

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

KAROLINE MODESTO ALVARENGA

Teoria da mente, alexitimia e empatia no Transtorno de Conduta e no Transtorno do
Espectro Autista

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

2023

KAROLINE MODESTO ALVARENGA

Teoria da mente, alexitimia e empatia no Transtorno de Conduta e no Transtorno do
Espectro Autista

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de mestre em
Psicologia

Área de concentração: Psicologia
Clínica.

Orientador: Francisco Baptista
Assumpção Júnior

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

2023

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Modesto Alvarenga, Karoline

Teoria da Mente, Alexitimia e Empatia no Transtorno de Conduta e no
Transtorno no Espectro Autista / Karoline Modesto Alvarenga; orientador
Francisco Baptista Assumpção Júnior. -- São Paulo, 2023.

92 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) --
Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.

1. Teoria da Mente. 3. Alexitimia. 5. Empatia. I. Baptista Assumpção Júnior,
Francisco, orient. II. Título.

ALVARENGA, K. M. Teoria da mente, alexitimia e empatia no Transtorno de Conduta e no Transtorno do Espectro Autista. 2023. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) — Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

Aprovado em: 23 de outubro de 2023.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Júnior

Instituição: IP USP

Julgamento:

Prof. Dra. Carolina Rabello Padovani

Instituição: Consultório Particular

Julgamento:

Prof. Dra. Evelyn Kuczynski

Instituição: IPq

Julgamento:

Dedicatória

Para Manuela.

Que o desejo pelo conhecimento, a magia da curiosidade e a força dos sonhos jamais abandonem seu coração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força e por me permitir passar por esta etapa apesar de todas as dificuldades no caminho.

Aos meus pais e irmão, minha base, por sempre me incentivarem na busca interminável por conhecimento.

Ao meu marido, por estar ao meu lado em todos os momentos, inclusive os difíceis.

À Edna, pela ajuda e suporte, teórico e emocional, em diversas etapas do percurso.

Ao professor Francisco, que além de ser fonte de inspiração no estudo dos cuidados da saúde mental de crianças e adolescentes, foi fonte também de acolhimento e paciência.

Aos amigos, que me muniram de força durante todo o processo. Em especial às amigas: Laísa, Carla e Marina que foram minhas ouvintes e provedoras de conselhos.

Para Fal e Lavínia. Sem vocês, eu jamais teria conseguido chegar até aqui.

Ao Centro de Valorização da Vida por ter permitido a realização do estudo além de incentivar a pesquisa como forma de cuidado.

Em especial, aos pacientes e seus cuidadores, pelo tempo e a disponibilidade. Sem eles nosso projeto jamais teria saído do papel.

À Dra. Carolina Rabello Padovani e ao Dr. Avelino Luiz Rodrigues, por todos os conselhos e orientações ao longo do percurso, especialmente na qualificação.

À Dra. Evelyn Kuczynski por se dispor a ajudar neste projeto.

ALVARENGA, K. M. **Teoria da mente, alexitimia e empatia no Transtorno de Conduta e no Transtorno do Espectro Autista**. 2023. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) — Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

RESUMO

O estudo analisou três grupos (Transtorno do Espectro Autista, Transtorno de Conduta e Controle) quanto a variáveis como idade, sexo, perfil socioeconômico, empatia, Teoria da Mente e alexitimia com intuito de investigar a relação entre empatia, teoria da mente e alexitimia em adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno de Conduta (TC) e um grupo controle. O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma alteração do neurodesenvolvimento em que o indivíduo possui dificuldade na interação interpessoal, rigidez às rotinas e prejuízo social. O Transtorno de Conduta (TC) é uma patologia externalizante em que há rompimento de regras e limites causando prejuízo a si e/ou a terceiros. Pode ser subdividido de acordo com o especificador “emoções pró-sociais”, sendo estas presentes ou limitadas.

Foram avaliadas 60 adolescentes com idade entre 12 anos e 17 anos e 11 meses divididos em grupos da seguinte forma: 20 adolescentes no grupo Controle, 21 no grupo TEA e 19 no grupo TC. A amostra foi submetida à validação diagnóstica através de entrevista, que utilizou os critérios do DSM-5, e da entrevista estruturada M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview), com a intenção de selecionar pacientes sem comorbidades. A escala ATA (Autistic Traits Assessment) foi usada para rastreamento de sintomas de autismo. Com intuito de evitar o viés de pacientes com deficiência intelectual, foi aplicado o instrumento Vineland-3, que verificou o comportamento adaptativo. A classe socioeconômica foi determinada pela escala de Pelotas. Para avaliação dos conceitos estudados foram usados os seguintes instrumentos: TAS (Toronto Alexithymia Scale) para avaliação da Alexitimia; EEMPA-IJ (EEMPA-IJ) para quantificar a Empatia e Escala de Tarefas de Teoria da Mente de Wellman e Liu (Adaptada por Panciera) para averiguar capacidade de metarrepresentação. Foi empregada análise descritiva com parâmetros como tamanho amostral e desvio padrão, além de inferência estatística com o Teste Exato de Fisher. Variáveis numéricas foram avaliadas quanto à normalidade ($p > 0.05$) e, se não normal, aplicouse o teste de Kruskal-Wallis. Com até cinco categorias categóricas, diferenças foram analisadas por Testes de Wilcoxon com correção de Holm, utilizando o software R. O grupo de Transtorno de Conduta mostrou maior pontuação em empatia, especialmente em envolvimento emocional. Na Teoria da Mente, o grupo TC não diferiu do Controle, mas ambos superaram o grupo TEA. Indivíduos TC com emoções pró-sociais tendem a ter maior escore de empatia e alexitimia. Observou-se que o TEA está associado a déficits na teoria da mente, enquanto o TC não demonstra alterações nesse aspecto. O grupo TC exibe níveis mais elevados de alexitimia em comparação com o TEA e o grupo controle. Em relação à empatia, os resultados revelam um padrão inesperado, indicando que o grupo TC apresenta maior empatia do que o esperado com base na literatura existente. No entanto, a metodologia do estudo, baseada em autorrelato, levanta questões sobre a validade dos resultados, sugerindo a possibilidade de respostas mascaradas.

Palavras-chave: Empatia, Alexitimia, Teoria da Mente, Autismo, Transtorno do Espectro Autista, Transtorno de Conduta.

ALVARENGA, K. M. **Theory of Mind, Alexithymia, and Empathy in Conduct Disorder and Autism Spectrum Disorder**. 2023. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) — Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

ABSTRACT

The study examined three groups (Autism Spectrum Disorder, Conduct Disorder, and Control) with respect to variables: age, gender, socioeconomic profile, empathy, Theory of Mind, and alexithymia, aiming to investigate the relationship between empathy, Theory of Mind, and alexithymia in adolescents with Autism Spectrum Disorder (ASD), Conduct Disorder (CD), and a control group. Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental alteration characterized by difficulties in interpersonal interaction, rigidity in routines, and social impairment. Conduct Disorder (CD) is an externalizing pathology involving rule-breaking and limits violations causing harm to oneself and/or others. It can be subdivided according to the specifier "pro-social emotions," whether these are present or limited. Sixty adolescents aged between 12 and 17 years and 11 months were assessed and divided into groups as follows: 20 adolescents in the Control group, 21 in the ASD group, and 19 in the CD group. The sample underwent diagnostic validation through interviews using DSM-5 criteria and the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), with the intention of selecting patients without comorbidities. The Autistic Traits Assessment (ATA) scale was used for autism symptom screening. To avoid bias from patients with intellectual disabilities, the Vineland-3 instrument was applied to assess adaptive behavior. Socioeconomic status was determined using the Pelotas scale. The following instruments were used to evaluate the studied concepts: Toronto Alexithymia Scale (TAS) for alexithymia assessment; EEMPA-IJ (EEMPA-IJ) to quantify empathy; and Wellman and Liu's Theory of Mind Task Scale (Adapted by Panciera) to assess metarepresentation ability. Descriptive analysis with parameters as sample size and standard deviation was employed, along with statistical inference using Fisher's Exact Test. Numeric variables were assessed for normality ($p > 0.05$), and if not normal, the Kruskal-Wallis test was applied. With up to five categorical categories, differences were analyzed using Wilcoxon Tests with Holm correction, using R software. The Conduct Disorder group showed higher scores in empathy, especially in emotional involvement. In Theory of Mind, the CD group did not differ from the Control group, but both surpassed the ASD group. CD individuals with pro-social emotions tend to have higher scores in empathy and alexithymia. It was observed that ASD is associated with deficits in Theory of Mind, while CD does not demonstrate alterations in this aspect. The CD group exhibits higher levels of alexithymia compared to the ASD and control groups. Regarding empathy, the results reveal an unexpected pattern, indicating that the CD group has higher empathy than expected based on existing literature. However, the study's methodology, based on self-report, raises questions about the validity of the results, suggesting the possibility of masked responses.

Key words: Empathy. Alexithymia. Theory of Mind. Autism. Autism Spectrum Disorder. Conduct Disorder.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Estatísticas descritivas da variável sexo por grupo ($p = 0.293$).....	42
Tabela 2 — Estatísticas descritivas da variável Idade por Grupo ($p = 0.026$)	43
Tabela 3 — Frequência das variáveis Grupo e Classificação Social de Pelotas ($p = 0.03$)	43
Tabela 4 — Estatísticas descritivas do Escore total da Escala de Empatia por Grupo ($p = 0.012$).....	44
Tabela 5 — Estatísticas descritivas da Subescala “Preocupação com o outro” por Grupo ($p = 0.146$).....	44
Tabela 6 — Estatísticas descritivas da Subescala “Envolvimento emocional” por Grupo ($p = 0.024$).....	45
Tabela 7 — Estatísticas descritivas da variável Escore da Subescala “Flexibilidade interpessoal” por Grupo ($p = 0.639$)	45
Tabela 8 — Estatísticas descritivas do Escore total da Escala de Empatia nos subgrupos TC pela variável “Emoções pró-sociais” ($p = 0.484$).....	46
Tabela 9 — Estatísticas descritivas do Escore da Subescala “Preocupação com o outro” nos subgrupos TC pela variável “Emoções pró-sociais” ($p = 0.708$).....	46
Tabela 10 — Estatísticas descritivas do Escore da Subescala “Envolvimento emocional” nos subgrupos TC pela variável “Emoções pró-sociais” ($p = 0.247$).....	47
Tabela 11 — Estatísticas descritivas do Escore da Subescala “Flexibilidade interpessoal” no grupo TC pela variável Emoções pró-sociais($p = 0.715$).....	47
Tabela 12 — Estatísticas descritivas da variável Escore da Escala de Teoria da Mente pela variável Grupo na amostra ($p < 0.001$)	47
Tabela 13 — Comparação entre os grupos TEA, TC e Controle quanto aos acertos nas tarefas propostas na escala de Teoria da Mente	48
Tabela 14 — Estatísticas descritivas da variável Escore da Escala de Teoria da Mente pela variável Emoções pró-sociais na amostra ($p = 0.073$).....	48
Tabela 15 — Frequência das variáveis por grupo e Classificação da Escala TAS na amostra ($p = 0.1$).....	49
Tabela 16 — Estatísticas descritivas do Escore total da Escala TAS pela variável Grupo ($p = 0.04$).....	50
Tabela 17 — Estatísticas descritivas da variável Subescala F1 por Grupo na amostra ($p = 0.061$).....	50
Tabela 18 — Estatísticas descritivas da variável Subescala F2 por Grupo na amostra ($p = 0.243$).....	51
Tabela 19 — Estatísticas descritivas da variável Subescala F3 por Grupo na amostra a ($p = 0.018$).....	51
Tabela 20 — Estatísticas da variável Subescala F4 por Grupo na amostra ($p = 0.68$)	52
Tabela 21 — Estatísticas descritivas do Escore da Escala TAS pela variável Emoções pró-sociais na amostra ($p = 0.19$)	52
Tabela 22 — Estatísticas Fator 1 ($p = 0.204$)	53
Tabela 23 — Estatísticas Fator 2 ($p = 0.612$)	53
Tabela 24 — Estatísticas Fator 3 ($p = 0.147$)	54
Tabela 25 — Estatísticas Fator 4 ($p = 0.638$)	54
Tabela 26 — Grupo TEA	55
Tabela 27 — Grupo TC	56

LISTA DE SIGLAS

APA	American Psychiatry Association
ATA	Escala de Avaliação de Traços Autísticos
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EEmpa-IJ	Escala de Empatia Infanto-Juvenil
TAS	Escala de Alexitima de Toronto
TC	Transtorno de Conduta
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TM	Teoria da Mente
TOD	Transtorno de Oposição Desafiante

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	TRANSTORNO DE CONDUTA.....	14
1.2	TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)	16
1.3	EMOÇÕES E SENTIMENTOS	18
1.4	ALEXITIMIA.....	19
1.5	EMPATIA.....	20
1.6	TEORIA DA MENTE.....	21
1.6.1	A Formação da Teoria da Mente.....	21
1.7	RELAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS PROPOSTOS	23
1.7.1	Empatia.....	23
1.7.2	Emoções Pró-Sociais no Transtorno de Conduta e Empatia.....	24
1.7.3	A Empatia no Transtorno do Espectro Autista.....	24
1.7.4	Diferenças da Empatia no Transtorno de Conduta e no Transtorno do Espectro Autista	25
1.8	TEORIA DA MENTE.....	25
1.8.1	Teoria da Mente no TEA.....	25
1.8.2	Teoria da Mente no Transtorno de Conduta.....	26
1.8.3	Diferenças da Teoria da Mente no Transtorno de Conduta e no Transtorno do Espectro Autista	27
1.9	ALEXITIMIA	27
1.9.1	Alexitimia no TEA	27
1.9.2	Alexitimia no TC	29
1.10	RELAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS.....	29
2	JUSTIFICATIVA.....	30
3	OBJETIVOS.....	31
3.1	OBJETIVO GERAL	31
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4	METODOLOGIA	32
4.1	SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	33
4.2	ESPECIFICADOR DO GRUPO TC AVALIAÇÃO DAS EMOÇÕES PRÓ-SOCIAIS....	33
4.3	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE TRAÇOS AUTÍSTICOS (ATA)	34
4.4	AVALIAÇÃO DE CLASSE SOCIAL.....	34
4.5	EXCLUSÃO DE COMORBIDADES	34
4.6	AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO	35
4.7	ALEXITIMIA	35

SUMÁRIO

4.8	TEORIA DA MENTE	36
4.8.1	Descrição das Tarefas	37
4.8.1.1	Desejos Diferentes	37
4.8.1.2	Crenças diferentes.....	37
4.8.1.3	Acesso ao conhecimento.....	37
4.8.1.4	Crença falsa.....	38
4.8.1.5	Crença falsa explícita	38
4.8.1.6	Crença e emoção	38
4.8.1.7	Emoção real e aparente	38
4.9	EMPATIA	38
4.10	ANÁLISE DOS DADOS	39
4.10.1	Análise Descritiva Marginal.....	39
4.10.2	Relação entre os escores	40
4.11	ASPECTOS ÉTICOS.....	40
5	RESULTADOS	42
5.1	PERFIL DA AMOSTRA	42
5.1.1	Distribuição dos Grupos	42
5.1.2	Relação entre os escores.....	55
6	DISCUSSÃO.....	57
6.1	EMPATIA	57
6.2	TEORIA DA MENTE	59
6.3	ALEXITIMIA	61
6.4	RELAÇÃO ENTRE OS ESCORES	62
7	CONCLUSÕES.....	64
	Referências	65
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	77
	ANEXO B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)	80
	ANEXO C – TAS	82
	ANEXO D – ESCALA DE PELOTAS.....	83
	ANEXO E- EMPJA IJ	84
	ANEXO F – ATA	85

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação aborda alguns dos aspectos importantes para a construção de uma forma básica de comunicação social.

Começamos com o conceito de competência social, formalizado por Elliott e Gresham (2008): “A competência social é atributo avaliativo de um comportamento ou conjunto de comportamentos bem-sucedidos — conforme determinados critérios de funcionalidade — em uma interação social.”

É importante refletir que comportamentos sociais só podem ser classificados como habilidades sociais quando contribuem, de alguma maneira, para a competência social em uma tarefa de interação social (Del Prette; Del Prette, 2001).

A habilidade em reconhecer emoções foi responsável por prover ao ser humano informações sobre as possíveis intenções do outro. Isso foi essencial no estabelecimento de nossa interação social.

A acurácia na leitura das emoções alheias é tida como fator de sucesso para um melhor funcionamento social (Brackett *et al.*, 2006).

Reconhecer o que sentimos é essencial para o contato adaptado com terceiros. Se não reconheço o que sinto, terei dificuldade em ler o outro e, como consequência, mobilizar-me em função dele. Tal quadro suscita obstáculos na expressão por meio de linguagem, descrição de sentimentos e capacidade de simbolizar adequadamente. Isso pode gerar aumento de tensão emocional (Rodrigues *et al.*, 2014). Quando há esta “cegueira para as emoções” consideramos que o paciente é alexitímico (Krystal, 1979).

Ao pensar em nossas ações do cotidiano, percebemos que a similaridade entre o que é sentido por mim e o que é sentido e experienciado pelo outro é o alicerce na comunicação entre pares. A capacidade que temos de compreender e partilhar sentimentos, emoções e atos, seja por testemunharmos uma situação ou de forma indireta — vendo uma fotografia, lendo um texto, imaginando uma cena ou pensando a respeito de um filme que assistimos —, é o que permite a criação de um elo com as outras pessoas (Decety; Jackson, 2004; Godinho, 2015).

Nesta breve introdução, serão abordados os seguintes conceitos: Teoria da Mente — capacidade de reconhecer emoções no outro; Empatia — capacidade de colocar-se no lugar do outro e mobilizar-se de alguma maneira; e Alexitimia — inabilidade em reconhecer os próprios sentimentos.

1.1 TRANSTORNO DE CONDUTA

Os Transtornos da Conduta (TC) estão classificados — desde a quinta edição do DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) — na seção que abrange os “transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta”.

Ao violar o direito de terceiros e/ou colocá-los em conflito significativo com normas sociais ou figuras de autoridade, a consequência inicial é a vivência deturpada ou conturbada entre os pares.

Seus critérios diagnósticos incluem um padrão de comportamento repetitivo e persistente no qual são violados direitos básicos de outras pessoas, normas ou regras sociais relevantes e apropriadas para a idade, como (DSM-5, 2014, p. 470):

1. Frequentemente provoca, ameaça ou intimida outros.
2. Frequentemente inicia brigas físicas.
3. Usou alguma arma que pode causar danos físicos graves a outros (p. ex., bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca, arma de fogo).
4. Foi fisicamente cruel com pessoas.
5. Foi fisicamente cruel com animais.
6. Roubou durante o confronto com uma vítima (p. ex., assalto, roubo de bolsa, extorsão, roubo à mão armada).
7. Forçou alguém a atividade sexual.
8. Envolveu-se deliberadamente na provocação de incêndios com a intenção de causar danos graves.
9. Destruiu deliberadamente propriedade de outras pessoas (excluindo provocação de incêndios).
10. Invadiu a casa, o edifício ou o carro de outra pessoa.
11. Mentiu com frequência para obter bens materiais ou favores ou para evitar obrigações (i.e., “trapaceia”).
12. Furtou itens de valores consideráveis sem confrontar a vítima.
13. Frequentemente fica fora de casa à noite, apesar da proibição dos pais, com início antes dos 13 anos de idade.

14. Fugiu de casa, passando a noite fora, pelo menos duas vezes enquanto morando com os pais ou em lar substituto, ou uma vez sem retornar por um longo período.

15. Com frequência falta às aulas, com início antes dos 13 anos de idade.

Deverá haver a presença de três dos 15 critérios nos últimos 12 meses, e ao menos um critério persistente nos últimos seis meses.

Necessário ser caracterizado também pelo seu início: na infância (antes dos 10 anos), na adolescência (após 10 anos) ou início não especificado.

Todos os sintomas devem ter início antes dos 18 anos, ou seja, no período da infância ou adolescência. Apesar de o diagnóstico poder ser mantido na idade adulta, alguns critérios acabam dificultando isto, como: fugir de casa ou faltar aulas, algo fora do contexto esperado dessa faixa etária.

