casos para 10.000 pessoas (Teodoro, 2018; Salari et al, 2022). Isso pode ser explicado, por exemplo, pela expansão dos critérios diagnósticos, mas não se sabe ao certo qual fator levou a essa intensificação (APA, 2014).

Há diversas hipóteses de etiologia para o TEA, ligada a fatores genéticos e imunológicos. Contudo, evidências crescentes apoiam a hipótese genética ligada ao autismo, tendo como base para a etiologia do transtorno a herança poligênica. Porém, também se postulam fatores ambientais envolvidos, como complicações pré-natais ou aumento da idade paterna (Cheroni, Caporale & Testa, 2020).

### **Problemas no diagnóstico do autismo**

Hayes, Ford, Rafeeqe e Russell (2018) analisaram as diretrizes clínicas diagnósticas do TEA no Reino Unido, procurando por fatores que influenciam os profissionais na etapa de diagnóstico do transtorno. Os autores ressaltam como tais diretrizes são heterogêneas. Segundo o estudo, essa heterogeneidade pode ser motivo de confusão na etapa de diagnóstico para os profissionais, o que vale ser destacado, uma vez que um dos objetivos dessa pesquisa foi mapear a percepção dos terapeutas cognitivo-comportamentais e terapeutas do esquema, inclusive sobre o diagnóstico de esquemas em pessoas portadoras de TEA de alto funcionamento (TEA-AF).

Muitos autistas nível 1 são diagnosticados apenas na vida adulta (Oshima, Murata, Ohtani, Seto & Shimizu, 2021), não recebendo tratamento adequado e piorando sua saúde mental e da qualidade de vida (Kamio, Inada & Koyama, 2013; Oshima et al., 2021). Vale ressaltar que Hayes et al (2018) encontraram, em seu estudo, que minorias étnicas e de gênero têm mais dificuldade de receber o diagnóstico, o que atrasa o tratamento.

### **O Transtorno do Espectro Autista e a Terapia do Esquema**

A terapia dos esquemas é um tipo de terapia cognitivo-comportamental criada por Jeffrey Young em meados da década de 1980, que postula como o não suprimento de necessidades emocionais básicas na infância e adolescência, como aceitação, autonomia, limites realistas, etc. pode gerar crenças centrais que sustentam uma forma desadaptativa de se ver e interpretar os eventos no mundo, refletida nas carências da vida precoce, gerando-se esquemas iniciais desadaptativos (Young, Klosko & Weishaar, 2008).

Young et al (2008), descrevem 18 esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), os quais estão distribuídos em cinco domínios, sendo que cada um destes reflete uma carência precoce de alguma necessidade emocional básica, como o afeto, a autonomia e competência, os limites apropriados, a validação das próprias emoções e a desinibição e o lazer. Na Tabela 1 podemos identificar todos os EIDs em seus respectivos domínios de esquemas:

**TABELA 1**

Domínios de esquemas com os seus respectivos EIDs:

| <b>Domínio</b>                                          | <b>EIDs</b>                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Domínio I – Desconexão e Rejeição</b>                | Abandono,/instabilidade    Desconfiança/Abuso<br>Privação emocional    Defectividade/Vergonha<br>Isolamento Social/Alienação |
| <b>Domínio II – Autonomia e Desempenho Prejudicados</b> | Dependência/Incompetência    Vulnerabilidade<br>ao dano ou à doença    Emaranhamento/Self<br>subdesenvolvido, Fracasso       |

|                                               |                                                                                                       |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Domínio III – Limites Prejudicados</b>     | Merecimento/Grandiosidade<br>Autocontrole/autodisciplina insuficientes                                |
| <b>Domínio IV – Orientação para o Outro</b>   | Subjugação Autossacrifício<br>Busca de aprovação/reconhecimento                                       |
| <b>Domínio V – Supervigilância e Inibição</b> | Negativismo/PessimismoInibição Emocional<br>Padrões Inflexíveis/Crítica Exagerada<br>Postura Punitiva |

**Fonte:** Adaptado de Young et al. (2008).

De forma geral, a literatura sugere que a Terapia do Esquema, por ser endereçada e estruturada para pessoas que possuem problemas graves nas interações sociais, como as pessoas portadoras de transtornos da personalidade, trata-se de uma alternativa interessante para pessoas portadoras de TEA, especialmente TEA-AF (Bullus, 2019; Oshima, et al 2015; Oshima et al 2021; Vuijk, Genderen, Geurts e Arntz, 2022).

Os estudos sobre o TEA-AF, na abordagem da terapia dos esquemas são escassos, especialmente em língua portuguesa. Em um estudo, Oshima et al (2015) compararam os esquemas prevalentes em uma população não clínica com uma população de adultos diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista, e constaram que a amostra com TEA com diferentes níveis de funcionamento, pontuou mais alto em 16 dos 18 esquemas postulados na teoria. Além disso, os esquemas mais presentes nessa população foram privação emocional, vulnerabilidade ao dano ou à doença e autocontrole insuficiente.

Oshima et al (2021) avaliaram os esquemas prevalentes em uma amostra de participantes com TEA-AF, destacando-se os seguintes EIDs: isolamento social, fracasso, dependência/incompetência, defectividade/vergonha, inibição emocional, negativismo/pessimismo e postura punitiva.

Quanto ao esquema de isolamento social, o mais ativado, os autores sustentam a hipótese de que grande parte do sofrimento advindo do TEA-AF provém desse esquema, o qual proporciona que o indivíduo se sinta diferente dos que convivem

com ele, sem se sentir pertencente aos espaços ou grupos (Arntz, 2013). Isso pode ser explicado diante do fato de que muitos indivíduos diagnosticados com TEA- AF ainda apresentam comportamentos incomuns e estereotipados, além de dificuldades sociais, e não conhecerem o motivo dessas diferenças, isto é, receberem o diagnóstico apenas na vida adulta, o que pode aumentar essa autoestigmatização, conforme observado nesse estudo. Essa hipótese está alinhada ao estudo de Oshima, Nishinaka, Iwasa, Ito e Shimizu (2014), segundo o qual as dificuldades em saúde mental dessa população seriam mediadas por EIDs.

Uma revisão sistemática realizada por Umagami *et al* (2022) analisou a solidão em adultos autistas, constatando como estes, apesar das dificuldades sociais, desejam possuir conexão e senso de pertencimento assim como os não autistas, porém muitos vêem a solidão como um caminho inevitável diante de suas dificuldades sociais. Tal fato corrobora a hipótese do esquema de isolamento social ser um dos grandes determinantes do sofrimento psíquico em autistas de alto funcionamento, com ênfase nos adultos.