Um dos especificadores estabelecidos pela quinta edição do DSM é a presença ou não de “emoções pró-sociais limitadas”. Tal limitação reflete o comportamento do indivíduo em suas relações interpessoais e emocionais. Sua existência caracteriza-se quando dois dos seguintes sintomas marcam presença no comportamento do indivíduo nos últimos 12 meses:

Ausência de remorso ou culpa;

Insensível — falta de empatia;

Despreocupado com o desempenho;

Afeto superficial ou deficiente.

Por fim, tais sintomas podem ser leves, moderados ou graves, levando em consideração os prejuízos por eles causados. O quadro é mais prevalente em meninos.

Quando usamos os critérios diagnósticos da CID 10, o Transtornos de Conduta são caracterizados por padrões persistentes de comportamento antissocial, agressivo ou desafiador, excedendo as travessuras normais. Destacando dois subtipos: "Transtorno de Conduta Restrito ao Contexto Familiar", focado em comportamentos antissociais no ambiente doméstico, e "Transtorno de Conduta Não Socializado", caracterizado por comportamento agressivo combinado com isolamento ou rejeição social. O primeiro exige ausência de perturbação fora do contexto familiar, enquanto

o segundo destaca a falta de integração em grupos de pares (OMS, 2013).

O "Transtorno de Conduta Socializado" envolve comportamentos antissociais persistentes em indivíduos bem adaptados e integrados socialmente, considerando, por exemplo, amizades duradouras. A relação com um grupo delinquente não é obrigatória, e a perturbação de conduta pode ocorrer em vários contextos, excluindo exclusivamente o ambiente familiar.

As diretrizes diagnósticas incluem considerações do desenvolvimento infantil, distinções-chave em relacionamentos sociais e critérios específicos para cada subtipo. Os atos antissociais isolados não são suficientes para o diagnóstico, enfatizando padrões persistentes (OMS, 2013)

1.2 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Descrevendo a segunda patologia a ser abordada, referimo-nos a uma alteração do neurodesenvolvimento. Discorreremos agora sobre outro grupo: indivíduos pertencentes ao espectro autista (TEA).

O Transtorno do Espectro Autista é caracterizado como um quadro não uniforme; justificando o termo "espectro" com características variadas e esperadas entre os pacientes.

São necessários os seguintes critérios para o diagnóstico de TEA:

A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos.

1. Déficits na reciprocidade socioemocional;
2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social;
3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos.

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia:

1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos;
2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal;
3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco;
4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente.

Os déficits persistentes na comunicação social, na interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades devem estar presentes em múltiplos contextos e causar prejuízo e/ou sofrimento ao indivíduo (APA, 2013).

Quando avaliamos os critérios diagnósticos propostos na Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10), observamos as seguintes diretrizes:

- C. Presença de alterações antes dos 3 anos de idade;
- D. Comprometimento qualitativo na interação social recíproca. Estes tomam a forma de uma apreciação inadequada de indicadores socioemocionais, como demonstrada por uma falta de respostas para as emoções de outras pessoas e/ou falta de modulação do comportamento, de acordo com o contexto social; uso insatisfatório de sinais sociais e uma fraca integração dos comportamentos sociais, emocionais e de comunicação e, especialmente, uma falta de reciprocidade socioemocional;
- E. Funcionamento anormal em todas as três áreas de interação social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo;
- F. Comprometimentos qualitativos na interação social recíproca;
- G. Comprometimentos qualitativos na comunicação são universais;

H. Falta de uso social de quaisquer habilidades de linguagem que estejam presentes; comprometimento em brincadeiras de faz-de-conta e jogos sociais de imitação; pouca sincronia e falta de reciprocidade no intercâmbio de conversação; pouca flexibilidade na expressão da linguagem e uma relativa ausência de criatividade e fantasia nos processos de pensamento;

I. Padrões de comportamento, interesses e atividades restritos, repetitivos e estereotipados;

J. Tendência a impor rigidez e rotina a uma ampla série de aspectos do funcionamento diário;

K. Estereotípias motoras; um interesse específico em elementos não funcionais de objetos, tais como seu cheiro ou tato (OMS, 2013).

1.3 EMOÇÕES E SENTIMENTOS

Emoção é o conjunto de respostas físicas desencadeadas por reações químicas — no cérebro e no resto no corpo — como resposta a um estímulo.

Já os sentimentos são a forma consciente da emoção. Para Bleuler afetividade “é a nossa atitude subjetiva, frente à realidade externa e interna, e mediante a qual, aceitamos ou rejeitamos alguma coisa, amamos ou odiamos, tememos ou almejamos” (Bleuler, apud Damásio, 2012).

Sentimentos condicionam a posição geral do indivíduo frente aos acontecimentos da vida. Têm natureza especificamente humana, e, apesar de não se localizarem em parte alguma do corpo, podem conduzir, de forma secundária, às sensações e aos sentimentos corporais. São classificados em sentimentos de estado (do próprio eu) e valorativos. Sentimentos de estado refletem a vida interna do indivíduo, e podem ser agradáveis (alegria, deleite), desagradáveis (tristeza, nostalgia, ciúme) e ambivalentes ou mistos (saudades, resignação). Emoções são sentimentos anímicos reativos (desencadeados por motivos externos), de caráter agudo e intenso, acompanhados de manifestações somáticas (rubor, taquicardia, sudorese). Podem ser *puras* (medo, ódio, júbilo) e *Mistas* (medo-ódio) (Damásio, 2012).

Em uma situação atemorizante, antes de entender o que está acontecendo, o corpo reage, detectando que há uma ameaça. A pessoa apresenta sinais corporais que sugerem perigo: piloereção, redução das pupilas, sudorese, diminuição da circulação sanguínea periférica, entre outros. Está instalada a emoção do medo. É chamada de sentimento a tomada da consciência da situação e das reações, ou seja, quando a pessoa percebe que o coração acelera, suas mãos ficam geladas e está mais pálida (Damásio, 2011).

1.4 ALEXITIMIA

Sifneos fez uso do termo Alexitimia em 1972, (em estudo publicado em 1977) para expressar “cegueira para os sentimentos”. Vinda do grego, a palavra se decompõe da seguinte forma: *a*, para ausência, *lexis* para palavra e *thymos* para emoções. O termo, à época, foi usado também por Heidenberg (*apud* Taylor, 2004) para descrever um conjunto de características observadas em patologias psicossomáticas ou mesmo em indivíduos sem comorbidades identificadas.

O fenômeno da Alexitimia começou, então, a ser discutido como uma caracterização de indivíduos que têm dificuldade em compreender e, como consequência, descrever o que sentem.

Pensamento operatório e Alexitimia, durante um período, foram usados em conjunto ou tratados como sinônimos de forma errônea (Soares; Blazius; Zadinello, 2015).

O pensamento operatório, segundo Marty e M'uzan ([1963]1994), trata-se de um constructo desenvolvido para designar um estilo de raciocínio concreto, objetivo, voltado para a realidade externa, com uma vida interior pobre e com ausência de reação afetiva frente a situações de perdas ou traumas.

Todo este estresse mobiliza os sistemas endócrino e autonômico, além do funcionamento psicológico e fisiológico. Portanto, aquilo que antes era tido como uma definição simplista de “sintomas psicossomáticos” começou a ter uma causa e, como consequência, uma expressão, ou seja: as emoções eram expressas em termos físicos, caracterizando os sintomas somatoformes como parte do perfil do alexitímico.

Hoje, para além da definição do conceito de “cegueira dos sentimentos”, ao lidar com a Alexitimia, o pesquisador precisa se atentar para o fato de que o termo é um constructo, isto é, deve levar em consideração as observações e percepções pessoais (Yoshida; Carneiro, 2009).

Assim sendo, o constructo de Alexitimia leva em consideração o contexto em que está inserido o indivíduo, de maneira plural. Corpo e psique não são separados e, sim, avaliados e tratados de forma integrada.

De maneira geral, a pessoa não consegue expressar o que sente por ser incapaz de entender (Nemiah, Freyberger; Sifneos, 1976; Silva; Caldeira, 2010). Estes pacientes seriam então denominados “analfabetos emocionais”, por conta desta inaptidão (Krystal, 1979). Tal falha acarreta dificuldades na expressão simbólica.

A existência da Alexitimia por si só já é motivo para conflito interno da pessoa. Quando um indivíduo alexitímico encontra-se em uma situação em que o relacionamento interpessoal exige movimentação e consciência dos sentimentos, este já estará em prejuízo, pois tem dificuldade em expressar e até fantasiar para gerar

uma resposta adequada, o que o leva a um sentimento de frustração.

Segundo Taylor (2000), tais pacientes, em função dessa dificuldade, traduzem suas emoções em manifestações essencialmente somáticas.

A Alexitimia pode ser avaliada conforme as seguintes características: (a) dificuldades em identificar e descrever sentimentos subjetivos; (b) dificuldades em fazer distinção entre emoções e sensações físicas; (c) escassez de sonho e incapacidade de simbolizar ou fazer relação entre afeto e fantasia (Sifneos, 1991); e (d) um estilo de raciocínio concreto e objetivo, voltado para a realidade externa (Taylor, 1984; Taylor; Bagby, 2004).

Nota-se também que, em tais indivíduos, o pensamento é voltado para o exterior. Por exemplo, ao se deparar com algum problema, os pacientes encontram mais facilidade em descrevê-lo de maneira objetiva ou sistemática do que em acolher os sentimentos que tal situação incita. Há pobreza de traços afetivos e de valores simbólicos (Taylor; Bagby, 2004).

No campo interpessoal, os pacientes estabelecem relações utilitárias, desprovidas de afeto, com dificuldade de apreender os próprios sentimentos e os dos outros, com tendência à dependência ou à solidão (Taylor, 2000).

Inicialmente, a Alexitimia era uma característica pesquisada em populações com alguma patologia, especialmente as chamadas psicossomáticas. Entretanto, com a progressão dos estudos, notou-se sua presença em populações clínicas e não clínicas (Buchanan; Waterhouse; West Jr., 1980; Taylor; Bagby, 2004).

1.5 EMPATIA

Davis caracteriza a empatia como “a capacidade do indivíduo a se colocar na perspectiva e se mobilizar pelo que acontece com o outro” (1980, p. 27) e a trata como uma experiência interpessoal, abrangendo aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais.

Após, foi descrito por Blair (2005), uma subdivisão do conceito de empatia em três componentes: motor, afetivo e cognitivo.

A empatia motora se refere a automatismos e espelhamento inconsciente das expressões faciais de outra pessoa. É um comportamento automático e realizado de forma inconsciente.

O segundo, chamado afetivo, refere-se a experiências consistentes com e para o outro, de forma congruente (Davis, 1994). Trata-se de sentir o que o outro ressoa em relação às emoções.

Enfim, o terceiro componente, chamado cognitivo, é traduzido como a capacidade de reconhecer e entender o estado emocional alheio, assim como colocar-

se no papel do outro.

Ao longo dos anos, diversos autores pesquisaram por que as pessoas se engajam em comportamentos empáticos e por que há diferença no envolvimento entre os indivíduos.

Com a ausência de definição, houve conflito nas respostas e consequente divisão dos autores segundo um dualismo: alguns defendem que a empatia é um componente de predomínio cognitivo. Outros, em contraposição, que é de prevalência afetiva.

Davis propõe, em um trabalho de 1980, que a empatia não tem correspondência proporcional ao fenômeno que observa e, sim, a um componente interno, pessoal, ele aborda então a empatia como um conceito multidimensional e não apenas como uma simples resposta emocional causada por alguma ocorrência.

1.6 TEORIA DA MENTE

O conceito de Teoria da Mente (TM) se refere a um conjunto de habilidades, ou seja, um sistema que é usado para inferir e prever o comportamento de outros pela atribuição de estados mentais a estes (Astington; Baird, 2005).

Engendrando o conceito de Teoria da Mente, este é reportado como um marco fulcral do desenvolvimento social e cognitivo normativo que emerge em idade pré-escolar. Definido como a capacidade para compreender e atribuir estados mentais, desejos, cognições e emoções aos outros, esta capacidade permitirá a previsão e a adequada interpretação do comportamento de terceiros (Apperly, 2012; Astington; Barriault, 2001; Wellman, 1990).

1.6.1 A Formação da Teoria da Mente

Quanto à formação, a Teoria da Mente se faz por meio de uma escalada nas aquisições desta “leitura do outro”.

Com quase 1 ano de idade, a criança já segue o olhar da outra pessoa, prestando atenção. Um pouco mais tarde, aos 18 meses, infere a intenção alheia e consegue agir em função deste desejo (Premack; Woodruff, 1978).

Aos 2 anos, quando a criança percebe o interesse de alguém por alguma coisa, oferece a ela tal objeto, ainda que deseje ficar com o objeto em questão (Apperly, 2012).

Wellman *et al.* (2006) aplicaram um teste em que perguntavam a crianças de 3-4 anos qual era a função do cérebro. Por volta desta idade, as crianças já sabiam definir que o cérebro era responsável por sonhar, querer, pensar e até guardar segredos. Sabiam também que o cérebro tinha funções biológicas como fazer com que nos movamos, respiremos, ou seja, manter-nos vivos.

Em torno dos 4 anos de idade as crianças já têm a capacidade de entender que um objeto pode não ser o que aparenta. Por exemplo, ao se depararem com um cofre com aparência de livro entenderão que se trata de um cofre, não de um livro (Baron-Cohen, 2000).

A TM seria um complexo conjunto de aquisições, que vão ficando mais ricas de acordo com sua progressão. A criança vai se aprimorando e conseguindo realizar a leitura de maneira mais fina, apurada. Uma vez que tem acesso ao que o outro está pensando, consegue iniciar a trilha para aperfeiçoar esta ferramenta social.

Ao entender que as crenças entre indivíduos podem ser diferentes, a criança deixa de perceber apenas o seu mundo e seu ponto de vista para entender que a outra pessoa também tem uma perspectiva própria. Começa então a aceitar ideias dos outros mesmo que sejam opostas às suas.

Compreender que ela e o outro são diferentes é um passo fundamental para a criança. É o que permite aos seres humanos interpretarem o outro e, conseqüentemente, predizerem seu comportamento.

Se a criança, ao passar por testes que avaliam este atributo, tem pontuação inadequada, infere-se que também não é capaz de entender que seus pensamentos, gostos e desejos podem destoar dos pensamentos, gostos e desejos alheios. Por exemplo, ela crê que, se ela gosta de bolo de chocolate, eu não posso preferir um bolo de cenoura.

Como a criança não consegue entender que o outro é “outro” e pode pensar de maneira diferente dela, deduz-se que ela ainda não tem o recurso para fazer leitura do estado mental alheio (Baron-Cohen, 2000).

Por volta dos 5 anos de idade, a criança começa a entender que nem sempre o que as outras pessoas demonstram ou dizem é o que realmente sentem ou querem

dizer. A capacidade de distinguir o que é e o que não é ironia é um bom exemplo disso (Deleau; Maluf; Panciera, 2008).

A predição de comportamentos sempre foi objeto de estudo. Essencial à comunicação humana, guia nossas ações, repostas e até emoções geradas de acordo com o ambiente que estamos. A aquisição da Teoria da Mente está fortemente atrelada ao sucesso que nós, humanos, tivemos na comunicação e, conseqüentemente, nas relações interpessoais.

1.7 RELAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS PROPOSTOS

Após uma introdução dos conceitos, vamos expor como se relacionam entre si, e por que foram escolhidos para este estudo.

Alexitimia, Empatia e Teoria da Mente são intrinsecamente unidas. Ainda que sejam estudadas de forma isolada em muitos trabalhos, são dependentes e o prejuízo de uma afeta o desempenho da outra, mesmo que em menor amplitude.

Só é capaz de assumir comportamento empático quem tem a habilidade de inferir o estado mental do outro; portanto, aquele que possui capacidade de metarrepresentação: formação adequada da TM. Assim, o indivíduo consegue deslocar-se para o lugar do interlocutor e agir de forma coerente em função da emoção esboçada pelo outro (Bons *et al.*, 2013).

1.7.1 Empatia

A empatia é tida como inibitória a respostas agressivas e condutas antissociais. Esta inibição seria benéfica para o comportamento pró-social. Entretanto, se há prejuízo nos componentes da empatia — seja afetiva (sentir), ou cognitiva (reconhecer estados mentais) a qualidade da relação entre pares fica comprometida, já que tal inibição fica falha (Peets, Hodges, Salmivalli, 2011).

Em crianças e adolescentes com Transtornos de Conduta observamos maiores taxas de reatividade emocional, baixo controle de impulsos, baixa inteligência verbal e um viés de hostilidade ao interpretar falas e ações. Tais distorções podem levar a aumento dos níveis de impulsividade, raiva e agressividade (Frick *et al.*, 2003, Lawing; Frick; Cruise, 2010).

Indivíduos com Transtorno de Conduta possuem alteração na forma que vivenciam a empatia. Embora tenham a leitura das emoções do outro preservadas, apresentam dificuldade em mobilizar-se em função de uma emoção vista e agir sobre ela de uma maneira adequada, sendo este, um fator de risco para hostilidade, agressividade e comportamento disruptivo (Wied, 2006).

1.7.2 Emoções Pró-Sociais no Transtorno de Conduta e Empatia

Por meio do déficit na empatia, a preocupação com o interlocutor — componente afetivo —, não parece ser o fator primário para manifestação dos sintomas do TC. Entretanto, pessoas com o diagnóstico de TC demonstram falha na adequação de seus comportamentos para com os outros. Este padrão é definido principalmente pela ausência de emoções pró-sociais.

Um indicador da ausência de emoções pró-sociais é a falta de empatia que inclui: ausência de culpa, ausência de esforço para mudança de atitude com foco no outro, além da presença de reações constrictas e superficiais que demonstrem suas emoções (APA, 2013).

A ausência de emoções pró-sociais pode envolver desvios precoces. O déficit experienciado neste subgrupo faz com que seja mais difícil que o paciente adquira perspectiva do que sente o outro. Exemplificando: o indivíduo com Transtorno de Conduta pode não se sentir motivado a fazer alguma coisa em prol do outro ou pode não experimentar, no mesmo nível, a adversidade que aflige o outro, o que não o mobiliza a atuar de maneira empática (APA, 2013).

1.7.3 A Empatia no Transtorno do Espectro Autista

É sabido que existem diferenças qualitativas importantes comparando indivíduos autistas e não autistas. Diversos estudos examinaram a empatia em indivíduos autistas e foram encontrados resultados abaixo da média. Entretanto, este aspecto é variável uma vez que o Autismo é caracterizado por um espectro, ou seja, diferentes cenários se manifestam para cada paciente e prejuízos que acometem um indivíduo podem não se manifestar em outro (Baron-Cohen *et al.*, 2001; Baron-Cohen; Wheelwright 2004).

Há certa tendência na literatura que critica a generalização de indivíduos autistas quanto à empatia. Alguns autores já trabalham com a teoria de que a empatia nesse grupo varia de acordo com a emoção experimentada. Embora esta ainda seja uma área com lacunas a serem preenchidas com evidências mais robustas, parece ser uma linha promissora (McKenzie *et al.*, 2022).

A maior parte dos estudos sugere que a empatia cognitiva é afetada em autistas. (Baron-Cohen; Wheelwright, 2004).

1.7.4 Diferenças da Empatia no Transtorno de Conduta e no Transtorno do Espectro Autista

Embora o comprometimento da empatia esteja presente no Transtorno de Conduta e no Autismo, os especificadores são diferentes para estas patologias. No TEA o reconhecimento de emoções, mesmo as mais simples, encontra-se prejudicado. Já no Transtorno de Conduta ocorre predomínio da vivência deturpada na interpretação de emoções. Em suma, o autista tem maior prejuízo na empatia cognitiva e o paciente que apresenta Transtorno de Conduta tem maior prejuízo da empatia afetiva (Baron-Cohen, 2000).

1.8 TEORIA DA MENTE

O planejamento do nosso comportamento começa quando predizemos o que o outro está pensando e demonstrando. A habilidade de leitura dos pares, a Teoria da Mente, é essencial para que o ser humano viva entre outros, seja para cooperar ou para competir (Baron-Cohen, 2000).

A Teoria da Mente foi nomeada como “teoria” porque o estado da mente de outra pessoa é inferido, assim como infere-se sobre a gravidade, eletricidade e magnetismo. Sabemos que há algo agindo, porém, não há como realizar uma observação direta deste fenômeno (Baron-Cohen, 1991).

Além da possibilidade de leitura do outro, a Teoria da Mente é preditora de outros comportamentos e fenômenos mais complexos (Baron-Cohen, 1991; Baillargeon; Scott; He; 2010).

1.8.1 Teoria da Mente no TEA

A alteração na capacidade de metarrepresentação no TEA começa a demonstrar alterações de forma precoce. No fim do primeiro ano de vida, a criança já manifesta dificuldade em manter a atenção e direcionar o olhar, dentre outras alterações (Bosa, 2002).

Baron-Cohen, em 1997, sugere que um possível fator causal com base genética e Assumpção, em 2007, afirma que indivíduos com TEA apresentam déficit em atenção compartilhada, ingenuidade, imaginação restrita e inadequação do discurso.

Uma tarefa muito empregada para avaliação de Teoria da Mente é a da crença falsa. Baron-Cohen, Leslie e Frith (1985) afirmaram em seu estudo, com a tarefa “Sally e Anne”, que 80% das crianças autistas avaliadas não responderam adequadamente, representando então o déficit na capacidade de metarrepresentação.

Peterson, Wellman e Liu (2005) usaram um instrumento composto por uma escala de cinco itens que avaliava aspectos da Teoria da Mente com complexidade

diferente. Autistas apresentaram maior dificuldade em tarefas de “crença falsa” do que em tarefas “emoção oculta”. Aparentemente, crianças com TEA conseguem diferenciar desejos e emoções simples, porém, acabam mantendo a dificuldade nos estados cognitivos mais complexos.

Poucos estudos avaliam a Teoria da Mente no Autismo de forma longitudinal. Citamos aqui Baron-Cohen; Tager-Flusberg e Cohen (1993), que entrevistaram 17 crianças — originalmente alvos do estudo de Baron-Cohen, Leslie, e Frith, em 1985. Sete anos após o primeiro experimento, não se observou diferença significativa entre a execução das tarefas aplicadas, evidenciando que a característica é constante com o desenvolvimento.

Os déficits em Teoria da Mente explicam a falta de reciprocidade nas interações sociais e alterações qualitativas na comunicação. Observamos que a falha no mecanismo cognitivo está por trás dos comportamentos desadaptados (Chita-Tegmark, *et al.*, 2015).

1.8.2 Teoria da Mente no Transtorno de Conduta

Indivíduos com TC tendem a violar direitos de outras pessoas. Isso representa um importante prejuízo e custo social — tanto para quem viola, quanto para a vítima em questão. Novamente, reforçamos aqui que é necessário inferir o estado mental do outro e, baseado neste, planejar uma ação. A grande pergunta neste grupo é: existe prejuízo na leitura dos estados mentais? Se houver, tal prejuízo afeta a atitude do indivíduo com Transtorno de Conduta? Ou a leitura do outro está preservada e o indivíduo age consciente do reflexo de seus atos?

Um estudo que analisou a relação entre Teoria da Mente, comportamento agressivo e comportamento moral falho em pré-adolescentes demonstrou que meninos com deficiência na Teoria da Mente são mais propensos a infringirem regras morais e não apresentam arrependimento por estes comportamentos (Kokkinos, 2016).

Dentro do grupo de adolescentes com TC, resultados publicados no ano de 2020 demonstram que meninas pontuaram mais em instrumentos que aferiam empatia e Teoria da Mente. Também há menor tendência a comportamentos disruptivos quando comparadas aos meninos da mesma amostra, embora ainda sejam acima da média da população sem o TC (Arango-Tobón, *et al.*, 2020).

Cricke e Dodge (1994) apontam uma correlação entre o comportamento agressivo e prejuízo na Teoria da Mente.

De forma controversa, outros autores relatam que o comportamento disruptivo e Teoria da Mente adequada podem ter correlação positiva, já que o transgressor,

consegue prever um comportamento e usar isto para seu propósito. (Smith, 2017; Sutton; Smith; Swettenham, 1999).

Em 1996, um estudo de Happé e Frith, demonstrou que ao comparar crianças de um grupo controle e crianças com Transtorno de Conduta não foram encontradas diferenças significativas entre os resultados da testagem da Teoria da Mente, pressupondo que fosse adequada neste grupo. Embora tenha sido uma amostra pequena, com 18 participantes, as autoras reforçam que nenhuma criança deixou de pontuar na tarefa proposta.

1.8.3 Diferenças da Teoria da Mente no Transtorno de Conduta e no Transtorno do Espectro Autista

Indivíduos com TC não têm a TM com comprometimento e, sim, ao interpretar a leitura, há presença de um viés, tendendo a atribuir uma intenção hostil ao outro, mesmo quando esta não existe (Dodge, 1993).

Em contrapartida, o grupo de TEA apresenta uma falha inata na Teoria da Mente que prejudica a interpretação primária de estados mentais, e sem o viés atribuído, como no grupo TC (Dodge; Garber, 1991).

1.9 ALEXITIMIA.

A Alexitimia pode ser decomposta em várias facetas. Entre elas: dificuldade de interpretação interna e identificação de emoções, dificuldade em descrever sentimentos e pensamento focado ao externo ao invés do interno (Bagby; Parker; Taylor, 1994; Oakley *et al.*, 2020).

Indivíduos com maiores níveis de Alexitimia são reportados na literatura como apresentando maior dificuldade interpessoal e maiores chances de doenças mentais que aqueles sem Alexitimia (Grabe; Spitzer; Freyberger, 2004; Spitzer *et al.*, 2005; Vanheule; Desmet; Rosseel, 2006).

Inferimos então, que a Alexitimia é um componente dificultador das relações interpessoais. Corre-se grande risco de agir de maneira distorcida quando sentimentos são reconhecidos ou interpretados erroneamente.

1.9.1 Alexitimia no TEA

Em um artigo de 2019, Kinnaird propõe uma discussão sobre a investigação de Alexitimia no Autismo. Considerando inclusive se são componentes independentes ou ligados.

Em um trabalho semelhante, Cuve e colaboradores demonstram que a Alexitimia está presente em aproximadamente 50% dos autistas e que este traço não

é uma condição *sine qua non* para o diagnóstico do TEA (Cuve *et al.*, 2022).

Nem todos os autistas possuem Alexitimia. Em 2016, Milosavljevic demonstrou que a prevalência de Alexitimia entre adolescentes autistas era de 55% (Milosavljevic *et al.*, 2016).

Resultados similares ao longo da história do constructo da Alexitimia podem ter erguido dúvidas sobre a ligação entre ela e o Autismo (Allen, 2013; Cook, 2013; Heaton, 2012).

A hipótese da Alexitimia no TEA proposta por Bird e Cook (2013) afirma que a dificuldade em processar emoções no TEA vem de uma coocorrência com a Alexitimia e não de um sintoma cardinal. Seguindo esta linha, a Alexitimia seria preditora, e não causadora, do problema no processamento das emoções do TEA (Cook *et al.*, 2013).

Alguns autores chegam a citar a Alexitimia como um especificador do TEA. Indivíduos que apresentavam Alexitimia e TEA concomitantemente tinham maiores níveis de ansiedade e dificuldade em questões emocionais quando comparados àqueles apenas com Autismo (Milosavljevic *et al.*, 2016).

Com base em tais informações verifica-se que tem sido proposto que o Autismo, assim como a Alexitimia, podem estar associados a uma vulnerabilidade genética de um cérebro atípico, mas não necessariamente há uma ligação entre eles. A Alexitimia pode se manifestar com ou sem o Autismo e o inverso também é válido (Bird; Cook, 2013).

Em meta-análise realizada entre o grupo TEA e o grupo controle, o grupo TEA acaba pontuando mais na escala TAS (Escala de Alexitimia de Toronto), demonstrando que autistas são mais alexitímicos quando comparados com o controle (Kinnaird, 2019).

Indivíduos com TEA pontuam mais na TAS nas subescalas “dificuldade em descrever os sentimentos” e “dificuldade em identificar os sentimentos”. Dado consistente com a literatura prévia (Begeer *et al.*, 2008; Lartseva, Dijkstra; Buitelaar, 2015; Milosavljevic *et al.*, 2016).

Autistas são mais propensos que o grupo controle a relatar que não experimentam emoções, além de exibir pobre reconhecimento de memórias em situações emocionalmente significativas, menções espontâneas de memórias em conversas e menor atenção a estímulos que tenham cunho emocional (Barnes *et al.*, 2009; Begeer *et al.*, 2008; Rieffe; Meerum Terwogt; Kotronopoulou, 2007).

1.9.2 Alexitimia no TC

A literatura é escassa quando falamos de Alexitimia em indivíduos com TC. Parte considerável das populações estudadas encontram-se em regime de reclusão ou cometeram algum delito e estão sob alguma medida socioeducativa. São raros os estudos existentes em populações acompanhadas em regime ambulatorial (Pihet, *et al.*, 2012).

A maioria dos estudos acaba usando grupos controle com fatores que podem causar um viés na amostra estudada — por exemplo, a alta taxa de comorbidades entre os TC — o que leva a uma discrepância importante nos resultados analisados.

Pioneiro no assunto, um estudo francês, publicado por Deborde, Maury e Aitel em 2014, volta ao tema, abordando a falta de consenso entre a relação do TC e da Alexitimia. Foram avaliados adolescentes de 14 a 17 anos com TC, por meio da TAS 20 (Escala de Alexitimia de Toronto) (Zimmerman, 2006). Esses adolescentes apresentaram maior dificuldade em identificar emoções, tomar consciência delas, descrevê-las e gerenciá-las quando comparados aos grupos controle (Deborde; Maury; Aitel, 2014). As autoras ressaltam ainda a importância em entender a correlação entre a Alexitimia e o Transtorno de Conduta, já que os transtornos externalizantes são potenciais em prejuízo e gravidade para os portadores e para terceiros.

1.10 RELAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS.

Quando comparados com adolescentes controle (sem comorbidades), o grupo com TC ou com TEA, pontuam escores maiores nos instrumentos que mensuraram Alexitimia.

2 JUSTIFICATIVA

O hiato encontrado na avaliação dos aspectos da cognição social entre indivíduos com Transtorno de Conduta motivou a construção deste estudo.

Nosso propósito foi realizar uma avaliação, de forma comparativa, entre pacientes com Transtorno do Espectro Autista e pacientes com Transtorno de Conduta. Usando o segundo grupo (TEA) pois é uma população que tem uma literatura mais estabelecida acerca destes aspectos, realizando então uma análise não puramente estatística, porém também duplamente comparativa.

A análise dos resultados colabora para melhor compreensão da psicopatologia destes pacientes e, assim, colaborar para o aprimoramento do tratamento e a qualidade de vida destes indivíduos em trabalhos futuros.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar e comparar: Empatia, Teoria da Mente e Alexitimia em adolescentes com Transtorno de Conduta e comparar estes com os grupos controle e TEA, levando em consideração a literatura ampla sobre o tema em indivíduos com autismo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comparar os aspectos da Teoria da Mente no TC e no TEA.

Identificar correlação entre a dificuldade de reconhecimento das emoções em si mesmo e em terceiros e o quadro de Transtorno de Conduta.

Comparar o reconhecimento de emoções em si mesmo e em terceiros entre os grupos de Transtorno de Conduta e TEA.

4 METODOLOGIA

Este é um estudo quantitativo, transversal, observacional, sendo avaliados e comparados três grupos: pacientes com Transtorno de Conduta, pacientes com Transtorno do Espectro Autista e adolescentes sem patologias psiquiátricas — como grupo controle.

Nosso objetivo foi avaliar tais características em um grupo de adolescentes com Transtorno de Conduta. No delineamento da pesquisa, optamos por adicionar ao estudo um terceiro grupo: o de indivíduos com Transtorno do Espectro Autista. Tal decisão foi pautada na vasta bibliografia referente ao TEA e aos aspectos citados. Como os estudos são mais abrangentes para esta patologia, ela será usada aqui como cotejo.

Compararemos as características supracitadas dentro do Transtorno de Conduta — uma condição já estudada, porém com bibliografia não tão robusta — com uma disfunção mais bem elucidada na literatura.

Foram investigadas as relações destas condições com características importantes para o convívio em sociedade de forma adaptada: formação da Teoria da Mente e empatia, reconhecimento e interpretação das emoções — próprias ou de terceiros.

Toda a amostra foi submetida ao mesmo procedimento dividido em etapas distribuídas da seguinte maneira: os participantes e seus respectivos responsáveis foram informados a respeito da intenção da pesquisa, metodologia escolhida e orientados quanto à liberdade de escolha para participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Após a assinatura dos termos, foram iniciados os procedimentos para avaliação e coleta de dados.

Durante a execução desse trabalho, um dos pontos importantes foi a dificuldade na coleta de dados. Os pacientes foram pré-selecionados em um ambulatório de saúde mental na cidade de São José dos Campos. Iniciamos com a revisão em 236 prontuários, indicados pela equipe do local escolhido.

Destes, 153 pacientes foram recrutados para a entrevista. O motivo inicial para a exclusão de pacientes nessa seleção foi a presença de comorbidades, especialmente quando havia diagnóstico associado de deficiência intelectual ou transtornos de ansiedade.

Deste total, vários responsáveis não responderam às solicitações feitas por

diversos meios: pessoalmente, redes sociais, aplicativos de mensagens ou ligação telefônica. Entre os responsáveis contatados, houve recusa à participação, falta aos agendamentos ou, durante a aplicação dos instrumentos, presença de fatores impeditivos para a composição da amostra.

4.1 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

A amostra foi composta da seguinte maneira: 59 adolescentes, com idade entre 12 anos e 18 anos incompletos, de ambos os sexos. A subdivisão dos grupos se deu da seguinte forma: 20 adolescentes como grupo controle; 18 adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Conduta; e 21 adolescentes com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista.

O grupo controle, sem histórico de tratamento psiquiátrico foi recrutado em escolas municipais da cidade de São José dos Campos/SP.

Os dois últimos grupos foram selecionados entre os pacientes já atendidos por três serviços especializados em Saúde Mental de crianças e adolescentes, localizados na cidade de São José dos Campos/SP: um ambulatório infanto-juvenil de Saúde Mental, um CAPS infantil e uma unidade hospitalar de internação infanto-juvenil.

Foram indicados pacientes com diagnóstico prévio de TEA ou TC pela equipe multidisciplinar — médico psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional — dos locais citados.

Por meio da entrevista clínica e consequentemente do exame psíquico de cada indivíduo avaliado pelo pesquisador o diagnóstico foi validado pelos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), tanto para TEA quanto para TC, realizados por um médico psiquiatra.

Foi realizada entrevista pelo pesquisador, com base nos critérios diagnósticos das duas patologias para todos os pacientes, sendo que só foram selecionados os que cumpriam adequadamente os itens e tempo necessários para o fechamento do quadro em questão.

4.2 ESPECIFICADOR DO GRUPO TC — AVALIAÇÃO DAS EMOÇÕES PRÓ-SOCIAIS

Com intenção de avaliar, dentro do grupo TC, se a presença de emoções pró-sociais seria determinante para resultados heterogêneos dentro dos indivíduos com esta patologia, realizamos ainda a subdivisão destes pacientes entre:

presença de emoções pró sociais ou emoções pró-sociais limitadas. Este especificador encontra-se presente desde a quinta edição do DSM (DSM-5) e relaciona-se diretamente a empatia, conforme descrito na introdução.

4.3 ESCALA DE AVALIAÇÃO DE TRAÇOS AUTÍSTICOS (ATA)

Para rastreio de sintomas de TEA foi usada a Escala de Avaliação de Traços Autísticos (ATA), validada por Assumpção *et al.* (1999) e Assumpção (2008). Ela é composta por 23 subescalas, cada uma dividida em outros itens, pontuados com base nos valores de 0 a 2, sendo 0 quando não houve um item checado, 1 para um dos itens checados e 2 para dois ou mais itens checados.

Ainda que não seja um instrumento para entrevista diagnóstica, a ATA traça o perfil de condutas do indivíduo, sendo embasada e construída nos critérios propostos pelo DSM III (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 3ª edição), DSM III-R (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 3ª edição Revisada, APA, 1987) e da CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, OMS, 1993) e, ao ser padronizada, incluíram-se critérios do DSM-IV (APA, 1994; Assumpção; Kuczynski, 2007).

Seguindo a aplicação dos instrumentos, também avaliamos os seguintes constructos: presença ou não de Alexitimia, Teoria da Mente em uma dimensão qualitativa e comportamento empático. Estas não necessariamente em ordem fixa, uma vez que a alteração não causará impacto no resultado.

4.4 AVALIAÇÃO DE CLASSE SOCIAL

Em um primeiro momento, foi aplicada a Avaliação de Classe Social de Pelotas. Optou-se por este questionário a fim de caracterizar as propriedades sociais da amostra, além de retratar a influência desta nos resultados. Conforme demonstrado por Lombardi *et al.* (1988), essa escala demonstra a situação da classe social da família por meio da inserção em processos de produção, circulação e outros. Com este parâmetro, espera-se traçar a correlação entre o aspecto saúde–doença e a situação econômica do indivíduo.

4.5 EXCLUSÃO DE COMORBIDADES

Em seguida, foi aplicada a entrevista estruturada Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian version 5.0.0 (M.I.N.I.), com o intuito de exclusão

de diagnósticos coexistentes nos grupos TEA e TC ou existência de alguma patologia no grupo controle.

Os pacientes que tiveram constatada presença de outra patologia foram excluídos. Desta maneira, garantimos um menor risco de viés nas amostras estudadas, posto que outros quadros psiquiátricos, para além do TEA e do TC, podem apresentar alterações nos aspectos considerados neste estudo.

4.6 AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO

As Escalas de Comportamento Adaptativo Vineland – Terceira Edição (Vineland-3) foram empregadas no estudo visando a avaliação dos participantes quanto ao seu funcionamento (Sparrow; Cicchetti; Saulnier, 2019). Tais escalas avaliam o nível funcional, do nascimento até a idade adulta, em quatro áreas: comunicação, atividades de vida diária, socialização e habilidades motoras, mensurando um quociente de desenvolvimento (Sparrow; Balla; Cicchetti, 1984).

Os dados de padronização da Vineland-3 fornecem respaldo ao conteúdo e estrutura do desenvolvimento esperado ao longo das faixas etárias cobertas pela amostra normativa.

Nosso principal interesse foi excluir da amostra pacientes com deficiência intelectual (DI), novamente para evitar o viés dos resultados. Análises conduzidas durante o desenvolvimento do instrumento respaldam seu uso para este fim (Sparrow; Cicchetti; Saulnier, 2019).

Foi usado o Formulário de Entrevista dos Níveis de Domínio composto por quatro subdomínios: (1) Comunicação, (2) Habilidades Cotidianas, (3) Socialização e (4) Motor. O último subdomínio, o Motor, foi descartado em função da idade dos participantes, já que sua avaliação vai até os 9 anos, desviando do escopo almejado (Sparrow; Cicchetti; Saulnier, 2019).

4.7 ALEXITIMIA

Para a avaliação da presença ou não de Alexitimia, os indivíduos foram submetidos à aplicação da Escala de Toronto para Alexitimia (TAS). Trata-se de um conjunto de escalas de Taylor; Ryan; Bagby (1985), devidamente validada para a população brasileira e para a faixa etária estudada, conforme demonstrado por Yoshida (2000).

A TAS é composta por 26 itens, dispostos em uma escala Likert de cinco

pontos: de 1 (discordo inteiramente) a 5 (concordo plenamente). É fundamentada em quatro subescalas que refletem o modelo teórico: F1 — habilidade de identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais; F2 — sonhar acordado; F3 — preferência por focalizar eventos externos em vez de experiências internas; e F4 — habilidade para comunicar os sentimentos a outras pessoas (Bagby; Taylor; Parker; Loiselles, 1990).

O escore total da escala varia entre 26 e 130, e o ponto de corte usado foi aquele pré-determinado nos estudos internacionais do instrumento: pontuação maior ou igual a 74 como positivo, portanto, alexitímico; e, menor ou igual a 62, como não alexitímico. Em casos de pontuação intermediária (entre 63 e 73), o resultado foi considerado como inconclusivo (Taylor *et al.*, 1988).

4.8 TEORIA DA MENTE

Para avaliação da Teoria da Mente, foi aplicada a escala da Teoria da Mente de Wellman; Liu (2004), traduzida e adaptada à realidade brasileira por Panciera (2007).