Teodoro (2018), por sua vez, realizou uma revisão integrativa sobre terapias cognitivas e o autismo de alto-funcionamento, mostrando como a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia do Esquema são viáveis para o tratamento do TEA-AF, porém são necessárias adaptações. Quanto ao uso da Terapia dos Esquemas e o TEA-AF, foram encontrados estudos que associam o transtorno aos esquemas de Privação Emocional, Isolamento Social; Padrões Inflexíveis, Vulnerabilidade ao Dano e à doença, Autocontrole e autodisciplina insuficientes e Grandiosidade.

Bullus (2019) apresenta uma proposta de Terapia dos Esquemas adaptada ao tratamento para pessoas autistas sugerindo duas mudanças centrais na estrutura da terapia para TEA-AF. A primeira mudança refere-se aos modos de enfrentamento

que se ativam como resposta diante do não suprimento de necessidades básicas: hipercompensação, resignação e evitação perpetuando os EIDs . Para a autora pessoas no espectro autista apresentam uma mescla das três formas de enfrentamento,o que exige adaptações na terapia caracterizando-se por maior atenção a certos aspectos no tratamento como a ativação e apresentação de modos compostos. Por exemplo: portadores de TEA quando apresentam dificuldade no contato visual estão apresentando uma forma de evitação de interações face a face, porém, também pode haver em curso uma capitulação (manutenção esquemática) subjugando-se aos pares para se manter numa interação por mais algum tempo, ignorando suas próprias necessidades e preferências, resignando-se diante de dificuldades de processamento sensorial presentes no autista, de modo que este pode reagir de forma desconfortável ao contato aos estímulos inerentes a uma interação social, sem se engajar em adaptar o convívio de forma mais apropriada para si.

A autora postula em segundo lugar que, por possuírem um funcionamento neurodivergente, essas pessoas têm necessidades básicas além das tradicionais postuladas por Young, Kosklo e Weishaar (2008). Pessoas com condições que se enquadrem no espectro autista sentem “necessidades fundamentais” de previsibilidade e rotina e de pistas na interação social para se adaptarem em um mundo majoritariamente neurotípico.

Vuijk, Genderen, Geurts e Arntz (2022) ressaltam como muitos autistas possuem problemas de saúde mental crônicos comórbidos ao autismo, como depressão crônica ou transtornos de personalidade. Dessa forma, a Terapia dos esquemas se mostra efetiva para o tratamento dessas comorbidades, por ser um modelo de terapia própria para pacientes refratários. Ademais, os autores também mostram, por meio de um estudo de caso de paciente adulto portador de TEA e de

transtorno personalidade evitativo, como o trabalho com modos esquemáticos é potente para esses pacientes, usando técnicas de reescrita de imagem mental e da cadeira vazia, de forma a promover diálogos efetivos com as diversas facetas do self do paciente, destacando que adaptações na terapia são necessárias para que se leve em consideração que portadores de TEA precisam de mais tempo para processar o que ouvem, veem e sentem no contato com outras pessoas, precisando de mais tempo para encontrarem um repertório mais adequado ao contexto social em curso.

## **2 Objetivos**

Considerando que a Terapia dos Esquemas parece apropriada para trabalhar com portadores de TEA-AF, este estudo teve como objetivo investigar a percepção de psicólogos clínicos cognitivo comportamentais/focado em esquemas acerca dos principais EIDs presentes em pessoas portadoras TEA-AF. A investigação abordou a percepção dos entrevistados sobre os principais esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) ativados em pessoas portadoras TEA-AF, bem como aqueles EIDs que poderiam ser modificados com o tratamento psicoterápico. Um objetivo secundário foi verificar o grau de contato e as impressões gerais e sobre o diagnóstico que esses terapeutas teriam acerca do TEA-AF.

## **3 Método**

### **Participantes**

Participaram dessa pesquisa 7 psicólogos clínicos especialistas em terapia cognitivo-comportamentais e/ ou terapia do esquema. A Tabela 2 apresenta a caracterização da amostra.

**TABELA 2**

Caracterização da amostra.

| <b>Gênero</b>                                      | Masculino                        | Feminino                                                         |                                                       |                                                              |
|----------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                                                    | 29%                              | 71%                                                              |                                                       |                                                              |
| Idade                                              | 25-30                            | 31-35                                                            | 41-45                                                 |                                                              |
|                                                    | 29%                              | 14%                                                              | 57%                                                   |                                                              |
| Formação                                           | Pós Graduação Lato Sensu         | Pós Graduação Strictu Sensu (Mestrado)                           | Pós Graduação Strictu Sensu (Doutorado)               |                                                              |
|                                                    | 43%                              | 43%                                                              | 14%                                                   |                                                              |
| Origem da instituição                              | Pública                          | Privada                                                          |                                                       |                                                              |
|                                                    | 86%                              | 14%                                                              |                                                       |                                                              |
| Tempo de formação                                  | < 5 anos                         | 6-10 anos                                                        | 16-20 anos                                            | > 20 anos                                                    |
|                                                    | 29%                              | 29%                                                              | 29%                                                   | 14%                                                          |
| <b>Abordagem teórica</b>                           | Terapia Cognitivo-Comportamental | Terapia Cognitivo-Comportamental e outras baseadas em evidências | Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia do Esquema | Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapias de Terceira Onda |
|                                                    | 14%                              | 29%                                                              | 43%                                                   | 14%                                                          |
| Fonte mais utilizada para atualização profissional | Periódicos Científicos           | Livros Teóricos                                                  | Cursos de formação                                    |                                                              |
|                                                    | 29%                              | 43%                                                              | 29%                                                   |                                                              |

Fonte: Laboratório de Psicologia Experimental IPUFU.

**Instrumento**

O instrumento utilizado foi uma entrevista estruturada que foi respondida pelos participantes no *Google Forms*. O instrumento foi enviado pela plataforma *Google* para especialistas em terapia cognitivo-comportamentais e terapia do esquema. A entrevista continha uma breve introdução sobre a pesquisa, perguntas iniciais estruturadas sobre área de atuação profissional e em seguida, perguntas estruturadas sobre as percepções dos profissionais sobre as características das pessoas portadoras de TEA-AF, bem como suas impressões sobre os critérios diagnósticos do TEA-AF e sobre quais seriam, na visão desses profissionais, os esquemas iniciais desadaptativos presentes nos

portadores de TEA-AF.

Foram realizadas 17 perguntas no total, sendo 15 fechadas e 2 abertas. Dentre as questões destacam-se a questão que apresentou todos os sinais e sintomas do TEA-AF, seguido das definições dos 18 EIDs conhecidos para que o participante assinalasse todos os esquemas que julgasse presentes (ativados) em portadores com TEA-AF. Outra questão importante foi a que solicitou que os participantes indicassem a sequência hierarquizada de EIDs, do mais comumente presente (ativados) para o menos presente, em portadores de TEA-AF. Finalmente, destaca-se a questão que solicitou aos participantes que indicassem quais EIDs poderiam ser modificados com a terapia do esquema.