A escala é composta por sete tarefas, em ordem crescente de complexidade, que têm como objetivo investigar os seguintes aspectos: (1) Desejos diferentes; (2) Crenças diferentes; (3) Acesso ao conhecimento; (4) Crença falsa de conteúdo; (5) Crença falsa explícita; (6) Crença e emoção; e (7) Emoção real-aparente.

Em todas as tarefas uma história foi narrada à criança e, ao fim de cada narrativa, realizou-se uma pergunta referente ao que ela acabara de ouvir. Cada resposta correta, recebeu 1 (um) ponto. Respostas incorretas não pontuaram. A pontuação total variou entre 0 e 7. A escala de tarefas de Teoria da Mente Wellman e Liu é um instrumento qualitativo, que detecta diferenças entre a Teoria da Mente de maneira minuciosa.

Quanto a pontuação total na escala aplicada para verificação da Teoria da Mente, os escores totais variaram entre 0 e 7 pontos, sendo quanto maior o escore, maior o número de acertos nas tarefas propostas.

Para aplicação das tarefas foram usados os seguintes instrumentos: pranchas impressas, com desenhos das situações em que eram necessários. Caixa inespecífica, lata de batata chips, boneca, carrinho e clips de papel.



Figura 1— Instrumentos usados na aplicação de tarefas

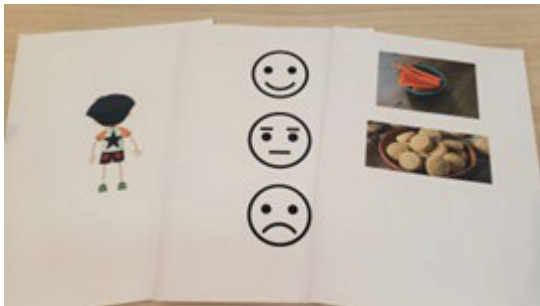


Figura 2 — Instrumentos usados na aplicação de tarefas

4.8.1 Descrição das Tarefas

4.8.1.1 Desejos Diferentes

A escala que avaliou a Teoria da Mente apresenta tarefas, sendo que na primeira, foi avaliado como o adolescente aprecia a ação do outro quando duas pessoas — sendo uma o participante e outra um terceiro — têm desejos diferentes.

Foi contada aos participantes a história do Sr. João, que prefere cenoura ou bolacha, em oposição àquilo que o participante afirmava preferir.

Foram usadas telas impressas com fotos de cenoura em palito e bolachas em um recipiente.

4.8.1.2 Crenças diferentes

Para esta tarefa foi contada a história de Lindinha que queria encontrar seu gato perdido e não sabe se ele está na garagem ou na árvore. Aqui, o participante aprecia a ação do outro quando a criança e o outro participante (Lindinha) têm crenças diferentes a respeito de algo e a criança não sabe qual crença é verdadeira ou falsa.

4.8.1.3 Acesso ao conhecimento

Nesta tarefa o participante vê uma caixa inespecífica e seu conteúdo e avalia o conhecimento de outra pessoa, que desconhece o conteúdo. Foi contada a história

de Polly, que nunca olhou dentro da caixa e então perguntado ao participante se ela sabia o que havia lá dentro.

4.8.1.4 Crença falsa

Nesta tarefa uma lata de batata chips com uma boneca dentro foi mostrada à criança. Após, foi perguntado ao participante o que um terceiro, que não teve acesso ao conteúdo da lata, pensava que havia lá dentro.

4.8.1.5 Crença falsa explícita

A tarefa crença falsa explícita consistiu em contar ao participante que João estava procurando por um objeto, seu estojo, no local errado, já que o objeto estava em outro lugar: um armário. Após, foi perguntado ao adolescente onde alguém deveria procurar o estojo.

4.8.1.6 Crença e emoção

O adolescente avaliou nesta tarefa como uma pessoa sentiu-se frente a uma crença equivocada. Foi mostrada uma caixa de bombons com clips de papel dentro. E após, perguntou-se o que uma terceira pessoa sentiria quando olhasse dentro da caixa sem conhecer previamente seu conteúdo.

4.8.1.7 Emoção real e aparente

A última das tarefas propostas teve como intenção avaliar se o participante identificava que uma pessoa poderia sentir-se de uma forma e expressar-se de outra. Foi contada a história de João que foi vítima de uma brincadeira de mau gosto, que o deixou triste. Porém, ele sorriu para os colegas que fizeram a brincadeira.

4.9 EMPATIA

Quanto à avaliação da Empatia, foi aplicada a Escala de Empatia Infanto-Juvenil (EEmpa-IJ), adaptada e validada por Kirst-Conceição e Martinelli (2014), para a faixa etária abordada neste estudo. Este instrumento foi construído com base literária em outras escalas nacionais e internacionais: A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy, (Davis, 1980); Index of Empathy Measurement for Children and Adolescents, (Bryant, 1982); A Questionnaire to Assess Affective and Cognitive Empathy in Children– QACEC (Zoll; Enz, 2006); e o Inventário de Empatia

— IE (Falcone *et al.*, 2008).

Trata-se de um instrumento de autorrelato, composto por respostas em formato Likert de quatro pontos, com valores distribuídos de 0 a 3, sendo estes, respectivamente: nunca (0), quase nunca (1), quase sempre (2) e sempre (3). Quanto maior a pontuação obtida, maior o grau de empatia do indivíduo.

A EEmpa-IJ apresenta questões que abrangem as diversas dimensões avaliadas no comportamento empático, divididas na literatura em dois grandes grupos: características cognitivas e afetivas (Davis, 1980). Tal aspecto foi importante motivador para a escolha do instrumento.

Esta escala (EEMPA IJ) não apresenta ponto de corte delimitado, porém, quanto maior o escore, maior a empatia do indivíduo avaliado.

A escala é dividida em três fatores, conforme a seguir, que avaliam:

F1: preocupação com o outro. Conjunto de oito itens relativos à empatia afetiva. Agrega questões sobre sentimentos despertados quando o indivíduo se depara com situações em que o outro é subjugado, exposto a condições vergonhosas ou a sofrimento.

F2: envolvimento emocional. Conjunto de quatro itens relativos à empatia afetiva. Avalia o envolvimento do indivíduo com emoções de outras pessoas.

F3: Flexibilidade interpessoal. Conjunto de cinco itens relativos à empatia cognitiva. Aborda a capacidade do indivíduo em se colocar no lugar do outro para tomar decisões sensatas (Kirst-Conceição; Martinelli, 2014).

4.10 ANÁLISE DOS DADOS

Após realizada a entrevista com os instrumentos padronizados, conforme descrito ao longo deste tópico, os dados foram avaliados e interpretados por meio de análise estatística, conforme descrito a seguir.

4.10.1 Análise Descritiva Marginal

Para a Análise Descritiva Marginal de cada uma das variáveis envolvidas no estudo em cada grupo, utilizaremos os seguinte parâmetros:

- Tamanho Amostral (N): quantidade de observações na amostra.
- Desvio Padrão (DP): medida da variação dos dados.

O nível de significância adotado foi de 0,05 e intervalo de confiança de 95%.

Além da Análise Descritiva através de tabelas e gráficos, também apresentamos uma Análise Inferencial, aplicando o Teste Exato de Fisher.

De modo a determinar se existe associação estatisticamente significativa entre uma variável numérica e uma categórica primeiro foi realizado o Teste de Normalidade de Shapiro-Wilk a fim de apontar se a variável numérica tem distribuição Normal a uma significância estatística de 5%. Nenhuma variável mostrou distribuição Normal a uma significância estatística de 5% ($p < 0.05$); foram realizados apenas Testes Não Paramétricos de Kruskal-Wallis de modo a determinar se a distribuição da variável numérica era a mesma em todas as categorias da variável categórica, isto é, se existe relação entre as variáveis de forma que a distribuição da numérica depende da variável da categórica.

Quando a variável categórica apresentou até cinco categorias e o p-valor do Teste de Kruskal-Wallis foi menor que 0.05, de forma a haver diferença estatisticamente significativa entre a distribuição da variável numérica nas categorias da variável categórica, realizamos Testes de Wilcoxon com correção de Holm de modo a comparar duas a duas as categorias da variável categórica a fim de determinar quais diferem em relação à distribuição da variável numérica.

Todas as análises foram realizadas utilizando o *software* estatístico **R**.

4.10.2 Relação entre os escores

Nessa seção estudamos a relação entre os escores das escalas separadamente em cada grupo. Foi calculado o Coeficiente de Correlação de Pearson quando ambas as variáveis possuem distribuição normal de acordo com o Teste de Shapiro-Wilks, ou o Coeficiente de Correlação de Spearman, que é uma alternativa não paramétrica ao Coeficiente de Correlação de Pearson quando pelo menos uma das variáveis não segue uma distribuição Normal.

As correlações encontradas estão devidamente descritas nos resultados. As demais análises não demonstraram critérios de significância ($p < 0,05$) ou Correlação de Spearman ($R > +0,7$).

4.11 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo seguiu as diretrizes propostas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e foi aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Plataforma Brasil sob o número de parecer 4.954.657.

Todos os sujeitos foram orientados sobre o caráter voluntário da participação e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual consta por escrito, de forma detalhada e de fácil compreensão, a natureza da metodologia e quais os objetivos deste trabalho.

As informações coletadas foram tratadas de forma confidencial. A identidade dos sujeitos participantes foi protegida durante todo o processo e continuará sendo protegida quando os resultados forem divulgados em publicações ou apresentações.

Aos participantes também foi assegurado o direito à interrupção de sua participação a qualquer momento, se assim desejarem.

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL DA AMOSTRA

5.1.1 Distribuição dos Grupos

A amostra foi distribuída em três grandes grupos, sendo estes: Transtorno do Espectro Autista (n=21), Transtorno de Conduta (n=19) e Controle (n=20).

O grupo de TC foi subclassificado de acordo com a presença ou não de emoções pró-sociais. Quando não há presença de emoções pró-sociais, usamos o termo: emoções pró-sociais limitadas.

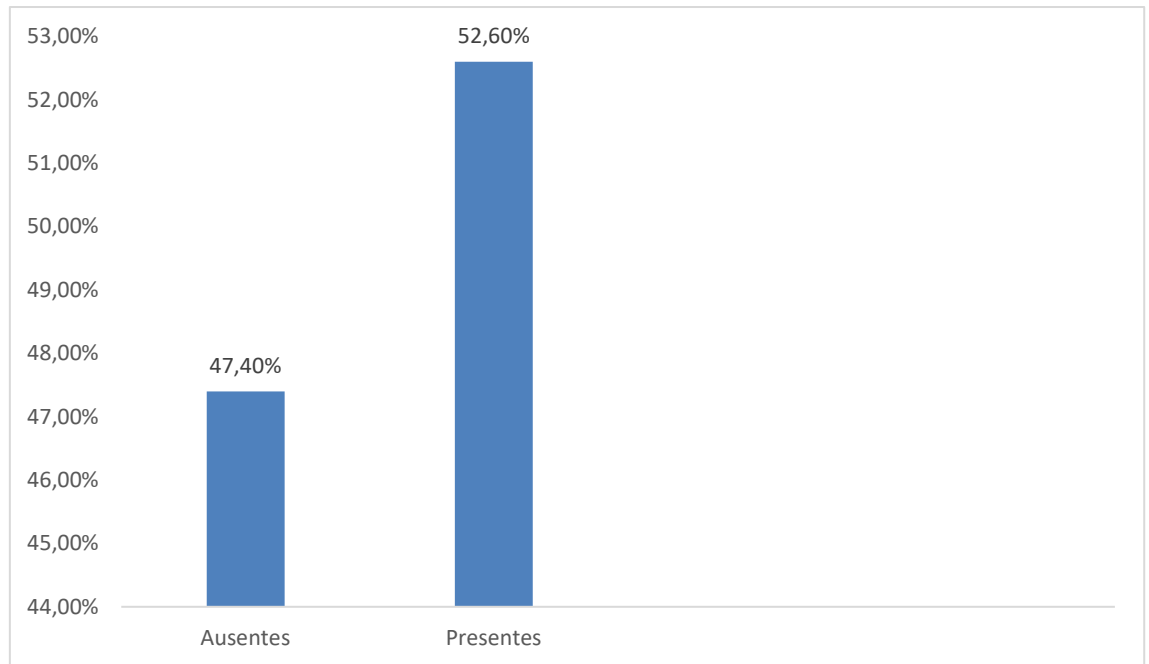


Figura 3 — Presença de Emoções pró-sociais no grupo Transtorno de Conduta

Sexo

Foram entrevistados 16 adolescentes do sexo feminino e 44 do sexo masculino, com a distribuição realizada da seguinte forma. A variável sexo apresentou $p=0,293$.

Tabela 1 — Estatísticas descritivas da variável sexo por grupo ($p = 0.293$)

	Feminino	Masculino	Total
Transtorno do Espectro Autista	4 (19%)	17 (81%)	21 (35%)
Transtorno de Conduta	4 (21.1%)	15 (78.9%)	19 (31.7%)
Controle	8 (40%)	12 (60%)	20 (33.3%)

Total	16 (26.7%)	44 (73.3%)	60 (100%)
-------	---------------	------------	--------------

Fonte: Elaborada pela autora.

Idade

Quanto a idade, a média para o grupo TC foi de 14,7 (DP= 1,6DP), para o grupo TEA 15,8 (DP=1,7DP) e para o grupo controle 14,5 (DP= 1,6) com significância $p = 0.026$.

Tabela 2 — Estatísticas descritivas da variável Idade por Grupo ($p = 0.026$)

	N	Média	DP
Transtorno do espectro autista	21	15,8015873	1,72592089
Transtorno de conduta	19	14,6798246	1,63376392
Controle	20	14,5333333	1,61756622

Fonte: Elaborada pela autora.

Perfil socioeconômico

Em relação a avaliação socioeconômica, realizada através da escala de Pelotas, obtemos os seguintes dados paramétricos.

Tabela 3 — Frequência das variáveis Grupo e Classificação Social de Pelotas ($p=0.03$)

	Nova Pequena Burguesia	Pequena Burguesia Tradicional	Proletariado típico	Proletariado não típico	Total
Transtorno do espectro autista	0 (0%)	4 (19%)	9 (42.9%)	8 (38.1%)	21 (36.8%)
Transtorno de conduta	0 (0%)	0 (0%)	7 (43.8%)	9 (56.2%)	16 (28.1%)

Controle	3 (15%)	0 (0%)	12 (60%)	5 (25%)	20 (35.1%)
Total	3 (5.3%)	4 (7%)	28 (49.1%)	22 (38.6%)	57 (100%)

Fonte: Elaborada pela autora.

Empatia

Em relação às variáveis relacionadas à Empatia, observamos que o grupo TC pontuou no escore global mais que os grupos controles e TEA, respectivamente.

Tabela 4 — Estatísticas descritivas do Escore total da Escala de Empatia por Grupo ($p = 0.012$)

	N	Média	DP
Transtorno do Espectro Autista	21	29,8095238	9,50062655
Transtorno de Conduta	19	35,6315789	10,231816
Controle	20	34,85	4,53379126

Fonte: Elaborada pela autora.

Subescala “preocupação com o outro” (E1)

Quando avaliamos a preocupação com o outro, observamos que o grupo Controle pontua mais que o grupo TC e, por último, o grupo TEA tem menor média.

Tabela 5 — Estatísticas descritivas da Subescala “Preocupação com o outro” por Grupo ($p = 0.146$)

	N	Média	DP
Transtorno do Espectro Autista	21	18	6,01664358
Transtorno de Conduta	19	20,5263158	6,19469685
Controle	20	21,25	3,68317655

Fonte: Elaborada pela autora.

Subescala “envolvimento emocional” (E2)

Em relação ao envolvimento emocional, quando avaliamos os três grandes grupos, observa-se maior tendência a envolvimento emocional no grupo TC, sendo

seguida pelo grupo Controle e por último, quem menos apresenta envolvimento emocional são os indivíduos do grupo TEA.

Tabela 6 — Estatísticas descritivas da Subescala “Envolvimento emocional” por Grupo ($p = 0.024$)

	N	Média	DP
Transtorno do Espectro			
Autista	21	3,95238095	2,87186682
Transtorno de Conduta	19	6,05263158	3,06365222
Controle	20	5,15	2,34576887

Fonte: Elaborada pela autora.

Subescala “flexibilidade interpessoal” (E3)

O grupo Controle apresenta maior média quando avaliamos a flexibilidade interpessoal. O grupo TEA a menor média para a mesma variável.

Tabela 7 — Estatísticas descritivas da variável Escore da Subescala “Flexibilidade interpessoal” por Grupo ($p = 0.639$)

	N			Média	DP
Transtorno do Espectro					
Autista	21			7,80952381	2,94311141
Transtorno de Conduta	19			8,52631579	2,38905888
Controle	20			8,75	1,40955387

Fonte: Elaborada pela autora.

Empatia no Grupo TC de acordo com o especificador “emoções pró-sociais”

Quando realizada avaliação nos subgrupos do grupo TC levando em consideração o especificador “Emoções pró-sociais”, que subdivide este grupo em duas categorias: “Presença de emoções pró-sociais” e “Emoções pró-sociais limitadas”, os adolescentes que apresentaram emoções pró-sociais presentes pontuaram, em sua média, discretamente menos (35,0) que o grupo que não as possuía (36,3).

Tabela 8 — Estatísticas descritivas do Escore total da Escala de Empatia nos subgrupos TC pela variável “Emoções pró-sociais” ($p = 0.484$)

	N	Média	DP
Emoções pró-sociais limitadas	9	36,33333333	5,52268051
Presença de emoções pró-sociais	10	35	13,4660066

Fonte: Elaborada pela autora.

Subescala “Preocupação com o outro” (E1)

Quanto à variável “Preocupação com o outro”, observamos que os indivíduos com TC com emoções pró-sociais pontuaram ligeiramente abaixo (19,7) dos sem emoções pró-sociais (21,4). Estes resultados sugerem uma tendência que quanto menos emoções pró-sociais, maior a “preocupação com o outro”. Porém, importante observar a significância estatística, sendo $p=0,708$.

Tabela 9 — Estatísticas descritivas do Escore da Subescala “Preocupação com o outro” nos subgrupos TC pela variável “Emoções pró-sociais” ($p = 0.708$)

	N	Média	D
Emoções pró-sociais limitadas	9	21,44444444	4,63980364
Presença de emoções pró-sociais	10	19,7	7,48405713

Fonte: Elaborada pela autora.

Subescala “Envolvimento emocional” (E2)

Os indivíduos com TC e emoções pró-sociais presentes pontuaram nesta subescala acima (6,9) dos com emoções pró sociais limitadas (5,1), sugerindo tendência que a empatia seja diretamente proporcional ao envolvimento emocional, ou seja, os adolescentes com presença de emoções pró-sociais demonstram uma tendência a maior envolvimento emocional.

Tabela 10 — Estatísticas descritivas do Escore da Subescala “Envolvimento emocional” nos subgrupos TC pela variável “Emoções pró-sociais” ($p = 0.247$)

	N	Média	DP
Emoções pró-sociais limitadas	9	5,111111111	1,26929552
Presença de emoções pró-sociais	10	6,9	3,95671019

Fonte: Elaborada pela autora.

Subescala “Flexibilidade interpessoal” (E3)

Os adolescentes com TC e presença de emoções pró-sociais pontuaram 8,4 na média, enquanto os que possuem emoções pró-sociais limitadas pontuaram 8,7 ($p=0,715$). Demonstrando uma tendência a não correlação com a flexibilidade interpessoal e a presença, ou não, de emoções pró-sociais.

Tabela 11 — Estatísticas descritivas do Escore da Subescala “Flexibilidade interpessoal” no grupo TC pela variável Emoções pró-sociais ($p = 0.715$)

	N	Média	DP
Emoções pró-sociais limitadas	9	8,66666667	0,5
Presença de emoções pró-sociais	10	8,4	3,33999335

Fonte: Elaborada pela autora.

Teoria da Mente

Observa-se que a menor pontuação total nas tarefas que avaliaram a Teoria da Mente é encontrada no grupo TEA, conforme indica a Tabela 12.

Tabela 12 — Estatísticas descritivas da variável Escore da Escala de Teoria da Mente pela variável Grupo na amostra ($p < 0.001$)

	N	Média	DP
Transtorno do Espectro Autista	21	4,57142857	1,36277029
Transtorno de conduta	19	6,26315789	1,59311384
Controle	20	6,9	0,30779351

Fonte: Elaborada pela autora.

Quando avaliamos as tarefas nos três grandes grupos, de forma individual, não foi observada diferença entre o grupo TC e o grupo controle. O grupo TEA pontua abaixo dos outros dois grupos em todas as tarefas.

Tabela 13 — Comparação entre os grupos TEA, TC e Controle quanto aos acertos nas tarefas propostas na escala de Teoria da Mente

	TEA	TC	Controle	
Desejos Diferentes	90,5%	100%	100%	p = 0.323 TC = Controle > TEA
Crenças diferentes	71,4%	100%	100%	p = 0.002 TC = Controle > TEA
Acesso ao conhecimento	85,7%	94,7%	100%	p = 0.257 TC = Controle > TEA
Crença falsa	57,1%	94,7%	100%	p < 0.001 TC = Controle > TEA
Crença falsa explícita	52,4%	89,5%	95%	p = 0.002 TC = Controle > TEA
Crença e emoção	61,9%	100%	95%	p = 0.001 TC = Controle > TEA
Emoção Real-aparente	42,9%	84,2%	100%	p < 0.001

Fonte: Elaborada pela autora.

Teoria da Mente no grupo TC de acordo com o especificador “Emoções pró-sociais”

Ao avaliarmos os subgrupos do grupo TC considerando o especificador “Presença de emoções pró-sociais” encontramos os seguintes resultados:

Tabela 14 — Estatísticas descritivas da variável Escore da Escala de Teoria da Mente pela variável Emoções pró-sociais na amostra (p = 0.073)

	N	Média	DP
Emoções pró-sociais limitadas	9	6,88888889	0,33333333

Presença de emoções sociais	de	pró-	10	5,7	2,05750658
-----------------------------	----	------	----	-----	------------

Fonte: Elaborada pela autora.

Os resultados não refletem diferenças significativas entre o subgrupo com presença de emoções pró-sociais e o subgrupo com emoções pró-sociais limitadas ao avaliarmos a Teoria da Mente.

Alexitimia

Entre os grupos TEA, TC e Controle, houve maior tendência de resultados inconclusivos no grupo Controle. Já a maior taxa de Alexitimia foi encontrada no grupo TC, conforme pode ser observado na Tabela 15, a seguir.

Tabela 15 — Frequência das variáveis por grupo e Classificação da Escala TAS na amostra ($p = 0.1$)

	Inconclusivo	Alexitímico	Total
Transtorno do Espectro Autista	8 (38.1%)	13 (61.9%)	21 (35%)
Transtorno de Conduta	5 (26.3%)	14 (73.7%)	19 (31.7%)
Controle	12 (60%)	8 (40%)	20 (33.3%)
Total	25 (41.7%)	35 (58.3%)	60 (100%)

Fonte: Elaborada pela autora.

Um ponto importante a ser ressaltado é o fato de que nenhum dos participantes, dentro dos três grupos, pontuou como “não alexitímico”, ou seja, todos pontuaram como “alexitímico” ou “inconclusivo”. A menor pontuação foi de um indivíduo do grupo Controle (64 pontos) e o resultado negativo seria abaixo de 62 pontos. Já a maior pontuação foi de um participante do grupo TEA (129 pontos).

Tabela 16 — Estatísticas descritivas do Escore total da Escala TAS pela variável Grupo ($p = 0.04$)

	N	Média	DP	Mínimo	Máximo
Transtorno do Espectro Autista	21	80,2380952	13,6121444	67	129
Transtorno de conduta	19	83,1052632	16,4886989	67	125
Controle	20	73,45	7,13387029	64	89

Fonte: Elaborada pela autora.

Fator 1: Habilidade de identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais (F1)

Uma maior média foi encontrada no grupo TEA, demonstrando uma tendência à dificuldade em distinguir sentimentos de sensações corporais nesta população. O grupo TC teve resultados similares ao grupo Controle, ambos com menores médias que o grupo TEA.

Tabela 17 — Estatísticas descritivas da variável Subescala F1 por Grupo na amostra ($p = 0.061$)

	N	Média	DP
Transtorno do Espectro Autista	21	37,2857143	7,86220616
Transtorno de conduta	19	35,7894737	9,40791007
Controle	20	32,05	6,93181073

Fonte: Elaborada pela autora.

Fator 2: Sonhar acordado (F2)

Adolescentes do grupo TC obtiveram maior média. Em seguida, o grupo TEA apresentou menor média que o grupo TC e maior média que o grupo controle.

Tabela 18 — Estatísticas descritivas da variável Subescala F2 por Grupo na amostra ($p = 0.243$)

	N	Média	DP
Transtorno do Espectro Autista	21	15,6666667	2,83431356
Transtorno de conduta	19	17,1052632	3,24713099
Controle	20	15,65	2,08440323

Fonte: Elaborada pela autora.

Fator 3: Preferência por focalizar fatores externos em vez de experiências internas (F3)

Nossos resultados demonstram que há maior tendência dos indivíduos com TC a focalizar eventos externos ao invés de experiências internas na amostra pesquisada.

Tabela 19 — Estatísticas descritivas da variável Subescala F3 por Grupo na amostra ($p = 0.018$)

	N	Média	DP
Transtorno do Espectro Autista	21	21,5238095	3,91942659
Transtorno de conduta	19	23,8421053	4,78728824
Controle	20	20,1	2,40394413

Fonte: Elaborada pela autora.

Fator 4: Habilidade para comunicar os sentimentos a outras pessoas (F4)

Quanto à habilidade para comunicar seus sentimentos, o grupo TC apresenta maior pontuação. O grupo Controle apresenta menor escore entre os indivíduos avaliados em nosso estudo, reverberando maior facilidade para este tipo de comunicação.

Tabela 20 — Estatísticas da variável Subescala F4 por Grupo na amostra ($p = 0.68$)

	N	Média	DP
Transtorno do Espectro Autista	21	5,76190476	2,77317078
Transtorno de conduta	19	6,36842105	2,26594416
Controle	20	5,65	1,49648711

Fonte: Elaborada pela autora.

Alexitimia no grupo TC de acordo com o especificador “Emoções pró-sociais”

Em nossos resultados há um pendor para que indivíduos com TC com emoções pró-sociais tenham maior tendência à Alexitimia.

Tabela 21 — Estatísticas descritivas do Escore da Escala TAS pela variável Emoções pró-sociais na amostra ($p = 0.19$)

	N	Média	DP
Emoções pró-sociais limitadas	9	77	7,34846923
Presença de emoções pró-sociais	10	88,6	20,6139112

Fonte: Elaborada pela autora.

Fator 1: Habilidade de identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais (F1)

Quanto aos subgrupos do TC, observa-se que a média do grupo com presença de emoções pró-sociais ficou acima (38,1) do grupo com emoções pró-sociais limitadas (33,2), refletindo maior inclinação do grupo com habilidades pró-sociais a ter dificuldade em reconhecer os próprios sentimentos.

Tabela 22 — Estatísticas Fator 1 ($p = 0.204$)

	N	Média	DP
Emoções pró-sociais limitadas	9	33,2222222	8,19722175
Presença de emoções pró-sociais	10	38,1	10,2355589

Fonte: Elaborada pela autora.

Fator 2: Sonhar acordado (F2)

Nos subgrupos do grupo TC, a média dos participantes com presença de emoções pró-sociais ficou acima (17,8) do grupo com emoções pró-sociais limitadas (16,3). Em nossos resultados a maior propensão ao ato de sonhar acordado se dá no grupo TC com emoções pró-sociais.

Tabela 23 — Estatísticas Fator 2 ($p = 0.612$)

	N	Média	DP
Emoções pró-sociais limitadas	9	16,3333333	1,93649167
Presença de emoções pró-sociais	10	17,8	4,07703596

Fonte: Elaborada pela autora.

Fator 3: Preferências por focalizar eventos externos em vez de experiências internas (F3)

A média do subgrupo com presença de emoções pró-sociais ficou acima (25,7) da média do subgrupo com emoções pró-sociais limitadas (21,8), refletindo, em nossa amostra, maior facilidade dos indivíduos com emoções pró-sociais em focar no externo em detrimento do interno.

Tabela 24 — Estatísticas Fator 3 ($p = 0.147$)

	N	Média	DP
Emoções pró-sociais limitadas	9	21,7777778	1,56347192
Presença de emoções pró-sociais	10	25,7	5,96377956

Fonte: Elaborada pela autora.

Fator 4: Habilidade para comunicar os sentimentos a outras pessoas (F4)

Quanto ao último fator, nos subgrupos de TC, a média do grupo com presença de emoções pró-sociais ficou acima (7,0) do grupo sem emoções pró-sociais limitadas (5,7).

Tabela 25 — Estatísticas Fator 4 ($p = 0.638$)

	N	Média	DP
Emoções pró-sociais limitadas	9	5,66666667	1,58113883
Presença de emoções pró-sociais	10	7	2,66666667

Fonte: Elaborada pela autora.

5.1.2 Relação entre os escores

Tabela 26 — Grupo TEA

Correlação	P	R	Interpretação na amostra
Escore total da escala de Empatia (EEMPA IJ) x Preocupação com o outro (Escala de empatia)	P<0,001	R=0,87	A preocupação com o outro está diretamente relacionada à maior empatia do indivíduo.
Escore total da escala de Empatia (EEMPA IJ) x Sonhar Acordado (Escala TAS)	P=<0,001	R=0,73	O grau de empatia do indivíduo tem correlação com o fato deste indivíduo apresentar dificuldade no ato de sonhar acordado.
Escore total da escala de Alexitimia (TAS) x Identificar e descrever sentimentos (TAS)	P<0,001	R=0,78	A alexitimia tem relação direta com a dificuldade do indivíduo em descrever e reconhecer seus sentimentos.
Escore total da escala de Alexitimia (TAS) x Preferência em focalizar eventos externos a internos (TAS)	P<0,001	R=0,71	A alexitimia tem uma correlação positiva com a dificuldade em focalizar em eventos externos ao invés de internos.

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 27 — Grupo TC

Correlação	P	R	Resultado
Escore total da escala de Empatia (EEMPA IJ) x Preocupação com o outro (Escala de empatia)	P<0,001	R=0,71	A preocupação com o outro está diretamente relacionada à maior empatia do indivíduo.
Escore total da escala de Empatia (EEMPA IJ) x Sonhar Acordado (Escala TAS)	P<0,001	R=0,73	O grau de empatia do indivíduo tem correlação com o fato deste indivíduo apresentar dificuldade no ato de sonhar acordado.
Escore total da escala de Alexitimia (TAS) x Identificar e descrever sentimentos (TAS)	P<0,001	R=0,92	Nosso estudo demonstrou uma correlação muito forte entre a presença de alexitimia e a dificuldade em identificar e reconhecer sentimentos próprios.

Fonte: Elaborada pela autora.

6 DISCUSSÃO

6.1 EMPATIA

Damásio (2009) descreve um interessante conceito: “homeostase social”: “a nossa vida deve ser regulada não só pelos nossos desejos e sentimentos, mas também pela nossa preocupação com os desejos e sentimentos dos outros” (p. 179).

Uma pessoa empática é aquela capaz de perceber e reagir ao que observa na experiência alheia de forma adequada e adaptada.

Estudos descrevem que a empatia torna as relações mais saudáveis e agradáveis, pois reduz conflitos e rompimentos (Davis, 1983a, 1983b; Falcone, 1999). Pessoas não empáticas demonstram dificuldades quanto à interação social e, conseqüentemente, vários setores da vida têm prejuízo. Tais indivíduos estão mais propensos a viver à margem da sociedade. Embora não seja uma regra, os indivíduos com TC enquadram-se neste risco de segregação (Azevedo; Mota; Mettrau, 2018).

Tomar a perspectiva do outro (componente afetivo) não deixa de contar para esta homeostase social e, conseqüentemente, para uma relação saudável entre pares.

A escala aplicada para avaliação de empatia neste trabalho (EEMPA-IJ) não apresenta ponto de corte delimitado; porém, quanto maior o escore, maior a empatia do indivíduo avaliado.

Levando em consideração o estudo pioneiro da escala, (Kirst-Conceição; Martinelli, 2014) observamos que em nossa amostra médias mais baixas foram encontradas em relação aos resultados obtidos pelas pesquisadoras que desenvolveram o instrumento. Quando aplicada, pelas autoras originais, em um grupo controle constituído por meninos, a média encontrada foi de 35,00 (DP=7,65) e no grupo controle de meninas, a média foi 39,3 (DP=7,65). Nosso grupo controle encontrou a média geral de 34,85 (DP=4,53) em um grupo misto. Como observação, as autoras aplicaram a escala em indivíduos entre 9 e 16 anos. Nossa avaliação foi realizada em adolescentes entre 12 e 18 anos incompletos.

O TEA já foi classificado como uma “desordem da empatia”. Segundo literatura, observa-se que em indivíduos autistas há um lapso na Teoria da Mente (componente cognitivo) e conseqüente alteração na leitura do outro, causando uma resposta desadaptada e reciprocidade inadequada (Kaat; Lecavalier, 2013).

Indivíduos com TEA costumam envolver-se com tarefas que sejam mais sistematizadas, como realizar contas matemáticas, fazer listas, lidar com peças e construir objetos, já que a “sistematização” seria o extremo oposto da “empatização” dentro de um espectro de funcionamento. Este tipo de tarefa é mais confortável, já que as regras e leis são fixas, as emoções e comportamentos humanos, não (Baron-Cohen, 2009).

McKenzie; Russell; Golm; Fairchild (2022), compararam um grupo controle e um grupo com TEA com idades entre 16 e 25 anos através do instrumento “Interpersonal Reactivity Index” que é composto pelas subescalas: (1) Empatia cognitiva; (2) Tomada de Perspectiva; (3) Fantasia; (4) Preocupação com o outro; e (5) Apreensão com o estado emocional alheio.

Em seus resultados, o grupo TEA pontuou mais baixo que o grupo controle, quando avaliado o componente “Tomada de Perspectiva”; porém não pontuou mais baixo na subescala “Fantasia”. Os escores desta primeira não diferiram em função do sexo dos participantes. Já quando avaliados no componente afetivo, o grupo TEA também pontuou mais baixo que o grupo controle na subescala “Preocupação com o outro”. Quando avaliado componente “Apreensão com o estado emocional alheio”, o grupo TEA pontuou maior média que o grupo controle do estudo.

Embora os instrumentos usados por nós e aqueles adotados pelos autores supracitados sejam distintos, ambos apresentam avaliação da característica “Preocupação com o outro”, em nossos resultados, em consonância com este estudo, nossos participantes do grupo TEA também pontuaram mais baixo que o grupo controle ($p=0,146$). No escore global da escala EEMPA IJ o grupo TEA da nossa amostra também pontua menor média que o grupo controle ($p=0,012$).

Nosso grupo TC foi o que pontuou maior média no resultado total da escala e na subescala “Preocupação com o outro”, algo que não condiz com a literatura.

Seguindo a tendência destes resultados observados, o grupo TC também se preocupa mais com o outro que os outros dois grupos. Aqueles com emoções pró-sociais limitadas se preocupariam mais com o outro que aqueles com emoções pró-sociais presentes.

Blair (2013) e Blair, Leibenluft e Pine (2014) sugerem que indivíduos com Transtorno de Oposição de Desafio (TOD) e TC sem emoções pró-sociais apresentam prejuízo na empatia afetiva e não na cognitiva. Os autores relatam ainda que esta

alteração é ligada a amígdala, que disfuncional, reduz a responsividade e/ou atenção ao sofrimento do outro.

Observamos que o subgrupo TC com emoções pró-sociais envolvem-se mais com o outro e não houve relação entre emoções pró-sociais e Flexibilidade Interpessoal.

Comparando com a literatura, Frick *et al.* (2013), relatam em seu estudo que indivíduos com TOD e Transtorno de Conduta possuem relação entre a empatia falha e ausência de deficiência na dimensão afetiva-interpessoal da empatia. Preocupar-se com o outro pressupõe a habilidade de transpor-se adequadamente ao lugar de alguém, portanto estes achados não são consonantes à literatura, já que o grupo TC pontua mais que o grupo Controle em nossos achados.

Em uma correlação paralela, porém não propriamente do diagnóstico formal de TC, citamos Bons (2012) que ao avaliar empatia em indivíduos com diagnóstico de psicopatia, afirma que estes possuem prejuízo no quesito afetivo, já que não conseguem realizar uma ligação apropriada entre o sofrimento do objeto e seus próprios estados de sentimento. Esta correlação foi traçada pois há uma pobreza de trabalhos que se assemelhem ao realizado por nós.

Embora não seja o foco desta pesquisa, a literatura dispõe de alguns estudos sobre o assunto. Mensi (2011) e Frick *et al.*, (2013) propõem que há uma sobreposição de sintomas entre TC sem emoções pró sociais e indivíduos com TEA, já que ambos são ligados a comportamentos disruptivos e resposta empática reduzida. Este aspecto não foi avaliado em nosso trabalho.

TEA e TC podem ser diferenciados por padrões variados nos seguintes componentes: é esperado que os indivíduos com TEA sejam especialmente deficientes em empatia cognitiva e tenham intactas ou pouco afetadas suas habilidades empáticas afetivas, enquanto os indivíduos com TC exibem prejuízo na função afetiva e ausência de alterações na função cognitiva (Kaat; Lecavalier, 2013; Frick *et al.*, 2013).

6.2 TEORIA DA MENTE

O autismo é reconhecido quase como sinônimo de alteração em Teoria da Mente na literatura. Os estudos pioneiros (Happé, 1994; Frith; Happé, 1994; Baron-Cohen *et al.*, 2001) foram base para a densa literatura que estabelece uma forte ligação entre o déficit na capacidade de metarrepresentação e o TEA.

Indivíduos com TEA têm dificuldade em inferir o estado mental de terceiros, e isso causa um prejuízo importante na relação entre os pares. Um estudo que avaliou 106 crianças autistas por dois anos evidenciou que a formação da Teoria da Mente relaciona-se diretamente como preditor da qualidade e intensidade das relações sociais (Chiu *et al.*, 2022).

A revisão literária para Teoria da Mente em indivíduos com TC é escassa, e traz consigo resultados ambíguos. Consoante com nossos achados, diversos autores (Frith; Happé, 1994; Fletcher *et al.*, 1995; Arango-Tobon, 2018; O'nions *et al.*, 2014) descrevem que indivíduos com TC não possuem alterações na capacidade de metarrepresentação.

Alguns autores ainda sugerem que a capacidade de leitura do outro de forma acurada é um fato para melhor desempenho em planejar comportamentos disruptivos (Karoğlu; Ferguson; Ciardha, 2022).

Em consonância com a literatura, nosso estudo observa que há uma deficiência na teoria da mente em indivíduos com TEA, porém, não há alteração nos indivíduos com TC. Quando os três grupos são comparados quanto ao desempenho nas tarefas de Teoria da Mente, tanto o resultado total, quanto em relação às tarefas de forma isolada, não houve diferença em relação aos grupos TC e Controle. Também não houve dissonância entre os indivíduos com TC com presença de emoções pró-sociais ou com emoções pró-sociais limitadas.

Em contraposição a nossos achados alguns estudos afirmam o oposto: que há prejuízo na Teoria da Mente no TC. Embora estes tenham menor representatividade na literatura, eles levam em consideração a avaliação do viés emocional causado pela interpretação distorcida que seria realizada por estes indivíduos (Ha; Sharp; Goodyer, 2011; Donno *et al.*, 2010). É importante ressaltar que estes estudos levam em conta não só a metarrepresentação como leitura do outro, mas também a distorção afetiva causada durante a interpretação enviesada, e, portanto, exigem cautela na correlação.

Ward, Keenan e Hudson, em 2000, ilustram esta contraposição ao discutir uma possível falha na Teoria da Mente na leitura de determinados estados mentais, já que estes indivíduos possuem um processamento de informação sobre si e sobre outras pessoas baseadas em referências distorcidas ou com viés. O autor cita pessoas que cometem violência sexual por falsas presunções, por exemplo, acerca de uma mulher ou uma criança. Ou seja, haveria uma leitura errônea causando uma valência afetiva

não correspondente ao real estado do terceiro indivíduo. Nosso estudo não avaliou emoções de forma isolada e sim a capacidade de metarrepresentação como um todo.