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

Em relação ao recrutamento dos psicólogos, como o conceito de esquemas é inerente às abordagens cognitivas, esses foram encontrados pelo acesso à plataforma virtual da Federação Brasileira de Terapeutas Cognitivos (FBTC), que fornece os e-mails dos profissionais certificados. O recrutamento só ocorreu após a aprovação desse projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – número CAAE: 54977521.1.0000.5152.

Para que o participante fosse incluído na pesquisa e respondesse à entrevista, foi preciso assinar eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido enviado previamente também pelo *Google Forms*. A tarefa do participante foi responder a questões gerais sobre sua formação e sobre suas impressões acerca das pessoas portadoras de TEA-AF, bem como sobre sua percepção acerca dos critérios diagnósticos do TEA-AF. Além disso, deviam indicar quais seriam, na visão desses profissionais, os EIDs mais presentes (ativados) nos portadores de TEA-AF, hierarquizar tal ativação e indicasse os EIDs modificáveis com a terapia.

#### 4 Metodologia de análise de dados

As respostas das perguntas fechadas da entrevista foram avaliadas através da estatística descritiva. Para a análise da concordância de julgamento entre os juízes (N=7) calculou-se o coeficiente de Kendall.

A fim de comparar o julgamento dos terapeutas acerca dos EIDs, ativados e modificáveis com a psicoterapia, em função da proximidade do contato com pessoas portadoras de TEA-AF dividiu-se o grupo em: terapeutas que trabalham com TE (N=3); terapeutas cognitivo-comportamentais que trabalham com TEA (N=2) e terapeutas cognitivo-comportamentais que convivem com pessoas portadoras de TEA (N=5). Destaca-se que alguns terapeutas participaram de mais de uma subamostra. Realizou-se apenas estudos comparativos com porcentagens de concordância entre os subgrupos (estatística descritiva).

#### 5 Resultados e Discussão

##### **EIDs que se encontram ativados em portadores de TEA-AF.**

A seguir serão apresentados os resultados obtidos pela amostra geral e resultados nos quais comparamos as respostas de subgrupos da amostra geral. Na Tabela 3 apresentamos os coeficiente de concordância Kendall para a amostra geral (N=7). Os coeficientes de Kendall de 0,9 são considerados muito bons. Um coeficiente *tau* de Kendall alto e significativo indica que os avaliadores/juízes/especialistas aplicam essencialmente o mesmo padrão ao avaliar os EIDs ativados em pessoas com TEA-AF. Assim, destacam-se que os EIDs de abandono, abuso, defectividade, emaranhamento, fracasso, arrogo e negativismo/ pessimismo que atingiram um  $T = 0,9$  com  $p < 0,002$ . Os demais EIDs tiveram todos  $T$  de Kendall acima de 0,7 indicando concordância forte entre os juízes.

**TABELA 3**

Índices de concordância Kendal, valor de Chi- quadrado e índices de significância  $p$  dos julgamentos da amostra geral sobre EIDs ativados em pessoas com TEA-AF

| EIDs                             | Chi-<br>quadrado | CC<br>Kendall | $p$                |
|----------------------------------|------------------|---------------|--------------------|
| <b>Abandono</b>                  | 9                | 0,9           | <b>0,002699796</b> |
| <b>Abuso</b>                     | 9                | 0,9           | <b>0,002699796</b> |
| <b>Privação emocional</b>        | 7                | 0,7           | <b>0,008150972</b> |
| <b>Defectividade</b>             | 9                | 0,9           | <b>0,002699796</b> |
| <b>Isolamento social</b>         | 7                | 0,7           | <b>0,008150972</b> |
| <b>Dependência/incompetência</b> | 7                | 0,7           | <b>0,008150972</b> |
| <b>Vulnerabilidade ao dano</b>   | 7                | 0,7           | <b>0,008150972</b> |
| <b>Emaranhamento</b>             | 9                | 0,9           | <b>0,002699796</b> |
| <b>Fracasso</b>                  | 9                | 0,9           | <b>0,002699796</b> |
| <b>Arrogo</b>                    | 9                | 0,9           | <b>0,002699796</b> |
| <b>Autocontrole insuficiente</b> | 7                | 0,7           | <b>0,008150972</b> |
| <b>Negativismo</b>               | 9                | 0,9           | <b>0,002699796</b> |
| <b>Inibição emocional</b>        | 8                | 0,8           | <b>0,004677735</b> |
| <b>Padrões inflexíveis</b>       | 8                | 0,8           | <b>0,004677735</b> |
| <b>Postura punitiva</b>          | 7                | 0,7           | <b>0,008150972</b> |

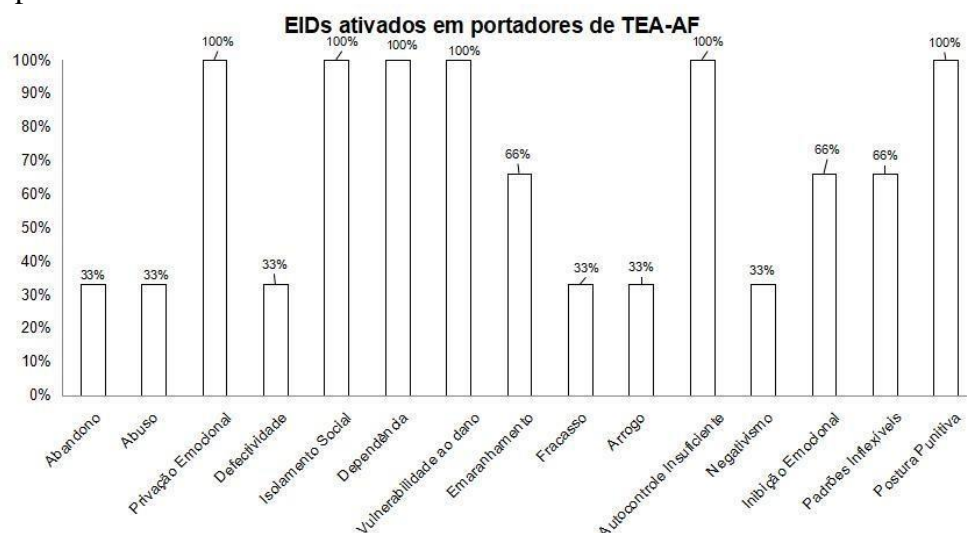
CC: Coeficiente de concordância

Fonte: Laboratório de Psicologia Experimental IPUFU N=7

Na Figura 1 encontramos as porcentagens de julgamentos da amostra geral sobre EIDs ativados nas pessoas portadoras de TEA-AF. Destacam-se os EIDs de Privação Emocional, Dependência, Vulnerabilidade ao dano, Isolamento Social, Autocontrole Insuficiente e Postura punitiva em (100%), segundo julgamento da amostra geral (N=7),  $T = 0,7$  com  $p < 0,01$ .