6.3 ALEXITIMIA

Estudos comparando autistas e não autistas revelaram que a alexitimia, assim como TEA, também causa dificuldade no reconhecimento facial e de emoções. Resultados similares ao longo da história do constructo da alexitimia podem ter levado a dúvidas sobre a ligação entre ela e o autismo (Allen; Davis; Hill, 2013; Bird; Cook, 2013; Heaton *et al.*, 2012).

Indivíduos com TEA pontuam mais na TAS nas subescalas “dificuldade em descrever os sentimentos” e “dificuldade em identificar os sentimentos”. Dado consistente com a literatura prévia (Begeer *et al.*, 2008; Lartseva; Dijkstra; Buitelaar 2015; Milosavljevic *et al.*, 2016).

Observamos na revisão bibliográfica que autistas são mais propensos que o grupo controle a relatar que não sentem emoções ou a exibir pobre reconhecimento destas. Além disto, demonstram pobre memória para situações significativas, fazem menos menções espontâneas de memórias em conversas e têm menor atenção a estímulos de cunho emocional (Barnes *et al.*, 2009; Begeer *et al.*, 2008; Rieffe; Meerum Terwogt; Kotronopoulou, 2007).

Os resultados que encontramos são condizentes com a literatura. Ao avaliarmos a capacidade de realizar distinção entre sentimentos e sensações corporais, o grupo TEA pontua, em média, mais que o Controle; entretanto, em nossa amostra, o grupo TC pontua mais que ambos.

No fator “Sonhar acordado” o grupo TEA não demonstra diferença em relação ao grupo Controle. Ao avaliar foco em questões externas em detrimento de avaliação de sentimentos e emoções, o grupo TEA pontua mais que o Controle e menos que o TC.

Em nossa amostra, indivíduos com TC são mais alexitímicos que os TEA e controle. O subgrupo com emoções pró-sociais tende a ser mais alexitímico que aquele com estas limitadas.

O grupo TC também apresenta dificuldade na identificação de sentimentos, tem menos propensão ao hábito de “sonhar acordado”. No subgrupo com emoções pró-sociais estas características tendem a ser ainda mais comprometidas.

O grupo TC foca mais em experiências externas que internas e comunica menos os sentimentos. O subgrupo com emoções pró-sociais encontra ainda maior dificuldade em comunicar suas emoções e sentimentos que o grupo com limitação nestas.

Um estudo francês, publicado em 2015 — pioneiro no assunto — dispõe sobre a falta de consenso entre a relação do TC e da alexitimia. Foram avaliados adolescentes de 14 a 17 anos com TC, por meio da TAS 20 (Escala de Alexitimia de Toronto – 20 itens). Os adolescentes avaliados apresentaram maior dificuldade em identificar emoções, tomar consciência delas, descrevê-las e de gerenciá-las quando comparados aos grupos controle (Deborde; Maury; Aitel, 2014). Eles também tiveram mais dificuldade em se desprender de um modo de pensar ancorado na realidade do que em seus estados emocionais.

Em estudo similar, também fazendo uso da TAS-20, quando comparados com adolescentes sem TC, o grupo com a patologia pontua escores maiores nos instrumentos mensurando alexitimia (Zimmerman, 2006).

Deborde e colaboradores (2014) ainda ressaltam a importância em entender a correlação entre a alexitimia e os transtornos de conduta, já que os transtornos externalizantes são potenciais em prejuízo e gravidade para os portadores e a quem está ao redor deste.

6.4 RELAÇÃO ENTRE OS ESCORES

Em nossa amostra observamos que nos três grandes grupos avaliados houve uma correlação importante entre a Empatia (Escore total da EEMPA-IJ) e a “Preocupação com o outro” de forma positiva.

O grupo TEA apresentou também correlação importante entre a empatia (Escore EEMPA-IJ) e a dificuldade em sonhar acordado (TAS). Além disso, identificar e reconhecer sentimentos e preferência em focalizar eventos externos a internos teve marcante relação com o escore total da escala de alexitimia (TAS), refletindo que esta população tem dificuldade maior nestes aspectos.

Já o grupo TC demonstrou boa correlação com o grau de empatia e a dificuldade em sonhar acordado. Também foi observado que a Alexitimia se encontra atrelada proporcionalmente à dificuldade em reconhecer e descrever sentimentos neste grupo.

De forma similar, o grupo controle apresenta também boa correlação entre a empatia e a dificuldade em sonhar acordado, além da alexitimia aferida pela escala TAS e a dificuldade em descrever sentimentos.

7 CONCLUSÕES

Nosso estudo avaliou Empatia, Alexitimia e Teoria da mente dos grupos TEA, TC e Controle. Conforme citado, foi difícil estabelecer precedentes para comparação e revisão deste trabalho, já que não foi encontrado nenhum estudo similar ao nosso, que reproduzisse tanto a amostra finamente selecionada quanto a avaliação dos três aspectos de forma simultânea.

Quanto aos nossos achados:

- Existe prejuízo na Teoria da Mente em indivíduos autistas, porém não nos indivíduos com TC.
- Indivíduos com TC possuem altos índices de Alexitimia.
- Indivíduos com TC tiveram maiores níveis de Empatia, porém este achado não condiz com a literatura e pode estar relacionado a um viés dos questionários de autorrelato.
- Indivíduos com TC não possuem alteração na Empatia cognitiva e apresentaram mais empatia que a população geral (Controle). Este achado também não condiz com a literatura e novamente pode estar ligado ao fato de ser uma observação estruturada através de um estudo, ou seja, ao saber que estão sob avaliação em instrumentos de autorrelato, os participantes podem ter mascarado as respostas de alguma forma. Consideramos importante levar em consideração esta observação já que trata-se de um estudo que utiliza questionários de autoavaliação.

Em razão das limitações da nossa pesquisa, especialmente: tamanho da amostra e especificidade dos aspectos estudados, sugerimos que novos trabalhos são necessários para elucidar melhor o tema, inclusive com instrumentos diferentes que possam comparar os aspectos abordados.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, R.; DAVIS, R.; HILL, E. The effects of autism and alexithymia on physiological and verbal responsiveness to music. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 43, n. 2, p. 432–444, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1587-8>. Acesso em: 20 maio 2021.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 3rd ed (DSM-III-R). Washington (DC): APA, 1987.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed (DSM-IV). Washington (DC): APA, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais**. DSM 5. São Paulo: Sinopys, 2013.
- APPERLY, I. A. What is “theory of mind”? Concepts, cognitive processes and individual differences. **The Quarterly Journal of Experimental Psychology**, v. 65, n. 5, p. 825-839, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22533318/>. Acesso em: 19 maio 2021.
- ARANGO-TOBÓN, O. E OLIVERA-LA ROSA, A.; RESTEPO T., V.; PUERTA L. I. C. Empathic skills and theory of mind in female adolescents with conduct disorder. *Revista brasileira de psiquiatria*, v. 40, n. 1, p. 78–82, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28614490/>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- ARANGO-TOBÓN, O. E.; PINILLA, M.; GABRIEL D.; OLIVERA-LA ROSA, A.; OREJARENA S.; SILVIA J.; CARMONA C. C. A. Gender differences in the association between theory of mind, empathy and conduct disorder: a cross-sectional study. **Suma Psicológica**, v. 27, n. 1, p. 35-42, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2020.v27.n1.5>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- ASTINGTON, J. W.; BAIRD, J. A. **Why Language Matters for Theory of Mind**. New York: Oxford University Press, 2005.
- ASTINGTON, J. W.; BARRIAULT, T. Children’s theory of mind: how young children come to understand that people have thoughts and feelings. **Infants & Young Children**, v. 13, n. 3, p. 1-12, 2001. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/232152118_Children's_Theory_of_Mind_How_Young_Children_Come_To_Understand_That_People_Have_Thoughts_and_Feelings. Acesso em: 19 maio 2021.
- ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E. **Autismo infantil: novas tendências e perspectivas**. São Paulo: Atheneu. 2007.
- ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F. B. **Psicopatologia Evolutiva**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- AZEVEDO, S. M. L.; MOTA, M. M. P. E.; METTRAU, M. B. Empatia: perfil da produção científica e medidas mais utilizadas em pesquisa. **Estudos**

Interdisciplinares Em Psicologia, v. 9, n. 3, p. 03–23, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2018v9n3p03>. Acesso em: 20 maio 2021.

BAGBY, R. M.; PARKER, J. D. A.; TAYLOR, G. J. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. item selection and cross-validation of the factor structure. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 38, n. 1, p. 23–32, 1994. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1). Acesso em: 19 maio 2021.

ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E.; GABRIEL M. R.; ROCCA C. C. Escala de avaliação de traços autísticos (ATA): validade e confiabilidade de uma escala para a detecção de condutas autísticas. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 23-29, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/rHNK4KwqbmhHqwGf3F7Rjzt/#>. Acesso em: 19 maio 2021.

BAGBY, R. M.; TAYLOR, G. J.; PARKER, J. D. A.; LOISELLES, C. Cross-validation of the factor structure of the Toronto Alexithymia Scale. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 34, n. 1, p. 47-51, 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2313613/>. Acesso em: 20 maio 2021.

BAGBY, R. M.; PARKER, J. D. A.; TAYLOR, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32. Disponível em [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1) acesso em 10 maio 2023.

BAILLARGEON, R.; SCOTT, R. M.; HE, Z. False-belief understanding in infants. **Trends in Cognitive Sciences**, v. 14, n. 3, p. 110-118, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.12.006>. Acesso em: 19 maio 2021.

BARNES, J. L.; LOMBARDO, M. V.; WHEELWRIGHT, S.; BARON-COHEN, S. Moral dilemmas film task: a study of spontaneous narratives by individuals with autism spectrum conditions. **Autism research: official journal of the International Society for Autism Research**, v. 2, n. 3, p. 148–156, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/aur.79>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BARON-COHEN, S. Precursors to a theory of mind: understanding attention in others. In: WHITEN A. (ed.). **Natural theories of mind**: evolution, development and simulation of everyday mindreading. Nova Jersey: Basil Blackwell, 1991. p. 233–251.

BARON-COHEN, S. Theory of Mind and Autism: a review. **International Review of Research in Mental Retardation**, v. 23, p. 169-184, 2000. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0074775000800105>. Acesso em: 30 nov. 2021.

BARON-COHEN, S.; JOLLIFFE, T.; MORTIMORE, C.; ROBERTSON, M. Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. **Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines**, v. 38, n. 7, p. 813–822. 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01599.x>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BARON-COHEN, S.; TAGER-FLUSBERG, H.; COHEN, D. **Understanding Other Minds**: perspectives from autism. Oxford: Oxford University Press, 1993.

BARON-COHEN, S.; WHEELWRIGHT, S.; HILL, J.; RASTE, Y.; PLUMB, I. The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. **Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines**, v. 42, n. 2, p. 241-251, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11280420/>. Acesso em: 22 fev. 2022.

BARON-COHEN, S.; WHEELWRIGHT, S. The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Development Disorders*, v. 34, n. 2, p.163-175, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15162935/>. Acesso em: 22 fev. 2022.

BARON-COHEN, S.; LESLIE, A. M.; FRITH, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21(1), 37-46. Disponível em <[https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)> acessos em 10 abril 2023.

BEGEER S.; KOOT, H. M.; RIEFFE C.; TERWOGT M. M.; STEGGE H. Emotional competence in children with autism: diagnostic criteria and empirical evidence. **Development Review**, v. 28, n. 3, p. 342-369, 2008. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0273229707000408>. Acesso em: 30 nov. 2021.

BIRD, G.; COOK, R. Mixed emotions: the contribution of alexithymia to the emotional symptoms of autism. **Translational psychiatry**, v. 3, n. 7, e285, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/tp.2013.61>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BLAIR, R. J. R. Responding to the emotions of others: dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. **Consciousness and Cognition**, v. 14, n. 4, p. 698–718, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16157488/>. Acesso em: 22 fev. 2022.

BLAIR R. J. The neurobiology of psychopathic traits in youths. *Nature reviews. Neuroscience*, v. 14, n. 11, p. 786–799, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nrn3577>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BLAIR, R. J.; LEIBENLUFT, E., PINE, D. S. Conduct disorder and callous-unemotional traits in youth. **The New England Journal of Medicine**, v. 371, n. 23, p. 2207–2216, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1315612>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BONS, D.; BROEK van den, E.; SCHEEPERS, F.; HERPERS, P.; ROMMELSE, N.; BUITELAAR, J. K. Motor, emotional, and cognitive empathy in children and adolescents with autism spectrum disorder and conduct disorder. **Journal of abnormal child psychology**, v. 41, n. 3, p. 425–443, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9689-5> . Acesso em: 15 jun. 2021.

BOSA, C. Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 77–88, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/P6p4y7ZqzhBVVfTPhXhB3Jc/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 21 jun. 2021.

BRACKETT, M. A.; RIVERS, S. E.; SHIFFMAN, S., LERNER, N.; SALOVEY, P. Relating emotional abilities to social functioning: a comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 91, n. 4, p. 780–795, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17014299/>. Acesso em: 22 nov. 2021.

BRYANT, B. K. An index of empathy for children and adolescents. **Child Development**, v. 53, n. 2, p. 413-425, 1982. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1128984>. Acesso em: 21 jun. 2021.

BUCHANAN, D. C.; WATERHOUSE, G. J.; WEST JR., S. C. A proposed neurophysiological basis of alexitimia. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 34, n. 4, p. 248-255, 1980. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7280165/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

CHITA-TEGMARK, M.; ARUNACHALAM, S.; NELSON, C. A.; TAGER-FLUSBERG, H. Eye-tracking measurements of language processing: developmental differences in children at high risk for ASD. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 45, n. 10, p. 2237-3338, 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-015-2495-5>. Acesso em: 21 jun. 2021.

CHIU, H. M.; CHEN, C. T.; TSAI, C. H.; LI, H. J.; WU, C. C.; HUANG, C. Y.; CHEN, K. L. Theory of Mind Predicts Social Interaction in Children with Autism Spectrum Disorder: a two-year follow-up study. **Journal of autism and developmental disorders**; v. 53, n. 9, p. 3659-3669, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35829943/> Acesso em: 22 ago. 2022.

COOK, R.; BREWER, R.; SHAH, P.; BIRD, G. Alexithymia, not autism, predicts poor recognition of emotional facial expressions. **Psychological science**, v. 24, n. 5, p. 723–732, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0956797612463582>. Acesso em: 22 nov. 2021.

CRICK, N. R.; DODGE, K. A. A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. **Psychological Bulletin**, v. 115, n. 1, p. 74–101, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.1.74>. Acesso em: 21 jun. 2021.

CUVE, H. C.; MURPHY, J.; HOBSON, H.; ICHIJO, E.; CATMUR, C.; BIRD, G. Are Autistic and Alexithymic Traits Distinct? A Factor-Analytic and Network Approach. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 52, n. 5, p. 2019–2034, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05094-6> Acesso em: 19 jul. 2022.

DAMÁSIO, A. R. **Em busca de Espinosa**: prazer e dor na ciência dos sentimentos. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2009.

DAMÁSIO, A. R. **E o cérebro criou o homem**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

DAMÁSIO, A. R. **O erro de Descartes**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. [Edição do Kindle].

DAVIS, M. H. A multidimensional approach to individual differences in empathy. **JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology**, v. 10, p. 85, 1980.

DAVIS, M. H., LUCE, C., & KRAUS, S. J. (1994). *The Heritability of Characteristics Associated with Dispositional Empathy*. Disponível em <DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00302.x>> acessos em 10 abril 2023.

DEBORDE, A. S.; MAURY S. V.; AITEL, S. Régulation émotionnelle chez des adolescents présentant des troubles des conduites et chez des témoins. **L'Encéphale**, v. 41, n. 1, p. 62–69, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.01.002>. Acesso em: 22 nov. 2021.

DECETY J.; JACKSON P. L. The functional architecture of human empathy. **Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews**, v. 3, n. 2, p. 71-100, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15537986/>. Acesso em: 19 jul. 2021.

DELEAU, M.; MALUF, M. R.; PANCIERA S. D. P. O papel da linguagem no desenvolvimento de uma teoria da mente: como e quando as crianças se tornam capazes de representações de estados mentais. In SPERB T. M.; MALUF M. R. (org.). **Desenvolvimento sociocognitivo: estudos brasileiros sobre a teoria da mente**. São Paulo: Vetor, 2008. p. 191-247.

DEL PRETTE, A., & DEL PRETTE, Z. A. P. (2001a). **Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo**. Petrópolis: Vozes.

DODGE, K. A.; GARBER, J. Domains of emotion regulation. In: GARBER, J.; DODGE, K. A. (ed.), **The development of emotion regulation and dysregulation** Cambridge: Cambridge University Press, 1991. p. 3-14.

DODGE, K. A. (1993). Social-Cognitive Mechanisms in the Development of Conduct Disorder and Depression. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 559-584. Disponível em <<https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.003015>> acesso em 10 maio 2023.

DONNE, J. **Meditações VII**. São Paulo: Landmark, 2007.

DONNO, R.; PARKER, G.; GILMOUR, J.; SKUSE, D. H. Social communication deficits in disruptive primary-school children. **The British journal of psychiatry: the journal of mental science**, v. 196, n. 4, p. 282–289, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20357304/>. Acesso em: 06 set. 2021.

FALCONE, E. M. O.; FERREIRA, M. C.; LUZ, R. C. M.; FERNANDES, C. S.; FARIA, C. A.; D'AUGUSTIN, J. F.; SARDINHA, A.; PINHO, V. D. Inventário de Empatia (I.E.): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. **Avaliação Psicológica**, v. 7, n. 3, p. 321-334, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000300006_&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 12 maio 2022.

FENSKE, S.; LIS, S.; LIEBKE, L.; NIEDTFELD, I.; KIRSCH, P.; MIER, D. Emotion recognition in borderline personality disorder: Effects of emotional information on negative bias. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, v. 2, n. 10, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0031-z>. Acesso em: 19 jul. 2021.

FLETCHER, P. C.; HAPPÉ, F. G. E.; FRITH, U.; BAKER, S. C.; DOLAN, R. J., FRACKOWIAK, R. S.; FRITH, C. D. Other minds in the brain: a functional imaging study of "theory of mind" in story comprehension. *Cognition*, v. 57, n. 2, p. 109–128, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8556839/>. Acesso em: 06 set. 2021.

FRICK, P. J.; CORNELL, A. H.; BODIN, S. D.; DANE, H. E.; BARRY, C. T.; LONEY, B. R. Callous-unemotional traits and developmental pathways to severe conduct problems. **Developmental psychology**, v. 39, n. 2, p. 246–260, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12661884/>. Acesso em: 22 nov. 2021.

FRICK, P. J.; RAY, J. V.; THORNTON, L. C.; KAHN, R. E. Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review.

Psychologicalbulletin, v. 140, n. 1, p. 1–57, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0033076>. Acesso em: 22 nov. 2021.

FRITH, U.; HAPPÉ, F. G. E Autism: beyond “theory of mind”. *Cognition*, v. 50, n. 1-3, p. 115–132, 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8039356/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

GABRIEL M. R.; ROCCA C. C. Escala de avaliação de traços autísticos (ATA): validade e confiabilidade de uma escala para a detecção de condutas autísticas.

Arquivos de Neuropsiquiatria, v. 57, n. 1, p. 23-29, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/rHNK4KwqbmhHqwGf3F7Rjzt/#>. Acesso em: 15 jun. 2021.

GILLBERG C. L. The Emanuel Miller Memorial Lecture 1991. Autism and autistic-like conditions: subclasses among disorders of empathy. **Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines**, v. 33, n. 5, p. 813–842, 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1992.tb01959.x>. Acesso em: 12 maio 2022.

GODINHO, T. J. L. C. 2015. Contributos para a Compreensão do Processo de Empatia e do seu Desenvolvimento. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) — Universidade de Évora, Portugal, 2015.

GRABE, H. J.; SPITZER, C.; FREYBERGER, H. J. Alexithymia and the temperament and character model of personality. **Psychotherapy and psychosomatics**, v. 70, n. 5, p. 261–267, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000056264>. Acesso em: 05 maio 2022.

GRABE, H. J.; SPITZER, C.; FREYBERGER, H. J. Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology. **The American Journal of Psychiatry**, v. 161, n. 7, p. 1299–1301, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.7.1299>. Acesso em: 05 maio 2022.

GRESHAM, F. M.; ELLIOTT, S. N. Social Skills Improvement System: Rating Scales. Bloomington, MN: Pearson Assessments, 2008. Disponível em < https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4419-1698-3_509> acesso em 11 out. 2023.