**FIGURA 1**

Porcentagens de EIDs indicados pela amostra geral acerca como ativados nos pacientes portadores de TEA-AF.



Fonte: Laboratório de Psicologia Experimental IPUFU. N=7

A Tabela 4 apresenta a ordem de ativação de EIDs (do mais ativado para o menos ativado) indicados pelos terapeutas juízes. Nota-se nesse sentido uma diversidade de opinião na amostra em relação ao grau de ativação dos EIDs nos pacientes, no entanto, todos apontam a presença de Isolamento social (indicado pelo número 5) e o padrões inflexíveis (indicado pelo número 17) como os mais intensamente ativados.

**TABELA 4**

Ordem de EIDs ativados em pacientes com TEA-AF (do mais ativado para o menos ativado)

| Participantes | EIDS ativados (do maior para o menor)                         |
|---------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>P1</b>     | 2, 4, 5, 1, 3, 6, 8, 9, 7, 11, 17, 18                         |
| <b>P2</b>     | 17, 18, 15, 16, 1, 2, 4, 5, 10, 11                            |
| <b>P3</b>     | 16, 3, 1, 2, 4, 5, 6, 8, 7, 13, 12, 14, 9, 10, 11, 15, 17, 18 |
| <b>P4</b>     | 17, 16, 5, 10, 11, 18, 7, 6                                   |
| <b>P5</b>     | 5, 11, 7, 17, 16, 6, 8, 3                                     |
| <b>P6</b>     | 17, 16, 5, 6, 4, 11                                           |
| <b>P7</b>     | 1, 2, 15, 11, 4, 3, 7                                         |

**Nota:** 1. Abandono/Instabilidade 2. Desconfiança/Abuso., 3. Privação Emocional - 4. Defectividade/Vergonha - 5. Isolamento Social/Alienação - 6. Dependência/Incompetência - , 10. Arrog/Grandiosidade -11. Autocontrole/Autodisciplina insuficientes - 15. Negativismo/Pessimismo - 16. Inibição Emocional - 17. Padrões inflexíveis/Postura crítica exagerada - , 18. Postura Punitiva –

Fonte: Laboratório de Psicologia Experimental IPUFU.

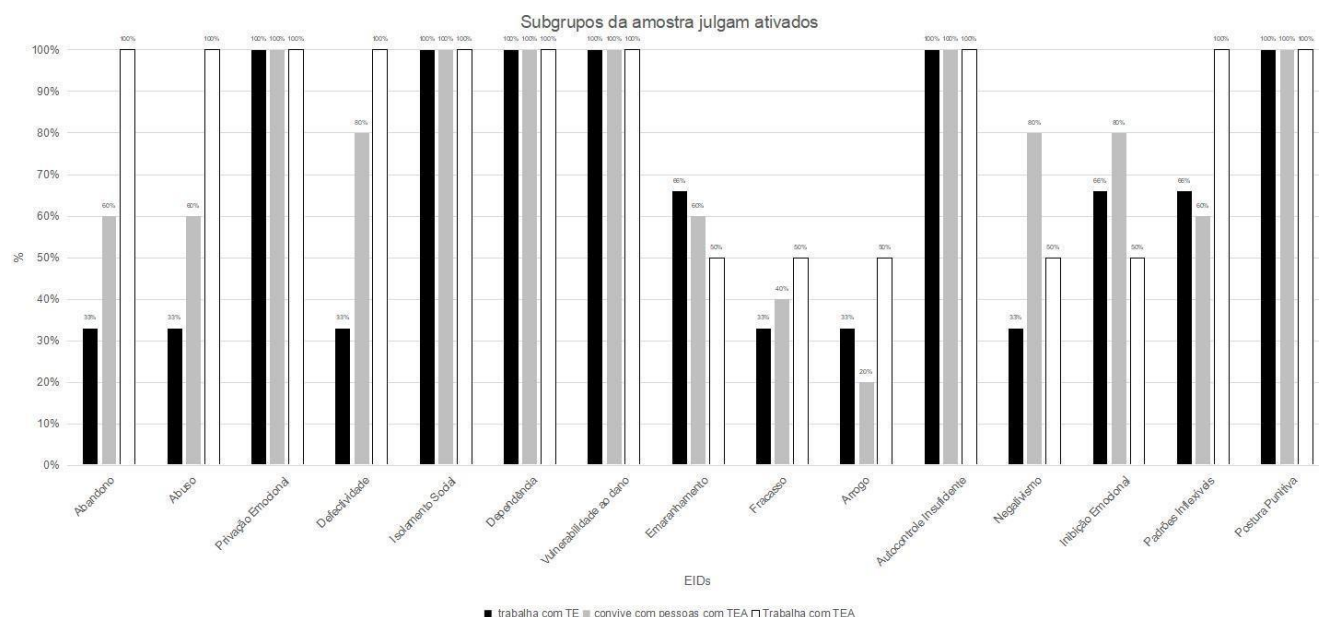
N=7

A fim de comparar o julgamento dos terapeutas acerca dos EIDs ativados em pessoas portadoras de TEA-AF, em função da proximidade do contato com pessoas portadoras de TEA-AF, dividiu-se o grupo em: terapeutas que trabalham com TE (N=3); terapeutas cognitivo-comportamentais que trabalham com TEA (N=2) e terapeutas cognitivo-comportamentais e terapeutas do esquema que convivem com pessoas portadoras de TEA (N=5). Destaca-se que alguns terapeutas participam de mais de uma subamostra.

A Figura 2 apresenta o gráfico comparativo entre esses subgrupos. Destaca-se que o subgrupo de terapeutas que trabalham com TEA concordaram (100%), variando de 0,7 a 0,9  $p < 0,01$ , que os seguintes EIDs, além dos já citados anteriormente na análise da amostra geral, estão ativos: abandono; abuso; privação emocional; defectividade e inibição emocional

## FIGURA 2

Comparação das porcentagens de EIDs ativados em pessoas portadoras de TEA-AF em função das subamostras: terapeutas que trabalham com TE; terapeutas cognitivo-comportamentais que trabalham com TEA; terapeutas cognitivo-comportamentais que convivem com pessoas portadoras de TEA.