HA C.; SHARP C.; GOODYER I. The role of parental mentalizing for the development of conduct problems over time. **European Child and Adolescent Psychiatry**, v. 20, n. 6, p. 291-300, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21505921/>. Acesso em: 06 set. 2021.

HAPPÉ, F. G. E. An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 24, n. 2, p. 129–154, 1994. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1994-37812-001>. Acesso em: 06 set. 2021.

HAPPÉ, F. G. E.; FRITH, U. The Neuropsychology of autism. **Brain: a journal of neurology**, v. 119, pt. 4, p. 1377-1400, 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8813299/>. Acesso em: 07 set. 2021.

HEATON, P.; REICHENBACHER, L.; SAUTER, D.; ALLEN, R.; SCOTT, S.; HILL, E. Measuring the effects of alexithymia on perception of emotional vocalizations in

autistic spectrum disorder and typical development. **Psychological medicine**, v. 42, n. 11, p. 2453–2459, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291712000621>. Acesso em: 19 jul. 2021.

KAAT, A. J.; LECAVALIER, L., Disruptive behavior disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders: a review of the prevalence, presentation, and treatment. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 7, n. 12, p. 1579–1594, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1750946713001700>. Acesso em: 16 jun. 2021.

KAROĞLU, N.; FERGUSON, H. J.; CIARDHA, C. Ó. Theory of Mind in Offending: a systematic review. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 23, n. 5, p. 1610–1628, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/15248380211013143>. Acesso em: 03 jan. 2023.

KINNAIRD, E.; STEWART, C.; TCHANTURIA, K. Investigating alexithymia in autism: a systematic review and meta-analysis. **European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists**, v. 55, p. 80–89, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.09.004>. Acesso em: 16 jun. 2021.

KIRST-CONCEIÇÃO, A. C.; MARTINELLI, S. C. Análises psicométricas iniciais de uma escala de empatia infantojuvenil (EEmpa-IJ). **Avaliação Psicológica**, v. 13, n. 3, p. 351-358, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000300007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 set. 2021.

KOKKINOS, C. M.; VOULGARIDOU, I.; MANDRALI, M.; PAROUSIDOU, C. Interactive links between relational aggression, theory of mind, and moral disengagement among early adolescents. **Psychology in the Schools**, v. 53, n. 3, p. 253–269, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pits.21902>. Acesso em: 12 maio 2022.

KRYSTAL, H. Alexithymia and psychotherapy. **American Journal of Psychotherapy**, v. 33, n. 1, p. 17-31, 1979. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/464164/>. Acesso em: 03 nov. 2022.

LARTSEVA, A.; DIJKSTRA, T.; BUITELAAR, J. K. Emotional language processing in autism spectrum disorders: a systematic review. **Frontiers in human neuroscience**, v. 8, p. 991, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00991>. Acesso em: 20 maio 2021.

LAWING, K.; FRICK, P. J.; CRUISE, K. R. Differences in offending patterns between adolescent sex offenders high or low in callous-unemotional traits. **Psychological Assessment**, v. 22, n. 2, p. 298–305, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0018707>. Acesso em: 22 nov. 2021.

LOMBARDI, C.; BRONFMAN, M.; FACCHINI, L. A.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; BÉRIA, J. U. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 22, n. 4, p. 253-65, 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101988000400001>. Acesso em: 12 maio 2022.

MARTY P.; M'UZAN, M. Functional aspects of the dream life. “operative thinking” **Revue française de psychanalyse**, v. 27, SUPPL345–SUPPL356, 1963. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14060702/>. Acesso em: 15 jul. 2021.

MARTY P.; M'UZAN, M. O pensamento operatório. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 28, n. 1, p. 165-174, 1994. (Originalmente publicado em 1963).

MCKENZIE, K.; RUSSELL, A.; GOLM, D.; FAIRCHILD, G. Empathic Accuracy and Cognitive and Affective Empathy in Young Adults With and Without Autism Spectrum Disorder. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 52, n. 5, p. 2004–2018, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05093-7>. Acesso em: 12 jul. 2022.

MENSI, MARTINA M. ET AL. Empatia e comportamento em crianças afetadas por transtornos do espectro autista. *Minerva Pediatria*, v. 75, n. 4, 2023. DOI: 10.23736/S2724-5276.18.05228-3 <Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02499.x>> Acesso em 16 jun. 2023.

MILOSAVLJEVIC, B.; CARTER L. V.; SIMONOFF, E.; BAIRD, G.; PICKLES, A.; JONES, C. R.; ERSKINE, C.; CHARMAN, T.; HAPPÉ, F. Alexithymia in Adolescents with Autism Spectrum Disorder: its relationship to internalising difficulties, sensory modulation and social cognition. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 46, n. 4, p. 1354–1367, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2670-8>. Acesso em 16 jun. 2021.

NEMIAH, J. C.; FREYBERGER, H.; SIFNEOS, P. E. Alexithymia: a view of the psychosomatic process. *In* HILL, O. W. (ed.). **Modern trends in psychosomatic medicine**. Vol. 3; p. 430-439. London: Butterworths, 1976.

OAKLEY, B. F. M.; JONES, E. J. H.; CRAWLEY, D.; CHARMAN, T. BUITELAAR, J.; TILLMANN, J., LOTH, E. Alexithymia in autism: cross-sectional and longitudinal associations with social-communication difficulties, anxiety and depression symptoms. **Psychological Medicine**, v. 52, n. 8, p. 1458-1470, 2020. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/alexithymia-in-autism-crosssectional-and-longitudinal-associations-with-socialcommunication-difficulties-anxiety-and-depression-symptoms/E682D1AC555FB579EE5247C1E9215761>. Acesso em: 12 jul. 2022.

O'NIONS E.; SEBASTIAN C. L.; McCRORY E.; CHANTILUKE K.; HAPPÉ F. G. E.; VIDING E. Neural bases of Theory of Mind in children with autism spectrum disorders and children with conduct problems and callous-unemotional traits. **Developmental Science**, v. 17, n. 5, p. 786-796, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24636205/>. Acesso em: 06 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de Transtornos Mentais e de **Comportamento da CID 10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PANCIERA, S.D. 2007. **Linguagem e desenvolvimento da teoria da mente: Um estudo com crianças de 3 a 5 anos**. Tese (Doutorado em Psicologia) — Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PEETS, K.; HODGES, E. V. E.; SALMIVALLI, C. Actualization of social cognitions into aggressive behaviour toward disliked targets. **Social Development**, v. 20, p. 233-250, 2011. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9507.2010.00581.x>. Acesso em: 12 maio 2022.

PETERSON, C.; WELLMAN, H.; LIU, D. Steps in theory of mind development for children with deafness or autism. **Child Development**, v. 76, n. 2, p. 502–517, 2005.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15784096/>. Acesso em: 03 nov. 2022.

PREMACK, D.; WOODRUFF G. Does the Chimpanzee Have a Theory of Mind? **Behavioral and Brain Sciences**, v. 1, n. 4, p. 515–526, 1978. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/behavioral-and-brain-sciences/article/does-the-chimpanzee-have-a-theory-of-mind/1E96B02CD9850016B7C93BC6D2FEF1D0>. Acesso em: 03 nov. 2022.

PIHET, S.; SUTER, M.; HALFON, O.; STEPHAN, P. Profile of male adolescents with conduct disorder on intellectual efficacy, cognitive flexibility, cognitive coping, impulsivity and alexithymia: a comparison with high-risk controls. **European Journal of Psychiatrics**, v. 26, n. 4, p. 215-226, 2012. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632012000400001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jul. 2022.

PRETTE, Z. A. P. D.; PRETTE, A. D. Habilidades sociais e análise do comportamento: proximidade histórica e atualidades. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, v. 1, n. 2, p. 104–115, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.18761/perspectivas.v1i2.33>. Acesso em: 20 maio 2021.

RIEFFE, C.; MEERUM TERWOGT, M.; KOTRONOPOULOU, K. Awareness of single and multiple emotions in high-functioning children with autism. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 37, n. 3, p. 455–465, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0171-5>. Acesso em: 01 nov. 2021.

RODRIGUES, A. L.; TAKUSHI, A. L.; SANTOS-SILVA, C.; RISSO, I.; ROITBERG, S. E. B.; MARTINS, T. T.; OLIVEIRA, W. L.; CAMPOS, E. M. P. Reflexões críticas sobre o constructo de alexitimia. **Revista da SBPH**, v. 17, n. 1, p. 140-157, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000100009. Acesso em 03 nov. 2022.

SIFNEOS, P. E.; APFEL-SAVITZ, R.; FRANKEL, F. H. The phenomenon of 'alexithymia': observations in neurotic and psychosomatic patients. **Psychotherapy Psychosomatic**, 28, 47–57, 1977. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/609697/>. Acesso em: 22 nov. 2021.

SIFNEOS, P. E. Affect, emotional conflict, and deficit: an overview. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 56, n. 3, p. 116-122, 1991. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1758954/>. Acesso em: 22 nov. 2021.

SILVA, F. R.; CALDEIRA, G. Alexitimia e pensamento operatório: a questão do afeto em psicossomática. *In*: MELO FILHO, J.; Burd, M. (eds.). **Psicossomática hoje** Porto Alegre: Artmed, 2010.

SMITH, P. K. Bullying and theory of mind: a review. **Current Psychiatry Reviews**, v. 13, n. 2, p. 1-6, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.2174/1573400513666170502123214>. Acesso em: 12 maio 2022.

SOARES, F. F.; BLAZIUS, R. F.; ZADINELLO, V. U. O fenômeno psicossomático pelos conceitos de pensamento operatório e alexitimia: possibilidades de intervenção psicoterapêutica. **Akrópolis**, v. 23, n. 2, p. 165-180, jul./dez., 2015.

Disponível em:

<https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/akropolis/article/view/5764>. Acesso em 15 jun. 2021.

SPARROW S. S.; BALLA D. A.; CICCHETTI D. V. **Vineland Adaptive Behavior Scales**. Minnesota: American Guidance Service, 1984.

SPARROW S. S., CICCHETTI D. V., SAULNIER C. A. **Vineland-3 (Escala de Comportamento Adaptativo Vineland — Manual)**. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2019.

SPITZER, C.; SIEBEL-JURGES, U.; BARNOW, S.; GRABE, H. J.; FREYBERGER, H. J. Alexithymia and interpersonal problems. **Psychotherapy and psychosomatics**, v. 74, n. 4, p 240–246, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000085148>. Acesso em: 16 jun. 2021.

SURGULADZE, S. A.; YOUNG, A. W.; SENIOR, C., BREBION, G.; TRAVIS, M. J.; PHILLIPS, M. L. Recognition accuracy and response bias to happy and sad facial expressions in patients with major depression. **Neuropsychology**, v. 18, n. 2, p. 212-218, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15099143/>. Acesso em: 20 maio 2021.

SUTTON, J.; SMITH, P. K.; SWETTENHAM, J. Bullying and ‘theory of mind’: a critique of the ‘social abilities deficit’ approach to anti-social behaviour. *Social Development*, 8(1), 117–127, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00083>. Acesso em: 12 maio 2022.

TAYLOR, G. J. Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. **The American Journal of Psychiatry**, v. 141, n. 6, p. 725-732, 1984. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6375397/>. Acesso em: 16 jun. 2021.

TAYLOR, G. J. Recent developments in Alexithymia theory and research. **Canadian Journal of Psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie**, v. 45, n. 2, p. 134-172, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10742872/>. Acesso em: 16 jun. 2021.

TAYLOR, G. J; Alexithymia: 25 years of theory and research. In: NYKLÍČEK, I.; TEMOSHOK, L.; VINGERHOETS, A. (ed.). **Emotional Expression and Health: advances in theory, assessment and clinical applications**. New York: Brunner-Routledge, 2004.

TAYLOR, G. J.; BAGBY, R. M. New trends in alexithymia research. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 73, n. 2, p. 68-77, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14767148/>. Acesso em: 16 jun. 2021.

TAYLOR, G. J.; BAGBY, R. M.; RYAN, D. P.; PARKER, J. D.; DOODY, K. F.; Keefe, P. Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. **Psychosomatic medicine**, v. 50, n. 5, p. 500–509, 1988. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3186893/>. Acesso em: 16 jun. 2021.

TAYLOR, G. J.; RYAN, D.; BAGBY, R. M. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. **Psychotherapy and psychosomatics**, v. 44, n. 4, p. 191–

199, 1985. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000287912>. Acesso em: 16 jun. 2021.

VANHEULE, S.; DESMET, M.; ROSSEEL, Y. The Factorial Structure of the Dutch Translation of the Inventory of Interpersonal Problems: a test of the long and short versions. **Psychological Assessment**, v. 18, n. 1, p. 112–117, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16594820/>. Acesso em: 16 jun. 2021.

WARD, T., KEENAN, T., & HUDSON, S. M. (2000). Understanding cognitive, affective, and intimacy deficits in sexual offenders: a developmental perspective. **Aggression and Violent Behavior**, v. 5, n. 1, p. 41–62. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(98\)00025-](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(98)00025-). Acesso em: 16 jun. 2021.

WELLMAN, H. M. **The Child's Theory of Mind**. Cambridge, MA: Bradford Books/MIT Press, 1990.

WELLMAN, H. M.; ESTES, D. Early understanding of mental entities: a reexamination of childhood realism. **Child Development**, v. 57, n. 4, p. 910-923, 1986. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3757609/>. Acesso em: 03 nov. 2021.

WELLMAN, H. M.; FANG, F.; LIU, D.; ZHU, L.; LIU, G. Scaling of theory of mind understanding in Chinese children. **Psychological Sciences**, v. 17, n. 12, p. 1075–1081, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17201790/>. Acesso em: 12 maio 2021.

WELLMAN, H. M.; LIU D. Scaling of Theory-of-Mind tasks. **Child Development**, v. 75, n. 2, p. 523-541, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15056204/>. Acesso em: 03 nov. 2021.

WIED, M.; VAN BOXTEL, A.; ZAALBERG, R.; GOUDENA, P. P.; MATTHYS, W. Facial EMG responses to dynamic emotional facial expressions in boys with disruptive behavior disorders. **Journal of Psychiatric Research**, v. 40, n. 2, p. 112–121, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16176819/>. Acesso em: 20 maio 2021.

WISPÉ, L. The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 50, n. 2, p. 314–321, 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.2.314>. Acesso em: 22 maio 2021.

YOSHIDA, E. M. P. Toronto Alexithymia Scale — TAS: precisão e validade da versão em português. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 2, n. 1, p. 59-74, 2000. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/prc/a/JjWNyyLBdTNxzBW3V5rSVzH/?format=pdf>. Acesso em: 16 jun. 2021.

YOSHIDA, E. M. P.; CARNEIRO, B. V. Alexitimia: uma revisão do conceito. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 1, p. 103-108, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000100012>. Acesso em: 16 jun. 2021.

ZIMMERMANN G. Delinquency in male adolescents: the role of alexithymia and family structure. **Journal of Adolescence**, v. 29, n. 3, p. 321-332, 2006.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.08.001>. Acesso em: 16 jun. 2021

ZOLL, C.; ENZ, S. **A Questionnaire to Assess Affective and Cognitive Empathy in Children**. 2006. Disponível em: <https://d-nb.info/1058435078/34>. Acesso em: Acesso em: 12 maio 2022.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS)

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a) _____ (ou menor que está sob sua responsabilidade) para participar, como voluntário (a), da pesquisa “Teoria da mente, alexitimia e empatia no transtorno da conduta e no transtorno do espectro autista”.

Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora Karoline Modesto Alvarenga, com endereço pessoal na Av. Jorge Zarur, 431, Vila Ema – São José dos Campos, SP, CEP: 12243-081, telefone: (12) 99615 8125 e e-mail karolmodesto@hotmail.com E está sob a orientação de: Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Júnior, Telefone: (11) 55792762, e-mail cassiterides@bol.com.br.

O/a Senhor/a será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida a respeito da participação dele/a na pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e o/a Senhor/a concordar que o (a) menor faça parte do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias.

Uma via deste termo de consentimento lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. O/a Senhor/a estará livre para decidir que ele/a participe ou não desta pesquisa. Caso não aceite que ele/a participe, não haverá nenhum problema, pois desistir que seu filho/a participe é um direito seu. Caso não concorde, não haverá penalização para ele/a, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- **Descrição da pesquisa:** Verificar com população de crianças brasileiras aspectos essenciais para cognição social em pacientes com transtorno da conduta e transtorno do espectro autista.
- **A pesquisa será realizada por meio de entrevistas com o pesquisador, o adolescente e seu responsável legal.** Será realizada preferencialmente uma entrevista com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos, e, se houve necessidade, um novo horário será agendado para complementação dos dados. A coleta de dados através das entrevistas e da aplicação de questionários será realizada no Ambulatório Infante Juvenil do Centro de Valorização à vida localizado Rua Humaitá, 496, Centro, na cidade de São José dos Campos, SP, CEP: 12245-810, telefone: (12) 3943-2823 e -mail secretaria@franciscajulia.org.br.
- Todos os dados serão protegidos de forma sigilosa, a fim de preservar a integridade dos participantes e evitar qualquer tipo de desconforto ao participante. Os resultados serão agrupados e tratados coletivamente. Poderão ser divulgados em congressos e publicações científicas.
- **RISCOS diretos para o responsável e para os voluntários:** em função da aplicação dos questionários, que demanda um tempo maior, pode haver cansaço ou aborrecimento ao responder às perguntas. Também há possibilidade de alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição psicológica restritiva ou incapacitante;

Estrada Bezerra de Menezes nº 700 – Torrão de Ouro – São José dos Campos/ SP- Cep. 12.229-380 –
Tel: (012) 3944-9090 – www.franciscajulia.org.br

Missão – Promover o Reequilíbrio Emocional, a Reabilitação Psíquica e a Reinserção Social das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais.



Há possibilidade de constrangimento ao responder o instrumento de coleta de dados; medo de não saber responder ou de ser identificado; estresse; quebra de sigilo; cansaço ou vergonha ao responder às perguntas; dano; quebra de anonimato;

Responder a questões sensíveis, tais como atos ilegais, violência, sexualidade;

Discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado;

Os pesquisadores são devidamente treinados para evitar estes desconfortos, bem como para identificar sinais de estresse durante a entrevista. O participante tem o direito de interromper a entrevista a qualquer momento, bem como recusar-se a responder algo ou pedir explicações sobre os instrumentos e métodos utilizados;

Em caso de mal-estar decorrente da participação na pesquisa o participante terá direito a atendimento médico adequado, sem custos.

O acesso aos prontuários será limitado aos pesquisadores. Todas as precauções quanto ao sigilo serão tomadas a fim de garantir a integridade dos participantes.

O participante terá acesso aos resultados individuais e coletivos da pesquisa.

As entrevistas serão conduzidas em local reservado, propiciando maior conforto ao entrevistado.

- **BENEFÍCIOS diretos e indiretos para os voluntários:** Os resultados possibilitarão uma melhor compreensão do desenvolvimento das habilidades sociais do adolescente, contribuindo para o aperfeiçoamento para pesquisa e diagnóstico.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas, formulários e questionários) ficarão armazenados em (pastas de arquivo e computador pessoal), sob a responsabilidade da pesquisadora (Karoline Modesto Alvarenga), no endereço acima informado, pelo período mínimo de 05 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para ele/ela participar desta pesquisa, pois deve ser de forma voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação dele/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa IP/USP no endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1.721, Bloco G, 2º Andar, sala 27, Cidade Universitária – São Paulo/SP – 05508-030, Telefone: 3091-4182, e-mail: ceph.ip@usp.br.

Karoline Modesto Alvarenga



**CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A
VOLUNTÁRIO**

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo: “Teoria da mente, alexitimia e empatia no transtorno da conduta e no transtorno do espectro autista” como voluntário(a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade) para mim ou para o (a) menor em questão.

Local e data _____

Assinatura do (da) responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do voluntário em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

Documento redigido de acordo com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 e 510/2016. Disponível para consulta em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html.

ANEXO B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)



TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MENORES DE 12 a 17 anos e 11 meses)

Convidamos você _____, após autorização dos seus pais [ou dos responsáveis legais] para participar como voluntário (a) para responder algumas perguntas em uma pesquisa.