Fonte: Laboratório de Psicologia Experimental. Trabalha com TE - cor preta (n=3)  
Trabalha com TEA/TCC-TE - cor branca (n= 2) Convive com pessoas com TEA  
/TCC-TE - cor cinza ( N = 5)

O EID de autocontrole insuficiente merece destaque. A amostra geral (N=7) considera um esquema ativo em pessoas portadoras de TEA-AF. A literatura internacional tem encontrado resultados contraditórios acerca desse EID em pessoas portadoras de TEA-AF. Segundo Oshima et al. (2015), a amostra com TEA (com diferentes níveis de manifestação dos sintomas) apresenta escores mais altos nesse EID. Porém, em estudo posterior, especificamente com amostra de TEA-AF, Oshima et al (2021) não encontraram escores altos para autodisciplina e autocontrole insuficientes, e nem outro EID do terceiro domínio (falta de limites realistas). Teodoro (2018), em sua revisão de literatura comparando estudos cognitivo-comportamentais com estudos da terapia do esquema sobre TEA-AF, identificou EIDs de grandiosidade e autocontrole insuficiente, ambos do terceiro domínio, em pessoas com TEA-AF. Nessa pesquisa, a amostra identificou o esquema de arrogo, que foi apontado por 30% dos terapeutas - amostra geral ( $T= 0,9$ ;  $p < 0,001$ ) e o esquema de autocontrole insuficiente, que foi apontado por 100% dos terapeutas da amostra geral ( $T= 0,7$ ;  $p < 0,002$ ). Nesse sentido os dados obtidos são corroborados por Teodoro (2018) e por Oshima et al (2015).

Se considerarmos que estudos como o de Vuijk et al (2022) destacam a necessidade de adaptações na terapia de portadores de TEA, pois eles precisam de mais tempo para processar o que ouvem, veem e sentem no contato com outras pessoas, precisando de mais tempo emitirem um repertório mais adequado ao contexto social, respostas muito rápidas, típicas do EID de autocontrole insuficiente, podem levar a desfechos inesperados e a sofrimento psíquico, conforme a percepção dos terapeutas de nossa pesquisa.

Já o EID de isolamento social, foi apontado por 100% dos terapeutas de nossa amostra como um esquema presente em pessoas portadoras TEA-AF. Oshima et al. (2021) identificaram o mesmo EID com escore alto, em amostra de portadores de TEA-AF. A a revisão sistemática de Umagami et al (2022) sobre os esquemas presentes em autistas adultos indica a solidão como tema central na terapia de adultos autistas. Esses estudos corroboram os dados obtidos em nossa pesquisa.

As pesquisas de Oshima et al (2015) , Oshima et al (2021) e Teodoro (2018) apontaram para ativação alta em EIDs no domínio de desconexão e rejeição (domínio1) e autonomia e desempenho prejudicados (domínio2), destacando os EIDs de isolamento social, dependência e de vulnerabilidade ao dano. Em nossa pesquisa, os terapeutas identificaram esquemas do segundo domínio como muito ativado no TEA-AF (dependência e vulnerabilidade ao dano, ambos com 100% de concordância entre os terapeutas da amostra geral;  $T=0,07$ ;  $p<0,002$ ). Segundo Kunst et al. (2019), há uma correlação significativa entre deficits na autonomia e ansiedade. Os transtornos de ansiedade são apontados como uma comorbidade comum entre os autistas de alto-funcionamento. Dessa maneira problemas ligados a falta de autonomia e o desempenho prejudicado em portadores do TEA-AF, especialmente, aqueles ligados aos esquemas de dependência e vulnerabilidade ao dano podem favorecer quadros de ansiedade nessas pessoas.

Destaca-se que a subamostra de terapeutas do esquema que trabalham com pessoas TEA-AF ampliam o número de EIDs presentes em seus pacientes em relação a amostra geral, apontando para esquemas nos 5 domínios, todos com 100% de concordância (abandono; abuso; defectividade, isolamento social, dependência, autocontrole insuficiente, padrões inflexíveis e postura punitiva). Esses dados corroboram os estudos como o de Vuijk (2022) que apontam para comorbidades com transtornos da personalidade o que levariam a ativação de EIDs em vários domínios, além da ansiedade como comorbidade comum entre pessoas portadoras de TEA-AF.

#### **EIDs que podem melhorar com a Psicoterapia**

Na Tabela 5 apresentamos os coeficientes de concordância de Kendall da amostra geral de terapeutas que afirmam que a psicoterapia pode melhorar os EIDs de desconfiança e abuso; defectividade; emaranhamento; fracasso; arrogo e padrões inflexíveis que atingiram um  $T = 0,9$  ou 1 com  $p< 0,001$ . Os demais EIDs tiveram todos  $T$  de Kendall acima de 0,7 indicando concordância forte entre os terapeutas juízes.

**TABELA 5**

Índices de concordância Kendal, valores de Chi- quadrado e índices de significância *p* dos julgamentos da amostra geral sobre EIDs que a psicoterapia pode melhorar em pessoas com TEA-AF

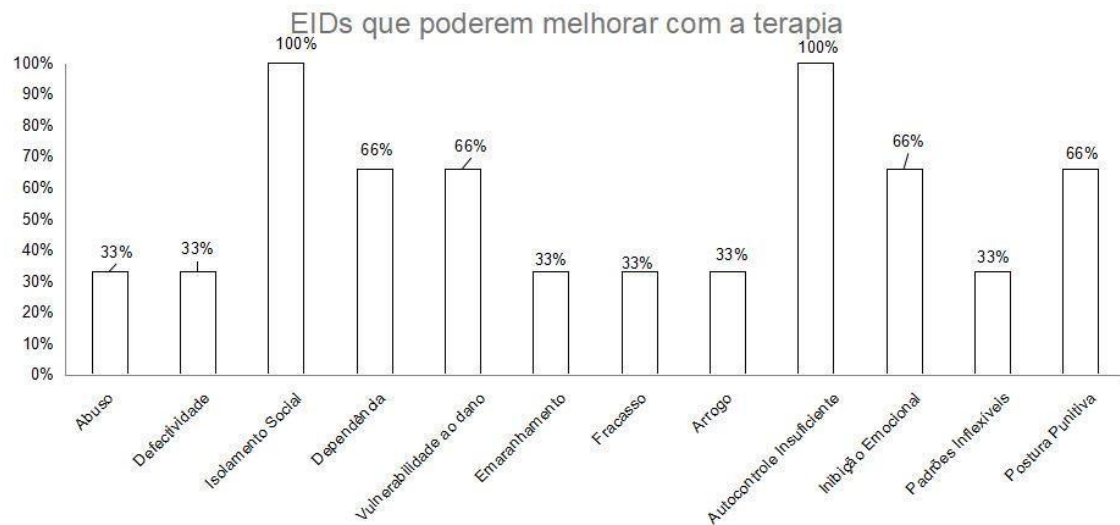
| <b>EIDS</b>                        | <b>Chi-<br/>quadrado</b> | <b>Coefficiente de<br/>concordância Kendall</b> | <b><i>P</i></b>  |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|------------------|
| <b>Desconfiança /abuso</b>         | 9                        | 1                                               | <b>0,0026997</b> |
| <b>Defectividade</b>               | 9                        | 0,9                                             | <b>0,0026997</b> |
| <b>Dependência/incompetência</b>   | 8                        | 0,8                                             | <b>0,0046777</b> |
| <b>Vulnerabilidade ao dano</b>     | 8                        | 0,8                                             | <b>0,0046777</b> |
| <b>Emaranhamento</b>               | 9                        | 0,9                                             | <b>0,0026997</b> |
| <b>Fracasso</b>                    | 9                        | 0,9                                             | <b>0,0026997</b> |
| <b>Arrogo</b>                      | 9                        | 0,9                                             | <b>0,0026997</b> |
| <b>Autocontrole insuficiente</b>   | 7                        | 0,7                                             | <b>0,0081509</b> |
| <b>Inibição emocional</b>          | 8                        | 0,8                                             | <b>0,0046777</b> |
| <b>Padrões inflexíveis</b>         | 9                        | 0,9                                             | 0,0026997        |
| <b>Postura punitiva</b>            | 8                        | 0,8                                             | 0,0046777        |
| <b>Isolamento social/alienação</b> | 8                        | 0,7                                             | 0,0081509        |

Fonte: Laboratório de Psicologia Experimental IPUFU.N=7

A amostra geral (N=7) concorda (100%),  $T = 0,7$  com  $p < 0,01$ , que os EIDs que podem melhorar com a psicoterapia são o de isolamento social e o de autocontrole insuficiente.

### FIGURA 3

Porcentagens de EIDs indicados pela amostra geral que podem ser melhorados com psicoterapia em pessoas portadores de TEA-AF.



Fonte: Laboratório de Psicologia Experimental IPUFU. N=7

Esses dados são promissores, visto que, conforme já mostrado, o esquema de isolamento social pode ser um fator de sofrimento de autistas adultos de alto

funcionamento, os quais se vêem como solitários e são auto e heteroestigmatizados socialmente diante de um diagnóstico tardio. É possível que portadores de TEA-AF com diagnóstico tardio apresentem sofrimento psíquico agravado por demorarem muito para compreenderem suas diferenças em relação a pessoas neurotípicas, sentindo pouco pertencimento social (Oshima et al, 2021; Umagami et al, 2022). Assim, a perspectiva de melhora dessas esquemáticas, via psicoterapia, é algo positivo. Bulluss (2019) postula necessidades básicas diferentes para portadores de TEA, além das postuladas na teoria da terapia do esquema. Por crescerem em meio a contextos majoritariamente neurotípicos e possuírem um funcionamento neurodivergente, a necessidade básica de serem fornecidas pistas sociais mais explícitas para que os autistas possam compreender a interação social e se conectarem com pessoas, faz com que a psicoterapia mediada pela reparentalização do terapeuta, leve o portador de TEA avançar no reconhecimento de pistas sociais sutis que podem auxiliar na melhora do EID de isolamento social, que parece mediar o sofrimento de adultos com TEA-AF, principalmente os diagnosticados tardiamente.

O esquema de autocontrole insuficiente também é percebido por 100% da amostra como aquele esquema que pode ser melhorado como a psicoterapia. Destaca-se que esse é um EID que em algumas pesquisas, com amostras de autistas com diferentes níveis de apresentação de sintomas, é identificado como passíveis de melhora em processo de psicoterapia (Oshima, et al 2015 ; Teodoro, 2018) , mas, especificamente, em portadores de TEA-AF ,os dados são contraditórios.

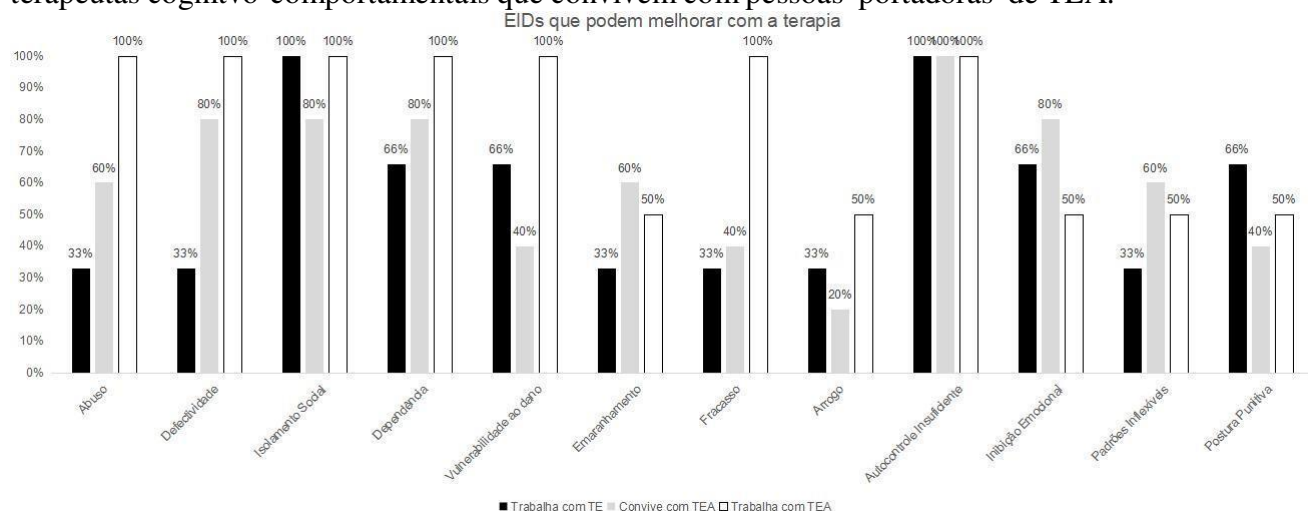
Bulluss (2019) afirma que o autista precisa de ordem, rotina e mais tempo para desfrutar de interesses específicos, de maneira que a organização de cronogramas diários para o paciente pode contemplar a necessidade de ordem e rotina, reduzindo o impulso para a procrastinação e a falta de autocontrole. Dessa forma, percebe-se como o suprimento de necessidades básicas específicas de autistas, por meio da reparentalização limitada, pode conduzir ao progresso terapêutico desses pacientes.

O domínio de autonomia e desempenho prejudicados (domínio 2) não mostraram concordância dos terapeutas quanto à melhora. Considerando a comorbidade do TEA-AF com os transtornos de ansiedade (Kunst, 2019), a falta de concordância dos efeitos da terapia com relação a esquemas de dependência (65%) e vulnerabilidade ao dano (65%) pode ser um ponto preocupante, indicando que esses EIDs merecem maior atenção na adaptação das intervenções terapêuticas para portadores de TEA-AF.