Esta pesquisa está sendo feita por mim, Karoline Modesto Alvarenga, e aqui estão meus dados caso você precise entrar em contato comigo para responder qualquer dúvida ou se precisar de ajuda:

Residente à rua Santa Luzia, 29, Vila Ema – São José dos Campos, SP, número para contato: (12)99615-8125, e email: karolmodesto@hotmail.com. Estou sob a orientação de: Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Júnior, Telefone: (11) 557-92762, e-mail cassiterides@bol.com.br.

O que devo fazer se aceitar participar?

Você deverá responder alguns questionários. Em alguns momentos nós vamos fazer as perguntas, e em outros, você responderá sozinho, marcando a opção que se encaixa mais com aquilo que sente ou pensa. Todos os adolescentes que aceitarem participar vão responder as mesmas perguntas que você.

Mas o que é assentimento?

É uma palavra que nós, pesquisadores, utilizamos quando convidamos uma pessoa da sua idade (adolescente) para participar de um estudo.

Nós vamos explicar qualquer dúvida que você possa ter, e depois de compreender do que se trata o estudo e se concordar em participar dele você pode assinar este documento.

Pode ser que este documento denominado *Termo de Assentimento Livre e Esclarecido* contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável (pela pesquisa/atendimento ou à equipe do estudo) para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Você estará livre para decidir participar ou não. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu.

Por que estamos queremos fazer este estudo?

Este estudo nos fará entender melhor algumas características que fazem parte da nossa capacidade de comunicação com outras pessoas. São elas: conseguir “ler aquilo que o outro pensa/sente”, “colocar-se no lugar do outro” e “entender aquilo que eu sinto”.

Como a minha participação vai ajudar?

Os resultados dos seus testes e dos outros participantes nos farão entender melhor o desenvolvimento destas características em adolescentes. Com isso, poderemos trabalhar melhor com adolescentes e assim, melhorar a interação social e a qualidade de vida.

Quem vai ficar sabendo dos resultados?

Estrada Bezerra de Menezes nº 700 – Torrão de Ouro – São José dos Campos/ SP- Cep. 12.229-380 –
Tel: (012) 3944-9090 – www.franciscajulia.org.br

Missão – Promover o Reequilíbrio Emocional, a Reabilitação Psíquica e a Reinserção Social das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais.



Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais, ou seja, secretas, seu nome ou outras informações que possibilitem sua identificação, não serão divulgadas, exceto para os pesquisadores (aqueles que vão realizar a entrevista) e vão ser usadas apenas para eventos ou publicações científicas, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (através dos questionários) ficarão armazenados em pastas de arquivos e arquivos digitais, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável pelo período mínimo 5 anos.

Existe algum risco ou problema que a pesquisa possa me trazer?

Durante as entrevistas pode ser que você se sinta cansado ao responder os questionários, (composto por perguntas sobre como você se sente, ou o que você faz). Você pode pedir um intervalo ou remarcar o horário se isto acontecer.

Existe também a possibilidade que você sinta vergonha ou fique inibido com algumas perguntas. Respeitaremos o seu tempo, e você pode pedir, a qualquer momento para parar a entrevista, solicitar explicação sobre algo ou pedir para não responder. Estaremos atentos quanto a qualquer desconforto e à disposição para evitar reparar caso isto aconteça, você pode desistir de participar a qualquer momento.

Para participar deste estudo, um responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum problema.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/USP.

Assinatura do pesquisador (a)

ASSENTIMENTO DO(DA) MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: "Teoria da mente, alexitimia e empatia no transtorno da conduta e no transtorno do espectro autista" como voluntário(a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade) para mim ou para o (a) menor em questão.

Local e data _____

Assinatura do (da) responsável: _____

Assinatura do (da) menor : _____

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

Estrada Bezerra de Menezes nº 700 – Torrão de Ouro – São José dos Campos/ SP- Cep. 12.229-380 –
Tel: (012) 3944-9090 – www.franciscajulia.org.br

Missão – Promover o Reequilíbrio Emocional, a Reabilitação Psíquica e a Reinserção Social das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais.

ANEXO C – TAS

Nome: _____ Data: _____

Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale - TAS) (Taylor e cols., 1985)

Responda aos itens abaixo escolhendo uma das seguintes alternativas:

- 1- Discordo inteiramente (DI),
- 2- Discordo (D),
- 3- Eu não sei (NS)
- 4- Concordo (C)
- 5- Concordo plenamente (CP)

Itens	DI	D	NS	C	CP
1. Quando choro, sempre sei por quê.					
2. “Sonhar acordado” é uma perda de tempo.					
3. Gostaria de não ser tão tímido.					
4. Frequentemente fico confuso sobre qual emoção eu estou sentindo.					
5. Frequentemente fico “sonhando acordado” sobre o meu futuro.					
6. Pareço fazer amigos tão facilmente quanto as outras pessoas.					
7. Saber as respostas dos problemas é mais importante do que saber as razões das respostas.					
8. É difícil para mim, encontrar as palavras certas para os meus sentimentos.					
9. Eu gosto de mostrar às pessoas do que preciso.					
10. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.					
11. Para mim não é suficiente que as coisas sejam feitas. Eu preciso saber por que e como elas funcionam.					
12. Sou capaz de descrever meus sentimentos facilmente.					
13. Prefiro analisar problemas em vez de apenas descrevê-los.					
14. Quando estou chateado, não sei se estou triste, amedrontado ou com raiva.					
15. Uso um bocado minha imaginação.					
16. Fico um tempão sonhando acordado, sempre que não tenho nada para fazer.					
17. Frequentemente fico cismado com sensações em meu corpo.					
18. Raramente sonho acordado.					
19. Prefiro deixar as coisas acontecerem em vez de entender por que elas acontecem daquele jeito.					
20. Tenho sentimentos que mal posso identificar.					
21. Estar em contato com as emoções é essencial.					
22. É difícil para mim, descrever como me sinto em relação às pessoas.					
23. As pessoas falam para eu descrever mais os meus sentimentos.					
24. Deve-se procurar por explicações mais profundas.					
25. Não sei o que acontece dentro de mim.					
26. Frequentemente eu não sei por que estou com raiva.					

ANEXO D – ESCALA DE PELOTAS

Nome: _____ Data: _____

Escala de avaliação de classe social de Pelotas

Conta própria

Construção civil		Proletariado típico
Demais setores da produção de bens materiais	Com formação universitária	Nova pequena burguesia
	Sem formação universitária	
	Com estabelecimento	Pequena burguesia tradicional
	Sem estabelecimento	
	Com conhecimento do ofício	Pequena burguesia tradicional
	Sem conhecimento do ofício	subproletariado
No comércio e serviços	Com formação universitária	Nova pequena burguesia
	Sem formação universitária	
	Com estabelecimento	Pequena burguesia tradicional
	Sem estabelecimento	
	Com conhecimento do ofício	Pequena burguesia tradicional
	Sem conhecimento do ofício	subproletariado

Assalariados

Na produção de bens materiais (Relação direta com construção na construção civil)	Com formação universitária e ou postos diretivos	Nova pequena burguesia
	Sem formação universitária e/ou postos diretivos	
	Com conhecimento do ofício	Proletariado típico subproletariado
	Sem conhecimento do ofício	
Nos demais serviços de produção de bens materiais	Com formação universitária	Nova pequena burguesia proletariado típico
	Sem formação universitária	
Relação indireta com a produção	Com formação universitária	Nova pequena burguesia proletariado não típico
	Sem formação universitária	
Em serviços domésticos		Subproletariado
Em comércios e serviços (exceto serviços domésticos)	Com formação universitária	Nova pequena burguesia proletariado não típico
	Sem formação universitária	

Empregadores

Com 5 ou mais empregados e renda igual ou superior a 15	Com formação universitária e ou postos diretivos	Nova pequena burguesia
	Sem formação universitária e/ou postos diretivos	
	Com conhecimento do ofício	Proletariado típico subproletariado
	Sem conhecimento do ofício	
Nos demais serviços de produção de bens materiais	Com formação universitária	Nova pequena burguesia proletariado típico
	Sem formação universitária	
Relação indireta com a produção	Com formação universitária	Nova pequena burguesia proletariado não típico
	Sem formação universitária	
Em serviços domésticos		Subproletariado

Em comércios e serviços (exceto serviços domésticos)	Com formação universitária	Nova pequena burguesia proletariado não típico
	Sem formação universitária	

ANEXO E- EMPJA IJ

Nome _____ Data: _____

Escala de empatia infantojuvenil (EEmpa-IJ)

	Nunca	Quase Nunca	Quase Sempre	Sempre
1. Sinto pena de crianças que não têm brinquedos e roupas				
2. Sinto pena de crianças que estão tristes ou com problemas.				
3. Quando vejo alguém ser humilhado, sinto pena.				
4. Quando vejo alguém em perigo, fico preocupado.				
5. Quando vejo alguém sendo injustiçado, sinto pena.				
6. Quando vejo alguém sendo enganado, sinto vontade de ajudá-lo.				
7. Fico triste quando vejo alguém gritar com outra pessoa.				
8. Fico chateado quando vejo uma criança ser agredida ou ofendida.				
9. Ver um colega que está chorando me faz sentir vontade de chorar.				
10. Algumas situações me deixam tão triste que sinto vontade de chorar.				
11. Choro quando vejo algo triste na televisão.				
12. Considero-me uma pessoa de “coração mole”.				
13. Quando quero algo, procuro ver se o que quero não irá prejudicar outras pessoas.				
14. Quando um amigo pensa diferente de mim, procuro ouvir a sua opinião.				
15. Quando converso com meus amigos sobre o que vamos fazer, 16. penso no que é melhor para todos e não somente para mim.				
17. Quando alguém me critica, procuro entender os motivos que a fez me criticar.				

ANEXO F – ATA

Nome: _____ Data: _____

**ESCALA DE TRAÇOS AUTÍSTICOS (Ballabriga *et al.*, 1994;
adapt. Assumpção *et al.*, 1999)**

I. DIFICULDADE NA INTERAÇÃO SOCIAL

O desvio da sociabilidade pode oscilar entre formas leves como, por exemplo, um certo negativismo e a evitação do contato ocular, até formas mais graves, como um intenso isolamento.

1. Não sorri
2. Ausência de aproximações espontâneas
3. Não busca companhia
4. Busca constantemente seu cantinho (esconderijo)
5. Evita pessoas
6. É incapaz de manter um intercâmbio social
7. Isolamento intenso

II. MANIPULAÇÃO DO AMBIENTE

O problema da manipulação do ambiente pode apresentar-se em nível mais ou menos grave, como, por exemplo, não responder às solicitações e manter-se indiferente ao ambiente. O fato mais comum é a manifestação brusca de crises de birra passageira, risos incontroláveis e sem motivo, tudo isto com o fim de conseguir ser o centro da atenção.

1. Não responde às solicitações
2. Mudança repentina de humor
3. Mantém-se indiferente, sem expressão
4. Risos compulsivos
5. Birra e raiva passageira
6. Excitação motora ou verbal (ir de um lugar a outro, falar sem parar)

III. UTILIZAÇÃO DAS PESSOAS A SEU REDOR

A relação que mantém com o adulto quase nunca é interativa, dado que normalmente se utiliza do adulto como o meio para conseguir o que deseja.

1. Utiliza-se do adulto como um objeto, levando-o até aquilo que deseja.

6. Dá a sensação de que não olha

VII. MÍMICA INEXPRESSIVA

A inexpressividade mímica revela a carência da comunicação não verbal. Pode apresentar, desde uma certa expressividade, até uma ausência total de resposta.

1. Se fala, não utiliza a expressão facial, gestual ou vocal com a frequência esperada
2. Não mostra uma reação antecipatória
3. Não expressa através da mímica ou olhar aquilo que quer ou o que sente.
4. Imobilidade facial

VIII. DISTÚRBIOS DE SONO

Quando pequeno dorme muitas horas e, quando maior, dorme poucas horas, se comparado ao padrão esperado para a idade. Esta conduta pode ser constante, ou não.

1. Não quer ir dormir
2. Levanta-se muito cedo
3. Sono irregular (em intervalos)
4. Troca ou dia pela noite
5. Dorme poucas horas.

IX. ALTERAÇÃO NA ALIMENTAÇÃO

Pode ser quantitativa e/ou qualitativa. Pode incluir situações, desde aquela em que a criança deixa de se alimentar, até aquela em que se opõe ativamente.

1. Seletividade alimentar rígida (ex.: come o mesmo tipo de alimento sempre)
2. Come outras coisas além de alimentos (papel, insetos)
3. Quando pequeno não mastigava
4. Apresenta uma atividade ruminante
5. Vômitos
6. Come grosseiramente, esparrama a comida ou a atira
7. Rituais (esfarela alimentos antes da ingestão)
8. Ausência de paladar (falta de sensibilidade gustativa)

2. O adulto lhe serve como apoio para conseguir o que deseja (p.ex.: utiliza o adulto como apoio para pegar bolacha)
3. O adulto é o meio para suprir uma necessidade que não é capaz de realizar só (p.ex.: amarrar sapatos)
4. Se o adulto não responde às suas demandas, atua interferindo na conduta desse adulto.

IV. RESISTÊNCIA A MUDANÇAS

A resistência a mudanças pode variar da irritabilidade até franca recusa.

1. Insistente em manter a rotina
2. Grande dificuldade em aceitar fatos que alteram sua rotina, tais como mudanças de lugar, de vestuário e na alimentação
3. Apresenta resistência a mudanças, persistindo na mesma resposta ou atividade

V. BUSCA DE UMA ORDEM RÍGIDA

Manifesta tendência a ordenar tudo, podendo chegar a uma conduta de ordem obsessiva, sem a qual não consegue desenvolver nenhuma atividade.

1. Ordenação dos objetos de acordo com critérios próprios e pré-estabelecidos
2. Prende-se a uma ordenação espacial (Cada coisa sempre em seu lugar)
3. Prende-se a uma seqüência temporal (Cada coisa em seu tempo)
4. Prende-se a uma correspondência pessoa-lugar (Cada pessoa sempre no lugar determinado)

VI. FALTA DE CONTATO VISUAL. OLHAR INDEFINIDO

A falta de contato pode variar desde um olhar estranho até constante evitação dos estímulos visuais

1. Desvia os olhares diretos, não olhando nos olhos
2. Volta a cabeça ou o olhar quando é chamado (olhar para fora)
3. Expressão do olhar vazio e sem vida
4. Quando segue os estímulos com os olhos, somente o faz de maneira intermitente
5. Fixa os objetos com um olhar periférico, não central

X. DIFICULDADE NO CONTROLE DOS ESFÍNCTERES

O controle dos esfíncteres pode existir, porém a sua utilização pode ser uma forma de manipular ou chamar a atenção do adulto.

1. Medo de sentar-se no vaso sanitário
2. Utiliza os esfíncteres para manipular o adulto
3. Utiliza os esfíncteres como estimulação corporal, para obtenção de prazer
4. Tem controle diurno, porém o noturno é tardio ou ausente

XI. EXPLORAÇÃO DOS OBJETOS (APALPAR, CHUPAR)

Analisa os objetos sensorialmente, requisitando mais os outros órgãos dos sentidos em detrimento da visão, porém sem uma finalidade específica

1. Morde e engole objetos não alimentares
2. Chupa e coloca as coisas na boca
3. Cheira tudo
4. Apalpa tudo. Examina as superfícies com os dedos de uma maneira minuciosa

XII. USO INAPROPRIADO DOS OBJETOS

Não utiliza os objetos de modo funcional, mas sim de uma forma bizarra.

1. Ignora os objetos ou mostra um interesse momentâneo
2. Pega, golpeia ou simplesmente os atira no chão
3. Conduta atípica com os objetos (segura indiferentemente nas mãos ou gira)
4. Carrega insistentemente consigo determinado objeto
5. Se interessa somente por uma parte do objeto ou do brinquedo
6. Coleciona objetos estranhos
7. Utiliza os objetos de forma particular e inadequada

XIII. FALTA DE ATENÇÃO

Dificuldades na atenção e concentração. Às vezes, fixa a atenção em suas próprias produções sonoras ou motoras, dando a sensação de que se encontra ausente.

1. Quando realiza uma atividade, fixa a atenção por curto espaço de tempo ou é incapaz de fixá-la

2. Age como se fosse surdo
3. Tempo de latência de resposta aumentado. Entende as instruções com dificuldade (quando não lhe interessa, não as entende)
4. Resposta retardada
5. Muitas vezes dá a sensação de ausência

XIV. AUSÊNCIA DE INTERESSE PELA APRENDIZAGEM

Não tem nenhum interesse por aprender, buscando solução nos demais. Aprender representa um esforço de atenção e de intercâmbio pessoal, é uma ruptura em sua rotina.

1. Não quer aprender
2. Cansa-se muito depressa, ainda que de atividade que goste
3. Esquece rapidamente
4. Insiste em ser ajudado, ainda que saiba fazer
5. Insiste constantemente em mudar de atividade

XV. FALTA DE INICIATIVA

Busca constantemente a comodidade e espera que lhe dêem tudo pronto. Não realiza nenhuma atividade funcional por iniciativa própria.

1. É incapaz de ter iniciativa própria
2. Busca a comodidade
3. Passividade, falta de interesse
4. Lentidão
5. Prefere que outro faça o trabalho para ele

XVI. ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO

É uma característica fundamental do autismo, que pode variar desde um atraso de linguagem até formas mais graves, com uso exclusivo de fala particular e estranha.

1. Mutismo
2. Estereotípias vocais
3. Entonação incorreta
4. Ecolalia imediata e/ou retardada
5. Repetição de palavras ou frases que podem (ou não) ter valor comunicativo

6. Emite sons estereotipados quando está agitado e em outras ocasiões, sem nenhuma razão aparente
7. Não se comunica por gestos
8. As interações com adulto não são nunca um diálogo

XVII. NÃO MANIFESTA HABILIDADES E CONHECIMENTOS

Nunca manifesta tudo aquilo que é capaz de fazer ou agir, no que diz respeito a seus conhecimentos e habilidades, dificultando a avaliação dos profissionais.

1. Ainda que saiba fazer uma coisa, não a realiza, se não quiser
2. Não demonstra o que sabe, até ter uma necessidade primária ou um interesse eminentemente específico
3. Aprende coisas, porém somente a demonstra em determinados lugares e com determinadas pessoas
4. Às vezes, surpreende por suas habilidades inesperadas

XVIII. REAÇÕES INAPROPRIADAS ANTE A FRUSTRAÇÃO

Manifesta desde o aborrecimento à reação de cólera, ante a frustração.

1. Reações de desagrado caso seja esquecida alguma coisa
2. Reações de desagrado caso seja interrompida alguma atividade que goste
3. Desgostoso quando os desejos e as expectativas não se cumprem
4. Reações de birra

XIX NÃO ASSUME RESPONSABILIDADES

Por princípio, é incapaz de fazer-se responsável, necessitando de ordens sucessivas para realizar algo.

1. Não assume nenhuma responsabilidade, por menor que seja
2. Para chegar a fazer alguma coisa, há que se repetir muitas vezes ou elevar o tom de voz

XX. HIPERATIVIDADE/ HIPOATIVIDADE

A criança pode apresentar desde agitação, excitação desordenada e incontrolada, até grande passividade, com ausência total de resposta. Estes comportamentos não tem nenhuma finalidade.

1. A criança está constantemente em movimento
2. Mesmo estimulada, não se move
3. Barulhento. Dá a sensação de que é obrigado a fazer ruído/barulho
4. Vai de um lugar a outro, sem parar
5. Fica pulando (saltando) no mesmo lugar
6. Não se move nunca do lugar onde está sentado

XXI. MOVIMENTOS ESTEREOTIPADOS E REPETITIVOS

Ocorrem em situações de repouso ou atividade, com início repentino.

1. Balanceia-se
2. Olha e brinca com as mãos e os dedos
3. Tapa os olhos e as orelhas
4. Dá pontapés
5. Faz caretas e movimentos estranhos com a face
6. Roda objetos ou sobre si mesmo
7. Caminha na ponta dos pés ou saltando, arrasta os pés, anda fazendo movimentos estranhos
8. Torce o corpo, mantém uma postura desequilibrada, pernas dobradas, cabeça recolhida aos pés, extensões violentas do corpo

XXII. IGNORA O PERIGO

Expõe-se a riscos sem ter consciência do perigo

1. Não se dá conta do perigo
2. Sobe em todos os lugares
3. Parece insensível à dor

XXIII. APARECIMENTO ANTES DOS 36 MESES (DSM-IV)