A Figura 4 apresenta o gráfico comparativo das subamostras, acerca dos EIDs que podem melhorar com a psicoterapia. Destaca-se que os terapeutas cognitivo-comportamentais/TE que trabalham com TEA e portanto possuem uma visão privilegiada dos efeitos da psicoterapia nessa população, concordaram (100%),  $T_s \geq 0,7$ ;  $p < 0,01$ , que os seguintes EIDs, além dos já citados anteriormente, podem ser melhorados com a psicoterapia: abuso; defectividade; dependência; vulnerabilidade ao dano e fracasso.

#### FIGURA 4

Comparação das porcentagens de EIDs que podem ser mudados com a terapia em pessoas portadoras de TEA-AF, em função das subamostras - terapeutas que trabalham com TE; terapeutas cognitivo-comportamentais que trabalham com TEA ; terapeutas cognitivo-comportamentais que convivem com pessoas portadoras de TEA.



Fonte: Laboratório de Psicologia Experimental. Trabalha com TE-cor preta (n=3) Trabalha com TEA/TCC-TE - cor cinza (n= 2) Convive com pessoas com TEA /TCC-TE-cor branca ( N = 5)

Nessa análise das subamostras, quando observamos os julgamentos dos terapeutas especialistas em TE e que trabalham ou convivem com TEA-AF, notamos que em suas percepções há uma melhora de outros EIDs de desconexão e rejeição (domínio 1) e autonomia e desempenho prejudicados (domínio 2). Destaca-se a percepção de que a psicoterapia melhora esquemas de abuso em pacientes com TEA-AF. Segundo Cazalis et al (2022), há evidência de que 9 a cada 10 mulheres autistas já passaram por situações sexualmente abusivas, o que poderia desencadear ou ativar esse esquema. Dessa forma, a percepção de que haveria melhora, com a psicoterapia, em esquema de abuso é também promissor.

Por outro lado, destaca-se a pouca concordância entre os terapeutas de que esquemas ligados ao domínio supervigilância e inibição (domínio 5) possam ceder com a psicoterapia. Esquemas de inibição emocional, postura punitiva e padrões inflexíveis parecem ter pouca melhora com a psicoterapia na percepção dos terapeutas. Esses esquemas que demandam maior flexibilidade cognitiva parecem mais refratários a psicoterapia. A literatura da área aponta para a ação de esquemas ligados ao domínio de supervigilância e inibição em portadores de TEA-AF, mas não é clara sobre o efeito da psicoterapia sobre essa esquemática (Oshima, et al, 2015; Oshima et al., 2021; Teodoro, 2018).

Por outro lado, considerando o estudo de Bullus (2019), se o portador de TEA possui uma necessidade básica de ordem e rotina, a flexibilidade cognitiva neurotípica não pode ser esperada nessa população, e portanto novas pesquisas precisam ser realizadas sobre as especificidades do domínio 5 em pessoas autistas. Contudo, de acordo com a literatura e com a percepção dos participantes dessa pesquisa, que trabalham ou tem contato com portadores de TEA, uma melhora em EIDs do domínio 5 parece ser alcançável, equilibrando a necessidade de ordem e

rotina com alguma flexibilidade cognitiva.

### **Análise das Respostas Fechadas - Amostra Geral**

A Tabela 6 apresenta as respostas da amostra geral acerca das suas impressões diagnósticas relacionadas a TEA-AF. A maioria dos terapeutas pensam no portador de TEA-AF como um homem (86%) e de etnia branca (100%). Admitem que a presença de estereótipos no terapeuta e que critérios manualísticos influenciam no momento do diagnóstico (71%). Ademais, foi ressaltada pela maioria (86%) a existência de diferenças na apresentação sintomática do espectro autista em homens e mulheres.

**TABELA 6**

Respostas das perguntas gerais feitas para a amostra de terapeutas

|                                                                                                                                                                                   |                         |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| <b>Você acredita que haja diferenças no funcionamento do Transtorno do Espectro Autista em meninos/homens e meninas/mulheres?</b>                                                 | <b>Sim</b><br>86%       | <b>Não</b><br>14%      |
| <b>Você acredita que a ausência de algum dos critérios diagnósticos listados acima veda a possibilidade de o paciente pertencer ao espectro autista?</b>                          | <b>Sim</b><br>14%       | <b>Não</b><br>86%      |
| <b>Você acredita que possui, em sua vivência algum estereótipo ou característica indispensável para fechar o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista em algum paciente?</b> | <b>Sim</b><br>71%       | <b>Não</b><br>29%      |
| <b>Quando você pensa em um/a paciente autista, qual é o seu gênero?</b>                                                                                                           | <b>Masculino</b><br>86% | <b>Feminino</b><br>14% |
| <b>Quando você pensa em um/a paciente autista, qual é a sua raça?</b>                                                                                                             | <b>Branca</b><br>100%   | <b>Outra</b><br>0%     |

Fonte: Laboratório de Psicologia Experimental IPUFU. N=7

Diante dos dados indicados na Tabela 6, percebe-se como a maioria dos profissionais pensam mais em autistas como homens e pessoas brancas. Do ponto de vista da epidemiologia, o TEA é encontrado predominantemente em pessoas do sexo masculino (APA, 2014; Teodoro, 2018). No entanto, é importante notar que, atualmente, as pesquisas tem questionado uma possível subdiagnose feminina

(Kanfischer, Davies & Collins, 2017; Lai et al., 2017; Mizael, 2021). Ademais, conforme visto, a totalidade de profissionais entrevistados pensa nos autistas como brancos, o que gera a maior dificuldade de acesso a não-brancos ao diagnóstico (Hayes et al, 2018).

Como pontos importantes, observa-se que a maioria dos entrevistados admite possuir estereótipos no momento do diagnóstico (71%), o que pode ser um primeiro passo para a desconstrução dos mesmos. A amostra admite haver diferenças na apresentação da sintomatologia do TEA-AF em função do sexo (86%). Quando os terapeutas são questionados sobre qual sexo pensam quando devem descrever um portador de TEA, 14% apontam o sexo feminino em contraposição a 86% que atribui o transtorno a um paciente do sexo masculino. Esses dados indicam uma subdiagnose feminina, em função de estereótipos presentes no momento do diagnóstico (Kanfischer, Davies & Collins, 2017; Lai et al., 2017; Mizael, 2021).

## **6 Conclusão**

De forma geral, os dados obtidos nessa pesquisa corroboram a escassa literatura internacional e nacional da área. Por ser escassa e muito recente esse tipo de agenda de pesquisa, a literatura é concordante em certos aspectos, mas discordante em outros.

Percebeu-se uma concordância forte entre os terapeutas acerca da ativação dos EIDs, em portadores de TEA-AF, do domínio de desconexão e rejeição (domínio1): privação emocional, isolamento social; do domínio de autonomia de desempenho prejudicados (domínio 2): dependência e vulnerabilidade ao dano e a doença; do domínio de limites prejudicados (domínio 3): autocontrole insuficiente e domínio de supervigilância e inibição (domínio5): postura punitiva. Os transtornos da personalidade e de ansiedade são apontados como uma comorbidades comuns nos

portadores de TEA-AF, portanto, a percepção dos terapeutas desse estudo de que há ativação de esquemas em todos os domínios, explicariam vários aspectos ligados a desregulação emocional nessas pessoas, que estariam sendo percebidos pelos participantes dessa pesquisa. Considerando que a terapia do esquema tem desenvolvido protocolos promissores para pacientes que apresentam ativaçãoesquemática em vários domínios, esse tipo de intervenção tem se mostrado apropriada também a portadores de TEA (Bullus, 2019; Oshima et al, 2015; Oshima et al , 2021; Umagami et al, 2022; Teodoro, 2018, Vuijk et al , 2022)

Destaca-se a percepção dos terapeutas de que a psicoterapia melhora esquemas de isolamento social e autocontrole insuficiente o que parece alinhar-se a ideia de que o tema da solidão e da dificuldade para regularas próprias emoções e impulsos, e tolerar o tédio e a frustração, são focos importantes da psicoterapia de portadores adultos de TEA-AF. Além disso, a melhora da esquemática de abuso em pacientes com TEA-AF é também promissora, considerando que a literatura afirma que 9 de cada 10 mulheres portadores de TEA-AF sofrem algum tipo de assédio/abuso ao longo da vida.

A admissão dos terapeutas de que possuem estereótipos no momento do diagnóstico pode ser um primeiro passo para a desconstrução dos mesmos, de tal maneira que se avance nas agendas de estudos sobre TEA envolvendo diferenças na apresentação da sintomatologia em função do sexo, considerando a subdiagnosefeminina devido a estereótipos presentes no momento do diagnóstico.

Finalmente, é importante destacar os limites desse estudo: número de participantes pequeno, sendo que 2 participantes não atendiam nem tinham contato com portadores de TEA. Logo o julgamento da amostra é limitado e os dados dessa

pesquisa não podem ser generalizados. No entanto considerando os escassos e recentes estudos nacionais e internacionais sobre o tema, essa pesquisa corrobora vários dados da literatura da área, e colaborando com o campo de intervenção clínica. Novos estudos, ampliando amostra de terapeutas e agora enfocando os EIDs em amostras de pessoas portadoras de TEA-AF, antes e depois de psicoterapia devem compor novas agendas de pesquisa.

## 7 Referências

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª Ed. – DSM 4. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5ª Ed. – DSM 5. Porto Alegre: Artmed.
- Arntz, A., & Jacob, G. (2013). *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*. Wiley-Blackwell.
- Bulluss, E. K. (2019). Modified Schema Therapy as a Needs Based Treatment for Complex Comorbidities in Adults with Autism Spectrum Conditions. *Australian Clinical Psychologist*, 1, 1–7.
- Cazalis F, Reyes E, Leduc S, Gourion D. (2022) Evidence That Nine Autistic Women Out of Ten Have Been Victims of Sexual Violence. *Front Behav Neurosci*. Apr 26;16:852203. doi: 10.3389/fnbeh.2022.852203. PMID: 35558435; PMCID: PMC9087551.
- Cheroni, C., Caporale, N. & Testa, G. (2020). Autism spectrum disorder at the crossroad between genes and environment: contributions, convergences, and interactions in ASD developmental pathophysiology. *Molecular Autism* 11, 69. <https://doi.org/10.1186/s13229-020-00370-1>
- Hayes, J., Ford, T., Rafeeqe, H., & Russell, G. (2018). Clinical practice guidelines for diagnosis of autism spectrum disorder in adults and children in the UK: A narrative review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1–25. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1800-1>
- Kanfiszer, L., Davies, F., & Collins, S. (2017). ‘I was Just so different’: The experiences of women diagnosed with an autism spectrum disorder in adulthood in relation to gender and social relationships. *Autism*, 21(6), 661–669. <https://doi.org/10.1177/1362361316687987>.
- Kunst, L. E., Maas, J., Van Assen, M. A. L. M., Van der Heijden, W., & Bekker, M. H.J. (2019). Autonomy deficits as vulnerability for anxiety: evidence from two laboratory-based studies. *Anxiety, Stress and Coping*, 32(3), 244–258. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1580697>

- Lai, M. C., Lombardo, M. V., Ruigrok, A. N. V., Chakrabarti, B., Auyeung, B., Szatmari, P., Happé, F., & Baron-Cohen, S. (2017). Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. *Autism*, 21(6), 690–702. <https://doi.org/10.1177/1362361316671012>.
- Mizael, T. M. (2021). Psicoterapia em adultos no espectro autista: primeiros passos para um atendimento minimamente adequado. *Revista Neurodiversidade*, (1)1, 13-35.
- Oshima, F., Iwasa, K., Nishinaka, H., & Shimizu, E. (2015). Early maladaptive schemas and autism spectrum disorder in adults. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 15(2), 191–205.
- Oshima, F., Murata, T., Ohtani, T., Seto, M., & Shimizu, E. (2021). A preliminary study of schema therapy for young adults with high-functioning autism spectrum disorder: a single-arm, uncontrolled trial. *BMC Research Notes*, 14(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s13104-021-05556-1>
- Oshima, F., Nishinaka, H., Iwasa, K., Ito, E. & Shimizu, E.(2014). Autism Spectrum Traits in Adults Affect Mental Health Status via Early Maladaptive Schemas. *Journal of Psychology Research*, 4(05). <https://doi.org/10.17265/2159-5542/2014.05.002>
- Salari, N., Rasoulpoor, S., Rasoulpoor, S., Shohaimi, S., Jafarpour, S., Abdoli, N., Khaledi-Paveh, B., & Mohammadi, M. (2022). The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 48(1). <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01310-w>
- Teodoro, M. C. (2018). *Conceituação, propostas de intervenção e contribuições das Terapias Cognitivas para o Transtorno do Espectro Autista de Alto Funcionamento:Revisão Integrativa da Literatura*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia].
- Umagami, K., Remington, A., Lloyd-Evans, B., Davies, J., & Crane,L.(2022).Loneliness in autistic adults: A systematic review. *Autism*. 26(8), 2117–2135 . <https://doi.org/10.1177/13623613221077721>
- Vuijk, R., Genderen, H. V., Geurts, H. M. & Arntz, A. (2022). Schema Therapy. In: Spain, D. Musich, F. M. & White, S. W. (Eds), *Psychological Therapies for Adults With Autism* (pp. 165-175). Oxford.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do Esquema: guiae de terapias cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmedf